

Faculté de Médecine  
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2017-2018

# Le vécu des sages-femmes face aux grandes évolutions obstétricales depuis le milieu des années 70

Présenté et soutenu publiquement le 14 mai 2018

par

**Victoria LELEU**

Directrice : Madame Bernadette CARCY, sage-femme

Guidante : Madame Marie-Noëlle VOIRON, directrice de l'école de Sages-Femmes  
de Limoges



## Remerciements

---

A ma directrice de mémoire, Mme Bernadette CARCY, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son investissement.

A ma guidante, Mme Marie-Noëlle VOIRON pour ses conseils avisés, ses relectures et son aide dans la réalisation de ce mémoire.

A Mme Valérie BLAIZE – GAGNERAUD pour sa contribution dans mes recherches.

A ma grand-mère pour ses innombrables relectures, sa patience et son soutien.

A toutes les sages-femmes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire.

A mes camarades de promotion qui ont rendu ces années d'études inoubliables ; un seul mot : « merci ».

A ma famille pour avoir cru en moi et m'avoir soutenue.

A toutes les sages-femmes et les patientes que j'ai rencontrées durant mes études et qui m'ont donné le goût de cette profession.



## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



# Table des matières

---

<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>Les sages-femmes et les grandes évolutions obstétricales depuis les années 70 .....</b>	<b>6</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>10</b>
1. Type d'étude .....	11
2. Paramètres étudiés.....	11
3. Méthodes d'analyse .....	11
<b>Résultats et discussion.....</b>	<b>12</b>
1. Les avancées techniques et législatives .....	13
1.1. La péridurale.....	13
1.2. Le monitoring.....	16
1.3. La couveuse.....	19
1.4. La réanimation du nouveau-né.....	20
1.5. Les échographies.....	21
1.6. Les épisiotomies .....	23
1.7. Les Interruptions Volontaires de Grossesse .....	25
2. L'évolution des relations.....	27
2.1. Avec les autres professionnels de santé.....	27
2.2. Avec les pères.....	30
2.3. Avec les patientes .....	32
3. L'évolution de la profession .....	36
4. Points forts et limites de l'étude.....	39
<b>Conclusion .....</b>	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>43</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>46</b>



## Introduction

---

Les sages-femmes sont, depuis toujours, les partenaires privilégiées des femmes pendant leur grossesse et plus particulièrement au moment de l'accouchement. Bien que leur nom, leur statut et leurs fonctions aient évolué, elles restent expertes dans l'art d'accoucher les femmes.

Toutes les sages-femmes ont dû s'adapter à leur temps et composer avec l'arrivée des techniques successives. Mais, ce qui perdure à travers les époques, c'est l'accompagnement qui, avec la technique, sont les deux principaux piliers du métier.

La seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle a connu de très grandes avancées techniques (péridurale, échographie...) dans le domaine de la naissance. L'ordre, jusque-là établi, a été complètement bouleversé et l'exercice de ce métier s'est transformé en profondeur. Les sages-femmes ont quitté leur exercice presque exclusivement libéral pour suivre les femmes dans leur désir d'accoucher à l'hôpital. Cette nouvelle façon d'exercer les a obligées à travailler en équipe mais cela leur a aussi donné une stabilité dans la pratique de leur métier. (1,2)

La diversité de pratique des sages-femmes, libérales ou hospitalières, leur a permis de toujours mieux accompagner leurs patientes dans leur vie de mère et de femme ainsi que les nouveau-nés.

C'est en échangeant avec des sages-femmes retraitées que nous avons compris l'ampleur des changements (monitoring, préparation à la naissance, prise en charge des nouveau-nés...) qui se sont opérés depuis les années 70. Nous nous sommes donc intéressée au regard qu'elles portent sur ces années de changements : qu'en pensent-elles et les ont-elles bien accueillies ?



# **Les sages-femmes et les grandes évolutions obstétricales depuis les années 70**



Alors que certaines sages-femmes ont commencé à exercer avec le stéthoscope de Pinard et leurs mains comme seuls outils, il est difficile d'imaginer, de nos jours, la pratique du métier de sage-femme sans les monitorings, les échographies et toutes ces technologies qui ont fait leur apparition depuis plusieurs dizaines d'années. (3)

Depuis toujours, les sages-femmes ont dû s'adapter à leur époque et composer avec l'arrivée des techniques successives. De nombreux changements sociétaux et technologiques n'ont cessé de transformer leurs pratiques depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle.

Les sages-femmes ont toujours exercé en libéral mais à partir des années 1940-1950, les accouchements à l'hôpital n'ont fait que se développer. En 1962, 85% des accouchements ont lieu en milieu hospitalier contre 53% en 1952 (4) : cette mutation aboutira presque à la disparition des sages-femmes libérales au profit des sages-femmes hospitalières. Dans le même temps, le personnel médical évolue et se spécialise : les gynécologues-obstétriciens prennent progressivement la place des médecins généralistes au sein des maternités.(5)

D'autres changements sociétaux impactent le quotidien des sages-femmes. En 1956, le Dr Lamaze importe une nouvelle méthode d'accouchement sans douleur : la psychoprophylaxie obstétricale. Les sages-femmes vont très vite s'emparer de cette nouvelle discipline qui vise à instruire les femmes sur leur corps, leur grossesse et le déroulement de l'accouchement pour les libérer du carcan religieux. Elles seront les partenaires privilégiées de cette émancipation. Dans les années 90, cette méthode va évoluer pour devenir la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) que l'on connaît aujourd'hui. (6)

A partir du milieu des années 70, grâce à l'influence des milieux libertaires, **les pères** font leur entrée dans la sphère de l'accouchement : les habitudes de l'époque veulent que l'accouchement soit aussi l'affaire des pères et ces derniers doivent être présents au côté de leur femme. Au début ils sont présents en salle de naissance, puis ils pourront participer au suivi de grossesse et/ou aux séances de PNP. Cette nouvelle présence



modifie la relation de la sage-femme à sa patiente car elle est maintenant en rapport avec le couple et non plus seulement avec la future mère. (6,7)

La lutte pour la légalisation de l'**IVG** (Interruption Volontaire de Grossesse) est aussi un combat que les sages-femmes ont mené au côté des femmes. La loi Veil légalisant l'avortement en 1975 est une victoire dans la lutte pour l'émancipation de ces dernières. Elle marque un tournant dans la pratique de l'avortement qui était jusque-là réalisé clandestinement dans des conditions désastreuses et dont l'issue était souvent fatale pour les femmes. Elles avaient souvent des hémorragies plus ou moins avancées ou des embolies gazeuses qui entraînaient le plus souvent la mort. La légalisation de l'avortement a permis de réaliser cet acte dans de bonnes conditions, où l'hygiène est respectée, l'identité préservée et où elles sont accompagnées. (8,9)

La **prise en charge des nouveau-nés** a aussi connu de grands changements. Le personnel médical s'inquiète de leur bien-être ainsi que du lien entre la mère et son enfant. Les bases de la réanimation néonatale ont été mises en place dès 1964 par le Dr. Huault. Au fur et à mesure des années la législation évolue : en 1993 la limite de viabilité passe de 28 à 22 semaines et les réanimations ont donc lieu de plus en plus tôt (10). Les diminutions de la mortalité infantile et de la natalité, couplées à l'accès à la contraception et aux techniques de PMA rendent l'enfant plus précieux. Sa perte est de moins en moins acceptée et il est de moins en moins question de fatalité. Ces avancées, combinées aux méthodes de prévention, ont aussi donné l'illusion qu'il ne pouvait être que parfait à la naissance. (11)

D'un point de vue technologique, l'évolution progressive et concomitante d'un certain nombre de nouvelles technologies a aussi modifié le métier en profondeur.

Le premier **monitoring** a été inventé en 1967 par Hammacher et Hewlett-Packard. Il a présenté une vraie révolution car il permet d'écouter le cœur de l'enfant en continu et donc de s'assurer de son bien-être. (12). Dans les années 2000, l'apparition des centrales (écran situé dans le bureau des soignants et permettant de voir l'ensemble des monitorings) permet de surveiller à distance les enregistrements fœtaux en cours.



**L'échographie** était mal considérée au départ. Son utilisation en obstétrique date des années 80 mais elle a profité des avancées technologiques des années 90 (micro-ordinateurs, images en haute définition) pour se perfectionner et devenir un moyen indispensable de surveillance de la grossesse. Pour l'obstétricien, elle permet de visualiser de nouveaux éléments in-utero. Pour les parents, elle leur permet de voir leur enfant avant même sa naissance et de répondre à l'éternelle question : est-ce une fille ou un garçon ? (13)

Enfin **la péridurale** se généralise à partir des années 80. Dans les plus grandes maternités, elle est souvent réalisée à la demande et deviendra quasi-systématique à la fin des années 90. Les femmes ne souffrent plus ce qui bouleverse la prise en charge. Elles ne requièrent plus la présence continue des sages-femmes à leur côté : par conséquent l'accompagnement évolue. Ces dernières doivent apprendre à travailler avec les anesthésistes et apprivoiser la péridurale pour mener à bien le travail obstétrical. (7,8)

A l'aube des années 2000, le métier de **sage-femme libérale** connaît un renouveau. Elles pratiquent des suivis de grossesse à domicile, la rééducation périnéale ou la PNP. Pour avoir une approche plus globale chaque sage-femme peut aussi enrichir sa pratique en s'ouvrant à d'autres disciplines comme l'acupuncture ou l'homéopathie.

Les sages-femmes ont aussi élargi leur domaine de compétences pour suivre les femmes tout au long de leur vie : dans le suivi de leur grossesse mais aussi le suivi gynécologique de prévention qui est possible depuis 2009.

Au vu de toutes ces **évolutions**, l'objectif principal de notre recherche était de faire un état des lieux du ressenti des sages-femmes face à ces grandes évolutions en rapport avec leurs pratiques, depuis les années 70. Nous avons souhaité interroger les sages-femmes sur le regard qu'elles portent sur ces évolutions. Qu'ont-elles pensé de ces avancées ? Les ont-elles bien accueillies ?



## Méthodologie



## **1. Type d'étude**

Nous avons donc réalisé une étude qualitative et descriptive au moyen de neuf entretiens semi-directifs. Les sages-femmes ont toutes été diplômées entre 1970 et 1975, afin qu'elles puissent témoigner de l'évolution de leurs pratiques avant et après la légalisation de l'IVG. Elles sont originaires de toute la France et ont eu un exercice hospitalier public et/ou privé ainsi que libéral.

## **2. Paramètres étudiés**

Les questions ont été orientées selon deux thématiques : leur ressenti et l'impact sur leur pratique, et ont abordé les bouleversements les plus importants depuis 50 ans (cf. Annexe 1).

Parmi les 12 questions posées au cours de l'entretien :

- 3 questions abordaient leurs lieux d'exercice, les raisons du choix de ce métier et leur ressenti quant à son évolution.
- 7 questions abordaient les thèmes principaux qui sont : la péridurale, le monitoring, l'échographie, l'épisiotomie, la réanimation du nouveau-né, les couveuses, les IVG et les relations avec les autres professionnels de santé.
- 2 questions abordaient la relation avec le couple de futurs parents.

## **3. Méthodes d'analyse**

Dans un premier temps les entretiens ont été analysés de manière transversale pour obtenir les principaux éléments pour chacune des sages-femmes. Ensuite les réponses ont été comparées entre elles dans le but de comprendre comment toutes ces évolutions ont modifié le quotidien des sages-femmes et quel en a été leur ressenti.



## Résultats et discussion



Les 9 sages-femmes interrogées sont originaires de toute la France métropolitaine. Elles ont été diplômées entre 1970 et 1975. La plupart ont eu des modes d'exercices différents tout au long de leur carrière (récapitulatif en Annexe 2). Une d'entre elles exerce encore, les autres sont à la retraite. Pour deux des sages-femmes interrogées l'entretien a été réalisé en face à face, par téléphone pour les autres. A partir de la trame d'entretien (cf. Annexe 1), nous avons abordé leur ressenti et l'impact sur leurs pratiques, des avancées techniques et législatives, des relations avec les différents acteurs autour de la naissance. Nous avons recueilli aussi leur sentiment vis-à-vis de l'évolution de la profession.

## **1. Les avancées techniques et législatives**

### **1.1. La péridurale**

Toutes les sages-femmes interrogées, quel que soit leur lieu d'exercice, ont été témoins de l'apparition de la péridurale dans les salles de naissance. Celles qui ont effectué leurs études ou travaillé dans des grands centres ont été les premières à expérimenter cette technique.

La péridurale a été très bien accueillie par la grande majorité des sages-femmes interrogées. Leurs réponses témoignent de leur enthousiasme : « *super ! (...) C'était formidable. (...) Je suis pour, à fond !* » (Mme D.), « *une révélation (...) un émerveillement ! J'ai trouvé que c'était un progrès extraordinaire de pouvoir accoucher sans avoir mal. C'est un progrès, carrément, c'est un progrès* » (Mme H.). La péridurale fait timidement son apparition dans les salles de naissances françaises à partir de la fin des années 70 jusqu'à la fin des années 80 ; ensuite sa progression est fulgurante, d'abord dans les grands centres puis progressivement dans les petites maternités. En 1981, elle concerne seulement 4% des accouchements, en 1995 61,6%, 69,5% en 1998 et 84,3% en 2010 (14). Au début, certaines sages-femmes estimaient que, comme Mme H., « *ça s'est un peu trop généralisé et qu'on y a recours peut-être un peu trop facilement* ». Mais finalement elle conclut : « *on n'a pas à donner notre avis par rapport à ça. C'est la demande de la patiente et son choix, je ne vois pas pourquoi on refuserait* ». La grande majorité des sages-femmes interrogées insiste sur l'importance de laisser le choix à la femme de pouvoir en bénéficier si elle le souhaite et quand elle le souhaite.

Les débuts de la péridurale n'ont pas été faciles, et ce, pour diverses raisons.

D'un côté, la possibilité d'enfanter sans douleur est rapidement devenue un débat qui a dépassé les salles d'accouchements. Dans une société française où l'influence religieuse et en particulier catholique était encore très présente, il a fallu se battre pour faire accepter l'idée que l'on n'accouche pas mieux en souffrant (15). Comme se souvient Mme B. : « *« tu souffriras »*, les paroles bibliques marquaient encore quand même les esprits. Et puis le fait aussi qu'il y avait des tas d'écrits de gens bien-pensants qui disaient que si la femme ne souffrait pas en accouchant elle ne pourrait pas aimer son enfant ». La lutte pour bénéficier de la péridurale s'inscrit notamment dans les revendications sociétales de Mai 68 (8) comme le raconte Mme A. : « *en 68, j'avais 18 ans donc je me suis battue pour tout ça !* ». Avant la sage-femme, c'est la femme qui livre un véritable combat pour pouvoir librement bénéficier de cette avancée : « *il a fallu que les sages-femmes, vraiment, on y mette vraiment du nôtre pour pousser, hein, vraiment, vraiment* » (Mme I.).

D'un autre côté, pour que la péridurale puisse s'installer durablement dans les salles d'accouchements, il a fallu composer avec les anesthésistes. Les relations n'étaient pas toujours simples au début, car l'anesthésiste pouvait être perçu comme une tutelle médicale de plus qui s'installe entre la sage-femme et sa patiente (8,15). Lorsque le sujet est évoqué avec Mme F., elle se rappelle des relations « *conflictuelles* » avec les anesthésistes. La pose de la péridurale est parfois perçue comme une charge de travail supplémentaire : « *il fallait servir les péridurales alors qu'on avait autre chose à faire* ». Malgré quelques réticences, vite oubliées de la part de certaines sages-femmes, le principal obstacle à la pose de la péridurale reste la disponibilité de l'anesthésiste. Mme I. et Mme B. racontent respectivement : « *il a fallu se battre contre les idées machistes de nos patrons et contre la disponibilité des anesthésistes* », « *au départ, cette péridurale, ce n'était pas tout le monde qui pouvait l'avoir parce que les anesthésistes n'étaient pas toujours là. (...) L'anesthésiste disait : « Oh ! Ecoutez, il fallait se décider, madame, avant ; maintenant moi je ne peux pas rester » et il partait* ».

Enfin, il a fallu s'accommoder et apprivoiser ce nouvel outil. Mme B. raconte : « *On se retrouvait avec des femmes qui restaient 2 jours sous monitoring et avec l'arrivée de la péridurale ça a été encore pire parce que les femmes ne se manifestaient pas non plus* ». La vitalité fœtale est surveillée par l'intermédiaire du monitoring et la femme est soulagée ;



tout semble sous contrôle mais il faut être vigilant à ne pas perdre la notion de temps. Puis, par la suite, il a fallu revoir la façon de mener le travail avec la péridurale. Les dosages n'étaient pas toujours très précis, les femmes n'avaient donc plus aucune mobilité des membres inférieurs, les travaux étaient plus longs et il y avait une augmentation des forceps et des épisiotomies. Certaines sages-femmes ne cachent pas leur déception au début, c'est notamment le cas de Mme C. : *« c'était une grosse déception. Il y avait le côté plus et le gros côté moins avec souvent une épisio »* et de Mme F. : *« il y avait beaucoup de forceps, par la suite, les péridurales ont été mieux dosées, elles ressentaient des choses, l'envie de pousser, il y a eu une amélioration »*.

La péridurale a donc permis aux femmes de donner naissance sans douleur mais elle a aussi complètement bouleversé l'accompagnement par les sages-femmes. L'approche et l'accompagnement des femmes ont dû être complètement repensés comme se souvient Mme B. : *« C'est peut-être plus difficile pour les sages-femmes de garder ce contact parce qu'il y a trop de technicité et « on peut presque accoucher une femme sans y être ». (...) C'est vrai que ce n'est pas la même prise en charge, on est obligée d'être plus présente quand une femme n'a pas de péridurale, il faut être là plus souvent pour rassurer, pour aider à respirer, tandis que là, bon, hop, on pose la péridurale, le monitoring et elle se débrouille »*. Le soutien n'est plus le même mais il ne doit pas être inexistant pour autant : *« Je pense que c'est la péridurale aussi qui a fait ça parce que, comme on se dit que la maman n'a pas mal, donc elle a moins besoin de la présence de la sage-femme ce qui est une erreur à mon avis. Ce n'est pas parce qu'elle n'a pas mal qu'elle n'a pas toujours aussi peur. Ce n'est pas parce qu'elle n'a presque plus mal qu'on peut se permettre de regarder le monitoring au lieu de la regarder elle dans les yeux »* (Mme A.). La péridurale remplace la sage-femme pour certaines tâches ; elle est donc moins présente aux côtés de la femme. Auparavant, la relation qu'entretenait la sage-femme avec sa patiente était presque viscérale, elle l'épaulait pour faire face à chaque contraction, soufflait avec elle ; la sage-femme passait le maximum de temps aux côtés de sa patiente pour la rassurer et la soutenir. La diminution de la présence physique des sages-femmes auprès des femmes lui laisse donc plus de temps. L'évolution a fait que ce temps gagné s'est traduit par une augmentation du nombre de patientes prises en charge, s'inscrivant dans une tendance au regroupement de maternités pour former des structures de plus en plus grandes. Mme A. résume bien ce phénomène : *« Au lieu de n'avoir que 2 mamans à s'occuper on en*



a 3 ou 4 parce que comme elles sont sous péridurale on est supposée avoir moins besoin de les assister. Et ça je trouve que ce n'est pas très très bien parce que les mamans nous voient rentrer, sortir, on passe 5 minutes avec elles : « oui, voilà, c'est bien vous êtes... Ah c'est bien, vous êtes à 3 cm, impeccable ». Et puis hop, toc toc à la porte d'après parce que là où je travaille il y a douze salles d'accouchement ». Quasiment toutes les sages-femmes insistent sur l'importance d'être attentives et de partager davantage qu'un simple regard avec la patiente.

En plus d'avoir rendu l'accouchement quasi-indolore, toutes les sages-femmes soulignent à quel point les salles d'accouchements se sont apaisées avec la péridurale. Cela représente, pour les femmes d'abord, un véritable bouleversement. L'absence de douleur leur permet de bien mieux vivre leur accouchement, elles ne sont plus traumatisées et ont un meilleur vécu du forceps ou de l'épisiotomie. Mme H. et Mme D. racontent : « Une dame qui arrive et qui est complètement hystérique parce qu'elle ne supporte pas les contractions, ce n'est pas seulement pour avoir la paix c'est aussi pour qu'elle ne soit pas traumatisée par l'arrivée de son bébé », « Non, non, non. Je voyais des femmes arriver, épuisées, les lèvres desséchées, des crevasses aux lèvres tellement ça avait duré. Mais j'ai trop vu des femmes, pendant 24 h, contractions sur contractions, c'était la folie. Ah non ! ».

C'est aussi un soulagement pour les pères pour lesquels il était très difficile de voir leur femme souffrir, et pour les sages-femmes aussi. Elles ont un meilleur vécu des accouchements : « C'était un choc parce qu'à l'époque les femmes hurlaient, il n'y avait pas de péridurale et c'était quelque chose d'assez fort. C'était des hurlements continus. On sortait, on avait... C'était affreux, on sortait de là mais c'était épouvantable ! Oh ! C'était quelque chose, il y avait une femme qui criait puis une autre qui prenait le relai. C'était sans arrêt, sans arrêt ! » (Mme B.). La communication est aussi bien plus facile car les femmes sont plus calmes comme le soulignent plusieurs sages-femmes et en particulier Mme E. : « C'est bien une relation privilégiée parce que les gens ont tout leur intellect ».

## **1.2. Le monitoring**

Le monitoring a été expérimenté par toutes les sages-femmes mais en raison de son apparition progressive elles y ont eu accès plus ou moins rapidement. Pour certaines



d'entre elles, l'utilisation était aussi dépendante des pratiques du service. Si pour la majorité, le recours à ce nouvel appareil a été rapide, pour d'autres l'utilisation du monitoring ne s'est effectuée que tardivement après son acquisition.

Le monitoring est apparu très progressivement à partir des années 1970 dans les maternités françaises. Au départ, son utilisation a nécessité un certain temps d'adaptation puis il est rapidement devenu un instrument indispensable. Lorsque l'on questionne les sages-femmes sur l'apport du monitoring dans leur pratique du métier, les réponses sont sans équivoque comme le montre Mme E. : « *comment te dire, le monitoring, tu n'imagines même plus ce que c'était sans* ». De même à la question : qu'est-ce que l'apparition du monitoring a changé dans votre pratique quotidienne ? Mme I. répond : « *tout !* ».

D'un point de vue purement pratique, l'apparition du monitoring s'est d'abord manifestée par une augmentation très importante du nombre de césariennes car, savoir interpréter le tracé du monitoring, nécessitait un certain temps d'adaptation. Ce temps d'adaptation est aussi retrouvé dans une autre avancée majeure : la péridurale. Plusieurs sages-femmes relatent ces difficultés de lecture qui ont souvent entraîné des chirurgies qui n'avaient pas lieu d'être. Mme H. raconte : « *Ça a beaucoup augmenté le nombre de césariennes parce que, d'abord, on ne les interprétait peut-être pas très bien. On avait tendance à dramatiser les bradycardies ; au départ c'était un peu ça* ».

Cette visualisation continue du rythme cardiaque de l'enfant a changé la perception des sages-femmes et en particulier lors des bradycardies. Bien qu'elles soient habituées aux diminutions du rythme cardiaque de l'enfant par l'intermédiaire du stéthoscope de Pinard et qu'elles sachent les interpréter, cette nouvelle façon d'être confrontées aux bradycardies représente une source de stress non négligeable : « *ça a beaucoup augmenté l'anxiété des sages-femmes et des patientes bien sûr* » raconte Mme H. (8)

Mais le ressenti des sages-femmes face au monitoring est ambivalent, il est donc à la fois associé au stress et à la sécurité. Même si les bradycardies prises seules sont angoissantes pour la sage-femme, l'enregistrement continu et la vision globale du rythme sont des avancées très importantes d'un point de vue sécuritaire. Ce sentiment est présent à l'unanimité chez les sages-femmes interrogées et comme l'explique Mme A. : « *avant ce n'était pas sûr du tout ! Mais on ne se rendait pas compte que ce n'était pas*



*sécure, c'est pour ça ». Auparavant il y avait une certaine insouciance : « On était plus inconscientes avant le monitoring » (Mme I).*

Avec la péridurale et la perfusion, le monitoring participe d'abord à la médicalisation croissante de l'accouchement que l'on constate depuis les années 1960. Ensuite il devient un outil de choix dans l'ère médico-légale des années 2000 (16). Comme l'explique Mme D. : *« avant, on partait plus dans l'idée que l'accouchement c'est un acte naturel »*. L'accouchement reste un acte naturel mais il nécessite une surveillance de plus en plus intense pour ne passer à côté d'aucun problème et dépister le moindre signe de pathologie : *« dès que vous avez une petite anomalie vous êtes sur le qui-vive »*. Cet état « d'hypervigilance » traduit la pression du médico-légal qui pèse sur les épaules de Mme D. : *« Je pense que vous êtes obligatoirement stressée parce qu'on ne vous pardonnera aucune faute. Avant c'était plus serein, quelque part »*. Mais pour d'autres, comme Mme F, puisqu'on ne peut pas lutter contre le médico-légal, il faut trouver des moyens de s'en protéger. Le monitoring : *« était un outil qui constituait une preuve au niveau médico-légal donc je n'ai pas vu ça d'un mauvais œil. Ça m'a plutôt rassurée »*. Face à la justice, le monitoring peut être aussi accusatoire que protecteur.

Comme la péridurale, le monitoring a aussi modifié le rapport entre la sage-femme et sa patiente ; il a éloigné la sage-femme de la femme car elle passe moins de temps auprès d'elle. Par la suite, l'apparition des centrales dans les années 2000, a permis de visualiser le tracé du monitoring sans être présent dans la chambre. Ce nouvel outil assure la surveillance de l'enfant et du bon déroulement du travail à distance. La sage-femme ne passe pas moins fréquemment voir sa patiente mais elle passe moins de temps à son contact. La relation est donc devenue, petit à petit, moins intense. D'un côté, la technique remplace l'accompagnement de la sage-femme et la relation en pâtit comme le rapporte Mme B. : *« Il y avait une présence auprès de la femme en permanence et il y avait beaucoup d'échanges à ce moment-là. On discutait, c'était des moments très tendres, la femme nous confiait pas mal de choses. C'est vrai que le monitoring a enlevé ça, parce qu'on le mettait puis on ne regardait presque plus que l'écran »*. Mais d'un autre côté cela permet d'expliquer aux parents les modalités de surveillance de leur enfant ainsi que de les préparer aux éventuels évènements à venir comme une césarienne par exemple.



### **1.3. La couveuse**

La première couveuse a été inventée par le Dr Tarnier à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour réchauffer les enfants prématurés pour qui l'hypothermie était la principale cause de décès. (17) .

Plusieurs pratiques se présentent mais elles sont chacune dépendantes des habitudes du service ainsi que des recommandations de l'époque. Toutes les sages-femmes se rejoignent pour souligner la différence entre les situations où la couveuse est nécessaire pour pallier une difficulté d'adaptation du nouveau-né et donc, où il n'y a pas lieu d'une discussion, et les cas où il n'y a pas cette nécessité vitale pour le nouveau-né mais où il y est parfois systématiquement placé pendant 2h après l'accouchement.

Plusieurs sages-femmes parlent de ces pratiques qui disparaissent puis réapparaissent au fil du temps, Mme D. raconte comment elle utilisait la couveuse : « *c'était la mode. On ne se posait pas de questions et on pensait bien faire. Je l'ai fait parce que c'était comme ça, c'était notre protocole de l'école* ». Elles reproduisent les conduites à tenir par habitude ou bien par obligation de suivi des protocoles du service.

D'autres ont plus de libertés et en profitent pour privilégier le peau à peau dans le but de favoriser le lien parents-enfant, comme l'explique Mme F. : « *On faisait du peau à peau rapidement sur la maman ou le papa. (...) On faisait des tas de petites choses pour le lien mère-enfant* ». Les mentalités influent aussi sur les pratiques comme par exemple les préoccupations autour du lien mère-enfant. Elles n'ont pas toujours été à l'ordre du jour comme l'explique Mme I. : « *ce qui a changé au fil des années c'est que, en effet, ce lien immédiat mère-bébé n'était pas à l'ordre du jour quand j'ai commencé* » ; Mme B. souligne aussi cette évolution.

Mme H. a, elle aussi, tenté de favoriser la relation parents-enfants par l'intermédiaire des bains. Elle raconte avoir, pendant un temps, réalisé des bains aux nouveau-nés dans leur premières heures de vie. Une partie de ses collègues avait adopté cette attitude : « *Au CHU, avec mon binôme puisqu'on travaillait à deux, dans les années 80 on avait lancé le bain des nouveau-nés. A cette époque, (...) il naissait, un bisou à maman et hop on lui faisait son examen et on le rendait à la maman tout habillé. On a commencé à faire que le papa donne le bain au nouveau-né, tout le monde trouvait ça formidable* ».

Enfin il y a celles qui utilisent la couveuse pour des raisons pratiques, ce qui va parfois à l'encontre de leur volonté ; le témoignage de Mme B. est intéressant dans ce sens. Bien qu'elle ne soit pas d'accord avec le fait de placer les nouveau-nés en couveuse sans qu'il y ait de réelle indication pour son bien-être, elle est obligée de le faire pour des raisons pratiques : *« C'était systématique à un moment donné. (...) C'est une surveillance des enfants qui peut être faite suivant les circonstances où on n'a pas quelqu'un pour le surveiller. On peut garder un œil sur le bébé »*. Comme avec la péridurale ou le monitoring, la technologie permet un gain de temps car on peut facilement et rapidement surveiller l'enfant nu et donc faire plusieurs choses en même temps. Ce remplacement des tâches, habituellement effectuées par la sage-femme, par la technologie est un des plus grands changements relevés. La pratique quotidienne des sages-femmes en a donc été complètement bouleversée de même que la relation avec leurs patientes.

Dans tous les cas on constate que la sécurité prime. Comme l'explique Mme E. : *« Il ne faut pas passer de tout à rien. (...) Le systématique « deux heures en couveuse » non, mais toujours une surveillance. C'est important, on ne sait jamais »*. Quelle que soit la méthode utilisée et bien que, depuis quelque temps, l'accent soit mis sur le lien mère-enfant, la priorité reste la sécurité et la bonne vitalité du nouveau-né.

#### **1.4. La réanimation du nouveau-né**

Les réponses données par les sages-femmes concernant la réanimation du nouveau-né sont, dans l'ensemble, similaires quel que soit le lieu ou le mode d'exercice.

Leur formation initiale est plus ou moins sommaire, bien qu'en adéquation avec les connaissances de l'époque. Par la suite, elles vont enrichir leurs connaissances tout au long de leur carrière au contact des pédiatres et des anesthésistes, ou au cours de formations spécifiques.

En dépit de ces formations, la situation de réanimation d'un nouveau-né est toujours une source de stress. La plupart d'entre elles confie leurs craintes d'être face à des nouveau-nés en difficulté, Mme D. raconte : *« Ça m'a toujours stressée quand même. Je n'étais pas très à l'aise »*. Mais elles se sentent rassurées de ne pas être seules dans ces situations.



Mme D. exprime à plusieurs reprises son soulagement quand les décisions de réanimation n'appartenaient plus seulement à la personne qui effectue les gestes techniques : *« Moi ça m'a soulagée quand à un moment donné ils ont dit : « vous réanimez et ensuite ce sont les pédiatres qui prennent la main et qui décideront », ça m'a vraiment soulagée »*. Les anesthésistes ou les pédiatres sont presque toujours présents. Ce soutien et ce travail d'équipe sont d'une grande aide pour les sages-femmes bien qu'elles insistent sur la nécessité d'anticiper, c'est-à-dire de préparer et de vérifier le matériel comme l'expliquent Mme C. et F. : *c'était devenu un rituel à chaque début de garde : « ça allait de pair : il me fallait cette sécurité, c'était primordial »*.

Mais l'évolution de la société et des mentalités est la source d'une nouvelle angoisse : le spectre juridique. Aujourd'hui, la perte d'un enfant n'est plus acceptée et la fatalité n'explique plus, à elle seule, le décès. La perte d'un nouveau-né est toujours très difficile pour l'équipe et les parents mais ces derniers cherchent parfois un coupable à tout prix. Comme l'explique Mme C. : *« Maintenant un mort-né ça ne passerait plus, ça a complètement changé, on n'accepte plus. Avant, c'était un peu la fatalité ; bon, on n'avait pas pu réanimer le bébé, il était mort et puis voilà... Il y avait vraiment une fatalité quand même. »* Mme D, elle, souligne la très nette amélioration de la prise en charge d'enfants mort-nés : *« J'en ai vu mourir dans les haricots. On les laissait gasper pendant je ne sais combien de temps, pas dans l'indifférence générale mais c'était une fausse couche, quoi »*.

Les nombreuses évolutions en matière de réanimation des nouveau-nés ont permis une prise en charge de plus en plus performante des enfants très prématurés ayant des âges gestationnels de plus en plus précoces. Pour une des sages-femmes, cela constitue un cas de conscience ; il est nécessaire de trouver un juste milieu dans la réanimation des grands prématurés : *« maintenant quand je vois qu'on réanime des bébés de 400 g et bien ça me laisse rêveuse quand même. Bon, à notre époque c'était peut-être un peu trop mais c'est peut-être trop maintenant aussi. Il y a peut-être un juste milieu »*.

### **1.5. Les échographies**

L'échographie représente une avancée sans précédent dans la surveillance de la grossesse, permettant tout d'abord de dater le début de la grossesse, de s'assurer du



développement normal de l'enfant, de l'absence de pathologie de la grossesse et pour les parents de connaître le sexe du futur enfant.

Les premières échographies sont apparues en 1972 et les sages-femmes ont été autorisées à les pratiquer depuis 1986 (15,16).

L'échographie a représenté une avancée positive pour les sages-femmes sur de nombreux points. D'abord par son aspect sécuritaire, elle a permis par exemple, de visualiser les placentas praevia, d'avoir donc connaissance d'un risque hémorragique important et par conséquent de trouver des solutions pour y pallier. Ensuite en diagnostiquant des anomalies fœtales importantes, elle a permis aux sages-femmes de ne plus être confrontées à la naissance d'enfants présentant des malformations incompatibles avec la vie, ce qui était mal vécu. « *Ça a apporté un dépistage des grosses malformations. Je n'ai plus vu d'anencéphalies, de grosses grosses malformations qui arrivaient au bout de la grossesse et on était obligée de les regarder mourir tout doucement ou on faisait une injection létale parfois* » raconte Mme H. L'échographie a permis de limiter le sentiment d'impuissance des sages-femmes face à ces malformations comme l'explique Mme E. : « *auparavant tu constatais. Quand j'ai démarré, on était dans « il se passe ce qu'il se passe »* ». Enfin la découverte anténatale de certaines malformations opérables a aussi permis d'adapter la prise en charge de ces enfants directement à la naissance, sans effet de surprise et donc d'améliorer leur pronostic vital. « *Les anomalies cardiaques qu'on ne voyait qu'à l'arrivée et malgré une prise en charge rapide on ne pouvait rien faire ; alors qu'aujourd'hui avec les prises en charge anténatales ou la prise en charge très rapide au moment de l'accouchement ils s'en sortent très bien. C'est indéniable.* » (Mme C.). Couplés avec l'avancée des techniques de réanimation des nouveau-nés, les diagnostics et la possibilité de prévoir la prise en charge ont permis un accroissement des chances de survie des nouveau-nés.

Mais l'échographie va aussi modifier radicalement le rapport des sages-femmes à la naissance en les confrontant aux Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) qu'elles ont dû prendre en charge.

Le premier rôle de la sage-femme est d'accompagner la vie, or, dans ce cas, c'est la mort qu'il fallait accompagner. Plusieurs sages-femmes interrogées soulignent le vécu particulièrement difficile de ces situations très éloignées de ce pourquoi elles avaient



choisi ce métier. Comme le raconte Mme E. : « *Ça nous a amenées vers des situations qu'on ne connaissait pas en tant que sage-femme. (...) l'IMG n'était pas forcément ce pourquoi... c'était au niveau du vécu, c'est compliqué. Tu te retrouves face à des parents avec lesquels tu dois partager un moment difficile. (...) ce n'était pas ce qu'on espérait de ce moment-là* ». Mme G. est, elle aussi, bouleversée ; en particulier face aux réductions embryonnaires : « *Je pense que c'est une avancée qui pose des problèmes plus profonds. C'est terrible, terrible. Ce n'est pas uniquement de la technicité* ».

L'échographie a soulevé la question de l'après-diagnostic et, en particulier, dans le cas des pathologies létales. Que faire après la découverte, lors d'une échographie, d'un doigt manquant comme se demande Mme B. : « *C'est vrai qu'avec cette échographie on dépiste pas mal de choses qu'on ne voyait pas avant. Mais ça posera d'autres problèmes par contre : qu'est-ce qu'on fait après avoir découvert quelque chose ? Je me souviens d'échographie où on voyait un enfant à qui il manquait un doigt et la mère a demandé une ITG pour ça alors que l'enfant allait bien ; bon, il lui manquait son doigt, mais bon. Ça pose aussi d'autres problèmes* ». Les parents souhaitent une interruption de grossesse mais pour elle c'est un réel cas de conscience. De même pour Mme E. : « *on s'est retrouvées avec des malformations qui étaient dépistées et donc des prises de position et des choix qu'il fallait faire* ». La loi laisse le choix aux parents ce qui permet de ne pas engager la responsabilité de l'équipe médicale ; néanmoins c'est cette dernière qui a le devoir d'informer les parents pour leur permettre de faire un choix éclairé.

### **1.6. Les épisiotomies**

La pratique de l'épisiotomie est très souvent une source d'angoisse pour les femmes, parfois à l'origine de douleurs intenses, elle est même considérée par certaines patientes comme une mutilation. Très fréquente depuis les années 70-80 chez les primipares, voire quasi systématique dans certains services, on pensait qu'elle limitait les prolapsus et les incontinences urinaires. Bien que cette pratique soit très praticien et service dépendant, le taux d'épisiotomie a significativement diminué depuis les recommandations de pratique du CNGOF (Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français) à ce sujet en 2005 (18). Elle est passée d'un taux de 71% en 1998 à 44% en 2006 puis 39% en 2016 chez les nullipares et respectivement 36%, 14% et 10% chez les multipares. (19,20)





Toutes les sages-femmes interviewées disent avoir appris la pratique des épisiotomies ainsi que leur réfection sur le « tas », pendant leurs études. Pour la majorité d'entre elles, la pratique des épisiotomies n'est pas systématique, mais cette position est néanmoins nuancée. Comme l'explique Mme E. : « *Les limitations sont les miennes. On ne peut pas me donner sur un tableau les femmes pour qui je ferai une épisio et celles pour qui je n'en ferai pas* ». Elles se rejoignent toutes pour dire l'importance de savoir maîtriser le dégagement de la tête dans le but d'être le moins délétère possible et réaffirment que c'est la clinique qui guide leur choix. Néanmoins, comme l'explique Mme E. « *il y a des cas où il faut en faire systématiquement, suivant les antécédents ou la clinique* », même si dans l'ensemble il y a une réelle volonté de limiter le recours à cette pratique, « *j'ai toujours fait le minimum* » explique Mme H.

Avec les années, les pratiques ont évolué, comme l'explique Mme F. : « *Au départ il fallait en faire à tout le monde, ensuite il ne fallait pas en faire. Il y a eu des modes* ». Les mentalités, aussi, ont changé, comme le rapporte Mme H. d'abord de la part du corps médical : « *Je pense quand même, depuis 15-20 ans, les nouvelles générations de gynécos qui ont entre 40 et 50 ans aujourd'hui mettent un point d'honneur à ne pas faire d'épisios. (...) Avant ils ne se posaient pas la question* ». Puis aussi du côté des femmes, Internet a permis de libérer et de catalyser la parole de celles qui ont vécu cet acte comme un traumatisme, amenant les professionnels de santé à se remettre en question : « *Je pense qu'il y a une prise de conscience que l'épisio est un acte chirurgical, c'est une mutilation dans quelques cas* ». Mais au-delà de la question de l'épisiotomie, c'est la question de l'information des patientes qui se pose. Cette pratique chirurgicale avait créé la polémique en 2017 (21) quand la parole de nombreuses femmes s'était libérée à propos de cet acte, entraînant une prise de conscience du peu d'informations qui leur sont délivrées et des douleurs causées par cet acte.

Les réponses données par les sages-femmes à la question de l'épisiotomie montrent, là aussi, une empathie envers leurs patientes. Mme B. s'indigne de certaines épisiotomies : « *J'ai vu des épisiotomies, c'était l'horreur ; j'en ai vu arriver qui étaient pratiquement au milieu de la fesse !* » Comme elle l'exprime plus loin, il y a un réel souci de bien faire ce qui aboutit à de longs débats sur la meilleure façon de réaliser cet acte : « *Il y avait une éternelle discussion pour savoir si elle était médiane ou médio-latérale. (...) Le problème de*





*la médiane c'était qu'on avait peur pour le sphincter ; donc, à certains moments, on faisait des médio-latérales ».* Encore une fois, au-delà du questionnement autour de cet acte parfois controversé, il y a des questions plus profondes : notamment le rapport qu'entretient la sage-femme au corps de sa patiente, par identification à son propre corps, et l'importance du respect qui prend de nombreuses formes. Mme H. l'exprime bien : *« je pense que les sages-femmes se doivent de faire des accouchements en respectant le corps de la maman. C'est du respect. Prendre une paire de ciseaux et clac ! Je trouve que c'est un manque de respect si il n'y a pas obligation de le faire ».*

Dans l'ensemble, leur ressenti est resté le même tout au long de leur carrière comme l'expriment Mme D. : *« j'ai vu des déchirures compliquées, avec carrément des fistules anales, des choses graves. Donc une épisio préventive me paraît quand même quelquefois plus sage même si c'est agressif »* et Mme I. : *« Est-ce qu'il vaut mieux un périnée un petit peu écrasé, un petit peu abîmé au cours d'un accouchement ou est-ce qu'il vaut mieux une épisiotomie ? En sachant qu'il y a beaucoup d'épisiotomies qui sont douloureuses par la suite... »*, pour elle, il y a une réelle ambivalence : *« C'est mon avis de femme, est-ce qu'il ne vaut pas mieux une petite épisiotomie bien recousue plutôt qu'une déchirure compliquée ? »*. Il est parfois difficile de choisir entre une épisiotomie qui peut s'avérer douloureuse et une déchirure aux conséquences plus délétères qu'une épisiotomie. Là encore, le cas par cas s'impose et la clinique prime, l'objectif étant d'être le moins délétère possible.

### **1.7. Les Interruptions Volontaires de Grossesse**

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont été confrontées à des femmes ayant eu recours à des IVG clandestines ; néanmoins la réponse de presque chacune d'entre elles est ponctuée de superlatifs. Que ce soit dans un registre négatif à propos des pratiques antérieures à sa légalisation : « inimaginable », « horreur », « abominable », ou positif à partir de la Loi Veil (1975) : « délivrance », « formidable », « grand moment », « bonheur ». Les autres qui n'ont pas été impactées par les conséquences des avortements clandestins se disent concernées par cet acte en tant que femme mais cela n'avait pas d'impact sur leurs pratiques.

Tout d'abord, il est intéressant de souligner le processus d'identification et d'empathie envers les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants dont un certain nombre n'était pas désiré. Mme D. se souvient : « *Elles en avaient six ou sept : elles n'en pouvaient plus ! J'ai trouvé une souffrance terrible chez ces femmes.* ». Pour Mme I. c'était une véritable « *chance d'être dans ce milieu* » médical et donc de posséder des bases en matière de contraception et de procréation.

Les sages-femmes interrogées se sentent doublement concernées en tant que sages-femmes mais plus encore en tant que femmes. Pour Mme A. il était très important de participer aux événements de Mai 68 autant pour la femme qu'elle est que pour la sage-femme, partenaire des femmes : « *en 68 j'avais 18 ans donc je me suis battue pour tout ça ! L'IVG, la pilule, la péridurale* ».

La légalisation de l'IVG a été une réelle délivrance pour les sages-femmes interrogées en raison du traumatisme d'avoir vu des femmes mourir, parfois du même âge qu'elles, dans des conditions terribles suite à ces IVG clandestines. Mme B. se rappelle : « *Ça a changé beaucoup beaucoup de choses, énormément. Moi j'ai vu mourir des femmes de suites d'IVG. J'en ai vu mourir. (...) J'ai vu des femmes qui sont mortes. (...) Ça c'était vraiment des choses qui marquent. C'était inimaginable l'imagination des femmes par rapport aux IVG, j'ai vu des horreurs, des horreurs, des horreurs. (...) La loi Veil, ça a été une délivrance, enfin, j'ai vraiment apprécié ça. Je me suis dit quand même ! Heureusement et puis on a vécu les histoires (...) j'ai vécu ça, on le suivait. (...) C'était une bonne loi, très très bonne loi* ». Elle est tout aussi indignée lorsqu'elle se remémore l'accouchement d'une femme dont le vagin avait été mutilé par une tentative d'IVG en début de grossesse et qui n'avait pas fonctionné : « *Je me souviens avoir, c'était l'horreur, accouché une femme qui avait essayé, au début de sa grossesse, de se faire avorter. Mais c'était, ni vulve, ni vagin, des brides sclérosées de partout. Enfin c'était... ça c'était vraiment des choses qui marquent* ». De même, Mme I. raconte avec émotion : « *Moi j'avais 20 ans et je voyais arriver des jeunes filles de 16, 17 ans (...). J'ai même vu une jeune fille mourir. (...) Alors quand l'IVG est arrivée, c'était que du bonheur* ».

Les mentalités n'ont pas évolué aussi vite que la loi ; un certain nombre des IVG pratiquées, alors uniquement chirurgicales à ce moment-là (22), ne sont pas toujours réalisées dans le respect de la femme. Les sages-femmes interrogées relatent ce

sentiment d'injustice et cette déception comme Mme B. : « *J'ai vu faire par la suite des curetages à vif parce que « ça leur apprendra ». Oh ! Non, mais là, il y a eu des horreurs là, vraiment, ça, ça m'avait beaucoup marquée* » et Mme D. : « *Ça ne leur plaisait pas du tout donc elles étaient quand même un peu malmenées au niveau du bloc opératoire, ah oui, oui. Souvent ça se faisait sans anesthésie pour qu'elles soient punies et qu'elles ne le refassent pas tous les ans. C'était quand même une punition* ».

L'IVG a donc été le combat de toute une génération de femmes pour disposer librement de leur corps. Plusieurs des sages-femmes interrogées soulignent le sentiment d'oubli de ce combat par les jeunes filles. Mme B. et Mme I. insistent sur ce point : « *Quand j'allais acheter ma pilule on me demandait ma carte d'identité. (...) Votre génération, vous ne pouvez pas comprendre. (...) Vous ne pouvez pas vous rendre compte* » (Mme I.), « *Nous on a vécu ça, mais les générations d'après, elles ne savent pas ça. Les jeunes, tout ce combat... On oublie et je pense qu'il faut rester vigilantes par rapport à ça* » (Mme B.).

## **2. L'évolution des relations**

### **2.1. Avec les autres professionnels de santé**

De par leur travail en milieu hospitalier, les sages-femmes ont toujours été amenées à travailler au contact d'autres professionnels de santé, chacun possédant son champ de compétences.

L'obstétrique s'articule suivant deux notions : l'eutocie ou tout ce qui est du domaine de la physiologie, et la dystocie qui correspond à la pathologie. Les compétences du gynécologue-obstétricien regroupent ces deux champs d'application. Pour la sage-femme, bien qu'autonome et responsable dans ses actes, le champ de compétence est plus ambigu. La physiologie correspond au domaine d'exercice de la sage-femme mais aussi du médecin : elle n'en n'a donc pas l'exclusivité. Dans le cadre de la pathologie, elle a l'obligation légale d'en référer au médecin, la sage-femme prend alors le rôle d'auxiliaire médicale : elle travaille sous sa responsabilité. L'autonomie des sages-femmes et leurs responsabilités ne sont donc pas toujours évidentes à délimiter en raison de l'absence de compétences propres et de leur place intermédiaire entre les médecins et les professions paramédicales. (14,23,24)

Les réponses données par les sages-femmes sont très subjectives ; elles sont influencées par leur lieu d'exercice : public ou privé, la taille de la structure et les tempéraments de chacune.

Même si plusieurs sages-femmes pensent que les relations en secteur privé sont plus difficiles qu'en secteur public comme l'évoque Mme I. : « *je pense qu'en privé, on est beaucoup plus en ligne de mire qu'en public* », c'est probablement parce que, dans le privé, leur autonomie est moins importante bien que les connaissances soient identiques. Selon une étude de 1998 menée dans 11 régions de France, 74% des sages-femmes des maternités publiques peuvent décider du retour à la maison contre 45% dans le privé. (24)

Dans la pratique hospitalière, Mme C. et E. racontent avoir au départ travaillé avec des médecins généralistes qui venaient accoucher leurs patientes à l'hôpital public. Les relations étaient variables suivant les praticiens, parfois cela se passait très bien et les sages-femmes n'appelaient que pour l'accouchement mais pour d'autres : « *il y en avait avec qui ça se passait un petit peu moins bien et parfois ce n'était pas triste* » raconte Mme C. De même pour Mme E. : « *pour deux, trois, qui, de façon empirique savaient à peu près faire des accouchements, si tu savais le nombre d'aberrations que j'ai vues, je bouillais !* ». Par la suite, les médecins généralistes ont été progressivement remplacés par les gynécologues-obstétriciens ce qui pour elle était « *une bénédiction, une bénédiction* ». Bien que les relations soient dépendantes des caractères de chacun comme l'explique Mme B. : « *cela dépendait des médecins. Il y en a que vous pouviez déranger n'importe quand et n'importe comment ; ils arrivaient et il y en avait d'autres qui rechignaient plus à venir, qui attendaient. (...) Alors je ne vous dis pas, quand c'était 2 h du matin, ce qu'on prenait ! (Rires) On se faisait un petit peu souffler dans les bronches* », elles étaient plus en confiance avec des professionnels formés uniquement à l'obstétrique. Leur présence et leurs compétences rassuraient et permettaient aux sages-femmes de demander des avis : « *C'est plus sécurisant* » (Mme H.). Mme G. raconte « *J'avais la chance d'avoir été formée à Dijon et je pense que le CHU était quand même bien équipé au niveau du personnel. (...) Nous, on n'a jamais vraiment été toutes seules, perdues* ».

Dans les années 2000, l'arrivée du médico-légal a obligé les sages-femmes à être vigilantes vis-à-vis de leur domaine de compétences. Il y a eu une prise de conscience, chacun a dû prendre l'habitude de noter les actes effectués dans le dossier de la patiente



pour respecter les procédures établies et ne pas dépasser ses compétences dans le but de se protéger. Même si parfois les opinions divergent entre la sage-femme et le médecin, il y a un intérêt commun comme l'explique Mme I. : « *On avait intérêt à s'entendre car ils avaient autant besoin de nous qu'on avait besoin d'eux* », pour le bon fonctionnement du service ainsi que la sécurité et le bien-être des patientes et de leurs enfants.

La rencontre avec les anesthésistes était souvent plus houleuse comme le raconte la majorité des sages-femmes dans les entretiens. Ils constituent une deuxième tutelle médicale pour les sages-femmes et sont un acteur de plus dans ce qui était au départ une relation binaire femme/sage-femme (16). Les relations étaient difficiles car les anesthésistes n'étaient pas toujours disponibles ; l'objectif est le même mais les priorités divergent entre les deux corps de métier : « *les détails organisationnels entre les anesthésistes, ceux qui y voyaient plus une charge de travail supplémentaire et ceux qui étaient plutôt vers le progrès. Ce n'était pas toujours facile à gérer. (...) Avec les obstétriciens ce n'était jamais compliqué parce qu'on allait tous dans le même sens ; avec les anesthésistes c'était parfois un petit peu compliqué quand il faut faire la péridurale à 2 h du matin et qu'ils t'expliquent que si tu sais travailler tu dois la faire à 2 h de l'après-midi.* » (Mme E.). Mme F. raconte aussi : « *Ensuite il fallait servir les péridurales alors qu'on avait autre chose à faire, ils estimaient qu'on était leurs petites mains* ». De plus, chacun se garde un droit de regard sur le travail de l'autre : « *Ils n'admettaient pas que le médecin gynéco ne soit pas là. Ils n'admettaient pas qu'on soit médicale. Ils ne comprenaient pas qu'eux soient présents et pas l'obstétricien. A la limite, ils intervenaient sur un problème obstétrical ou, si il y avait quelque chose au monitoring, ils prenaient le téléphone et ils appelaient l'obstétricien* » (Mme F.). Cette méfiance réciproque ne facilitait pas les relations ; la présence d'autant de professionnels de diverses spécialités auprès de la patiente donnait parfois lieu à des accrochages car chacun se sentait dépossédé de ses compétences. Mme B. : « *Il y a eu la cohabitation avec les anesthésistes et ça, ça n'a pas été simple à établir. Les sages-femmes ont eu l'impression d'être un peu dépossédées de leur suivi des femmes en quelque sorte* ». Mme G. confirme : « *ce doit être plus pénible parce que je pense que les anesthésistes doivent parfois donner leur avis et donc les sages-femmes sont un peu moins libres* ». Chacun possède son champ d'action mais certaines compétences se chevauchent ce qui provoque des altercations. Une étude



de 1998 rapporte que 14% des sages-femmes du secteur public et 32% du secteur privé estimaient que leurs compétences étaient souvent ou assez souvent sous-utilisées. L'autonomie et le contenu du travail des sages-femmes sont donc subordonnés à la reconnaissance de leurs compétences par les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens en particulier en raison du chevauchement de compétences (14,20).

Les relations avec les pédiatres sont peu évoquées par les sages-femmes, les réponses montrent des relations très variables selon les hôpitaux et les caractères de chacun.

Toutes les sages-femmes insistent sur la nécessité de connaître le travail des autres professionnels pour s'accorder, favoriser la bonne entente et les relations de confiance même si cela prend du temps ; « *Il y a eu toute une mise en route, il fallait s'accorder, il fallait le temps de s'apprivoiser, ce n'était pas évident* » (Mme B.).

Mme G. et Mme H. en particulier soulignent l'importance de rester à sa place et dans son champ de compétences. L'aptitude de chacun à pouvoir gérer son travail sans faire appel aux autres de façon superflue est un facteur de bonne entente : « *Je pense que je n'abusais pas non plus parce que j'essayais d'appeler à bon escient. On n'a pas toutes le même jugement. (...) Il y a certains gynécos qui disaient « je ne comprends pas avec ces sages-femmes ça saigne tout le temps, ça saigne tout le temps »* ». Mais cette capacité à pouvoir gérer les urgences est dépendante de l'expérience : « *Je pense qu'arrivée à mon âge j'avais une certaine confiance en moi. L'anxiété faisait qu'elles étaient incapables de gérer. C'est pareil pour les ralentissements et les bradycardies. (...) Il faut savoir prendre sur soi* » (Mme H.). « *Ils nous faisaient vraiment confiance, on avait une équipe de médecins qui étaient très ouverts. On ne les appelait que si il y avait des problèmes* » raconte Mme F., la volonté de chaque professionnel à travailler de façon complémentaire et la reconnaissance des compétences des sages-femmes sont autant de facteurs qui favorisent une délimitation claire des compétences de chacun et une confiance entre les professionnels. L'accouchement est donc un travail d'équipe entre sages-femmes et médecins dont l'autonomie de chacun est négociée et connue de tous mais qui repose sur une interdépendance des professions. (14,16)

## **2.2. Avec les pères**

Les pères font leur entrée dans la sphère de l'accouchement à partir de la fin des années 60. Les mouvements idéologiques et sociaux libertaires, d'inspiration plus naturelle,



recherchent des manières d'accoucher moins médicalisées, moins rigides et où le père soutient pleinement sa femme pendant le travail et l'accouchement. La première participation des pères se fait donc sur fond de revendications féministes pour une plus grande participation du père aux tâches domestiques normalement attribuées aux femmes. (6,8,25)

Pour les sages-femmes, l'entrée de nouveaux acteurs dans les salles d'accouchement suscite de nombreuses réactions contrastées.

La majorité d'entre elles pose un regard bienveillant sur ces pères, parfois un peu perdus, comme l'explique Mme H. : « *Il faut leur donner confiance aussi parce que, souvent, ils se sous-estiment. Enfin, ils s'imaginent que ce qui se passe en salle d'accouchement est tellement épouvantable qu'ils n'osent pas.* ». Les sages-femmes mettent un point d'honneur à leur expliquer et à les faire participer au maximum : « *il ne faut pas qu'ils fassent tapisserie* ». Lorsque leur investissement est au rendez-vous, cela aboutit à une réelle relation de partage et de confiance entre les soignants et le couple. « *C'est super, c'est super cette participation. (...) La place des papas c'est important* » raconte Mme C.

Mais cette participation des pères pousse aussi les sages-femmes à se remettre en question et à réfléchir sur leurs pratiques. Mme D. se souvient : « *On n'était plus la reine mère dans la salle d'accouchements. On est obligée de faire plus attention* » ; de même que Mme H. : « *Ça nous oblige à s'autocritiquer sur nos pratiques. Savoir qu'il est là comme témoin, ça doit nous forcer à être plus respectueuse, faire des gestes de façon différente* » ; pour autant, ce n'est pas vu comme une contrainte car toutes soulignent l'importance de la présence du père.

Néanmoins, pour d'autres sages-femmes, certains comportements des pères sont moins bien perçus. Leur présence parfois trop envahissante n'est pas acceptée ; que ce soit dans leur attitude, comme se souvient Mme C. : « *Il y en a qui n'étaient pas investis du tout donc c'était vraiment casse-pied* », ou dans leur interférence dans les choix de la femme, dans la relation mère-enfant, comme le rapporte Mme A. : « *quand je lui pose une question à elle, c'est monsieur qui répond (...), c'est comme si les hommes voulaient quasiment effacer cette différence que c'est madame qui fait l'enfant* ». Cela oblige les





sages-femmes à faire de la pédagogie pour que chacun puisse trouver sa place et s'y sentir bien.

En amont de l'accouchement, la préparation à la naissance a aussi permis de faire participer les pères et d'accompagner leur femme pendant la grossesse. Plusieurs sages-femmes interrogées mettent en avant la réalisation de tout un travail pour préparer les parents à l'arrivée de leur futur enfant : « *Il fallait faire tout un travail pédagogique pour leur expliquer les choses. (...) Les préparations à la naissance permettaient d'expliquer au père le processus, (...) préparer le père à ce qu'il allait vivre.* » (Mme B.)

De même, la péridurale a aussi eu son rôle à jouer dans le bien-être et la participation des pères en salle de naissance ; ils étaient bien moins angoissés. Mme B. et Mme E. gardent des souvenirs marquants de ces pères paniqués par la douleur de leur femme : « *gérer la colère d'un mec qui ne comprend pas pourquoi sa femme hurle de douleur quand tu n'as pas de moyens pour la soulager : c'était un peu compliqué* ». Certains devenaient même agressifs ; alors la péridurale, en plus de supprimer la douleur physique de la femme, a aussi supprimé l'impuissance des pères face à ces souffrances. A partir de la généralisation de la péridurale, de nouvelles relations plus apaisées s'établissent entre les sages-femmes et le couple, la communication est bien plus facile et comme le ressent Mme E. : « *La vision du couple a changé* ».

### **2.3. Avec les patientes**

La quasi-totalité des sages-femmes ont, à un moment donné, abordé l'importance de l'empathie. C'est une qualité indispensable mais qui, pour certaines, et en raison de la place grandissante de la technique dans l'exercice du métier, semble être passée au second plan. Mme B. rend compte de ce phénomène : « *Il faut avoir de l'empathie, il faut aimer les femmes, il faut avoir de l'empathie pour les femmes pour faire ce métier et le faire bien, ne pas être une technicienne pure. C'est vrai que parfois on a eu un peu tendance à se cacher derrière la technique. (...) Pour ma part, ça n'a pas changé ma façon d'être avec les femmes mais peut-être aussi parce que j'avais connu, avant, ce contact...* ».

Le monitoring et la péridurale sont de très bons exemples de la manière dont la technique a bouleversé la relation entre la sage-femme et sa patiente. La péridurale soulage la femme et le monitoring permet de surveiller l'enfant à distance. La sage-



femme n'a donc pas besoin d'être aux côtés de sa patiente pour l'aider à supporter les contractions. Le travail relationnel du soignant avec le soigné a donc diminué en intensité. Dans l'exemple de la péridurale, le savoir du soignant c'est-à-dire « savoir soulager » et son expérience ne sont plus autant sollicités à cause de la présence de la technologie. Pour une grande majorité des sages-femmes interrogées, la technologie a provoqué une perte dans l'intensité relationnelle avec la patiente au profit de la technique qui a presque pris le pas sur le côté humain.

Elles soulignent l'importance d'être vigilantes au maintien de cette relation pour que la sage-femme ne devienne pas uniquement une technicienne de l'accouchement, sans un supplément d'âme. La technique en vient à remplacer, plus qu'à étayer dans certains cas, le sens clinique de la sage-femme. Il est donc important de limiter ce phénomène dans le but de trouver un équilibre entre ces deux aspects du métier et trouver un rapport soignant – soigné satisfaisant pour la femme et la sage-femme. (16)

Le regard porté par les femmes a aussi changé. Envers elles-mêmes tout d'abord, elles ont une meilleure connaissance de leur corps comme le rapporte Mme F. : « *Au début elles étaient ignorantes. Elles ne connaissaient pas leur corps. Elles ne connaissaient pas comment ça se passait. Elles ne connaissaient pas l'accouchement, par la suite elles ont appris par les cours, les médias* » et Mme D. : « *Avant elles ne savaient rien. La connaissance par les femmes de leur corps a vraiment changé* ». Les séances de préparation à la naissance ont grandement participé à la connaissance des femmes sur leur corps. Il y a eu de moins en moins de tabous, les femmes posaient davantage de questions pour faire tomber les non-dits.

Leur regard a aussi changé envers les sages-femmes, plusieurs de ces dernières qui ont été interrogées ressentent un manque de reconnaissance par rapport au début de leur pratique. Mme B. raconte : « *Elles sont plus exigeantes quand même. Il y a plus d'exigence par rapport à la prise en charge. (...) Elles n'ont pas connu le fait d'accoucher sans péridurale. (...) Il y a moins de « reconnaissance » qu'avant, c'est vrai que les femmes nous étaient reconnaissantes et elles le manifestaient plus facilement* ». On peut donc formuler l'hypothèse que d'une part la diminution du temps passé auprès des patientes et donc la relation moins intense qui les lie, et d'autre part la multiplicité des interlocuteurs pendant le suivi de la grossesse peuvent être à l'origine de la diminution

de la reconnaissance des sages-femmes. Cette hypothèse se vérifie quand on s'intéresse à la relation que les sages-femmes libérales ont avec leurs patientes. Elles rapportent, sans hésitation, une relation bien plus forte comme Mme H. : *« Ce sont deux métiers différents. A l'hôpital on est dans la technique, le geste, l'obstétrique pure quoi, on fait naître des bébés, il y a de l'adrénaline, beaucoup de satisfaction, on participe à des choses très importantes. (...) Quand je demandais aux parents qui était la sage-femme qui s'est occupée de vous (...) la plupart du temps ils ne savaient pas comment s'appelait la sage-femme. (...) On a l'impression de faire quelque chose d'extraordinaire en salle de naissance mais on se rend compte que ça se réduit à très peu de choses dans l'histoire de la grossesse. Même si l'accouchement est très important, la personne qui est là pour l'accouchement est importante mais elle est rayée de la mémoire alors que la sage-femme libérale qui est là dans l'accompagnement, pour les consultations de grossesse, et va à la maison après. C'est bien plus riche »*. On observe que pendant l'accouchement la relation est intense en raison des événements mais brève. La technique prend le pas sur le relationnel et le charnel. Auparavant la sage-femme plaçait ses mains sur le ventre de sa patiente et l'accompagnait au plus près pour l'aider à supporter les contractions les unes après les autres. Aujourd'hui, bien que la volonté de réassurance soit toujours présente, les contacts se limitent souvent à l'ajustement des capteurs.

Il est aussi intéressant de regarder la convergence de deux phénomènes : la médicalisation et le médico-légal. Deux sages-femmes parmi celles interrogées relèvent l'angoisse des femmes, plus présente aujourd'hui qu'à leurs débuts. En effet l'IVG et la contraception ont rendu l'enfant plus précieux car être enceinte est le plus souvent un choix. De plus la médicalisation de la naissance, dans le but de réduire le risque d'anomalies, a donné l'impression que l'accouchement est un moment quasi sans risque pour la mère et son bébé. Comme l'explique Mme E., les sages-femmes ont le devoir d'expliquer aux patientes : *« Il faut savoir expliquer à ces femmes que malgré toute la technologie, l'accouchement reste encore, pour l'instant, un acte naturel bien-entendu ; mais seulement si l'enfant est placé correctement... Il faut essayer, en effet, de leur faire comprendre qu'on va passer ce moment ensemble et on va le passer le mieux possible. C'est expliqué, ce qui est vu est normal mais il y a des choses qui ne peuvent pas être vues. Ça demande davantage d'explications, il y a davantage de discussions pour faire comprendre que malgré toute la technologie, il peut se passer des choses pendant l'accouchement qu'on*



*n'a pas prévues ; qu'on maîtrisera, du moins c'est à souhaiter, mais qu'on n'a pas prévu ». A ces inquiétudes s'ajoutent la remise en cause, importée des États-Unis dans les années 2000, des compétences des soignants devant la justice. Elle est de plus en plus fréquente. Le médico-légal devient donc un poids important pour certaines des sages-femmes interrogées comme Mme B. : « *Ce qui n'existait pas autrefois c'est la plainte qui plane sur la tête des sages-femmes ; autrefois ça n'existait pas. On n'avait aucune crainte même s'il y avait un gros souci qui arrivait. (...) Ça faisait partie des risques et c'était accepté. Maintenant ce qu'on a vu apparaître c'est la peur de la plainte. (...) On s'entoure de tas et de tas de choses pour éviter ça, les protocoles sont là pour ça. (...) On arrive à voir les femmes presque comme un risque pour notre sécurité. (...) ça a beaucoup changé, c'est vraiment un des gros changements que je peux noter par rapport à ma pratique des années 70. Vraiment tout peut, tout, tout, tout, tout peut amener la sage-femme devant les tribunaux. Et ça, c'est une peur qui n'existait pas avant, une crainte qui n'existait pas avant* ». Mme B. exprime à quel point le médico-légal est pesant dans sa pratique quotidienne car elle a dû apprendre à travailler et à se protéger en conséquence. Les jeunes sages-femmes d'aujourd'hui ont moins ce problème car c'est quelque chose qu'elles ont appris à gérer au même titre que les autres aspects du métier.*

Enfin la vie de femme des sages-femmes a aussi une influence non négligeable dans la relation avec leurs patientes. D'abord le fait d'avoir connu la grossesse comme Mme I. : « *Le fait de me maturer au fil des années m'a rendue peut-être plus à l'écoute, moins dans le jugement. Oui et puis le fait d'être mère moi-même a changé beaucoup de choses. D'avoir eu des contractions, d'avoir ressenti certaines douleurs m'a fait comprendre beaucoup de choses que j'avais du mal à comprendre avant. Enfin, du mal non mais oui j'étais moins à l'écoute* ». Ensuite l'expérience pour Mme G. qui raconte comment elle a « *muri et évolué* » dans son discours : « *J'ai acquis une maturité par rapport à mon expérience. Je suis devenue de plus en plus sécurisante* ». Et enfin l'âge : « *Au début quand on a 20 ans ou 21 ans on est un peu intimidée, on ne se trouve pas très crédible. (...) On va faire le travail correctement mais il y a un peu une peur d'être incompétente et de ne pas rassurer suffisamment parce qu'on n'a pas assez de bouteille. Au fur et à mesure qu'on évolue on a des pratiques différentes. (...) J'ai pris de l'assurance donc je pense que j'ai pu apporter de la confiance* » (Mme H.).



### **3. L'évolution de la profession**

Le regard des sages-femmes sur l'évolution de la profession depuis le début de leurs études est très subjectif de par leur parcours personnel et professionnel. Elles ont toutes été concernées à des degrés différents par les conséquences de ces évolutions. En portant un regard sur l'ensemble de leur carrière, plusieurs sages-femmes s'accordent sur les changements qui les ont le plus marquées.

Tout d'abord à propos de la reconnaissance du métier, plusieurs relatent un manque dans ce domaine en comparaison du début de leurs études. Mme D. raconte : « *Quand j'ai fait mes études, sage-femme c'était quelque chose. C'était comme dans un village, il y avait le curé, l'instituteur, la sage-femme...* », de même Mme F. se souvient qu'au moment de ses études : « *la sage-femme était quelqu'un d'important* ». Le manque de reconnaissance ressenti par les sages-femmes peut s'expliquer, en partie, par les changements sociétaux : d'une part par une disparition de la « confiance aveugle » dans le corps médical depuis le milieu du XXème siècle et d'autre part avec l'apparition d'internet et de connaissances médicales accessibles par tout le monde.

Ensuite, l'évolution du mode de sélection d'entrée dans les études et des savoirs acquis a été pour certaines, un espoir de reconnaissance du métier. En effet, le niveau de recrutement est passé du Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC) en 1951 au niveau Baccalauréat en 1983 (26). Puis, en 2003, le recrutement s'est fait par la première année de médecine et enfin la PACES (première année commune aux études de santé) en 2011 (28). Dans le même temps les nombreuses avancées dans le domaine de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la gynécologie et plus récemment l'ajout des sciences humaines au programme augmentent le niveau de compétences exigées et par conséquent le nombre d'années d'études qui passe progressivement de 3 à 5 ans. (14)

Malheureusement les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes comme le rapporte Mme D. : « *Les études sont très difficiles, c'est très très dur. Je ne sais pas si pour autant le regard de cette profession a changé* ».

La quasi-totalité des sages-femmes interrogées raconte que le choix de ce métier était une vocation ou ayant un rapport étroit avec leur propre histoire. Certaines d'entre elles comme Mme A. estiment qu'une partie des nouvelles diplômées choisissent ce métier



plutôt par défaut d'avoir échoué médecine que par vocation : « *Il fallait que je vous parle de la différence de motivation entre l'époque où moi j'ai fait ce choix là et celui qu'ont les jeunes comme vous aujourd'hui. Aujourd'hui je pense que les motivations sont un peu différentes parce qu'il y a le parcours obligatoire (...) je me demande si aujourd'hui le choix de faire ce métier il est fait autant par choix ou si ce n'est pas fait parfois par défaut d'avoir échoué médecine.* ». Néanmoins Philippe Charrier dans son rapport « Les sages-femmes en France » montre que c'est une idée reçue. Il démontre que quels que soient les époques et le mode de recrutement, il y a toujours eu une minorité de sages-femmes dont ce métier n'était pas celui initialement recherché au moment du choix d'orientation. Les réponses majoritairement données quant au choix du métier de sage-femme étaient « l'intérêt pour la naissance, les enfants » et « travailler dans une profession médicale » (27).

Ce regard global que portent les sages-femmes sur leur carrière permet d'entrevoir les conséquences multiples de la technique en salle d'accouchements. Tout d'abord, comme il a été dit précédemment, la sécurité est l'un des apports premiers : « *La technologie a apporté une sécurité pour la naissance et donc pour la sage-femme* » (Mme G.), c'est un véritable « *confort* » pour Mme A. Mais comme il a été vu plus haut, en plus de sécuriser la patiente, la technique effectue une partie du travail à la place de la sage-femme qui passe donc moins de temps auprès de sa patiente. Mme A. et Mme H. résument très bien ce phénomène : « *J'en reste encore un petit peu ambivalente dans ma tête (...). La sécurité que donne la technique c'est bien mais en même temps ça diminue énormément le temps qu'on peut donner au moment dans l'humain (...). On passe beaucoup de temps à mettre les mamans sous monito tout le temps plutôt qu'à les écouter et à les rassurer. (...) Je pense que plus ça va aller moins elles auront le temps d'être proches des mamans donc elles ne seront plus sages-femmes elles seront ingénieures des salles d'accouchements.* » ; « *C'est vrai que pour nous, la proximité de la patiente, le palper, l'accompagnement pendant le travail n'existent quasiment plus ou sont en voie de disparition. (...) Là c'était vraiment un accompagnement* ». Ce changement majeur dans la relation est mentionné par toutes les sages-femmes qui ne cachent pas leur inquiétude quant à la disparition de ce qu'elles considèrent comme le cœur du métier de la sage-femme au-delà des actes purement techniques comme l'accouchement. Pourtant, aujourd'hui, cet accompagnement est toujours présent, mais prend d'autres formes adaptées à l'évolution des pratiques.



La technique, couplée à l'évolution des connaissances médicales, a étoffé le programme des études qui sont donc plus complètes qu'au moment où les sages-femmes étaient à l'école : « *La formation est beaucoup plus complète dans tous les domaines (...) C'est un gros progrès. (...) ça a beaucoup gagné en qualité* » (Mme H.). Mais cette augmentation du volume des connaissances s'est traduit, sur le terrain, par un apprentissage plus technique que clinique comme le raconte Mme I. : « *Je pense qu'on attache vraiment trop d'importance au côté intellectuel. Je ne dis pas qu'il ne le faut pas ! Mais ce n'est pas rationnel, il faut le côté pratique, surtout dans des métiers où c'est la pratique qui domine. Il faut faire marcher son cerveau mais quand tu es devant l'accouchement c'est d'abord la pratique qui va commander* ». La sage-femme est donc plus technicienne que clinicienne. Mme E s'indigne : « *On ne sera plus des sages-femmes mais des techniciennes ! Une technicienne ce n'est pas une sage-femme* ». Cette ambivalence entre l'apport inéluctable de la technique et la volonté profonde de garder le sens clinique, spécificité du corps médical et encore plus de la sage-femme, représente une réelle difficulté pour les sages-femmes interrogées. Elles assistent impuissantes à la disparition de leur « art » au profit d'une technique plus sécuritaire mais dont la plupart estime que le prix à payer est un affaiblissement de l'accompagnement de la patiente.

Cette adaptation a nécessité pour les sages-femmes interrogées de réels efforts d'appropriation de ces techniques. Elle a été possible grâce à leurs capacités, plusieurs de celles interrogées relatent cette faculté de transformation pour s'acclimater à un nouvel environnement, comme le résume Mme A. : « *mais de toute façon une sage-femme ça s'adapte à tout.* »

On observe donc un entrecroisement générationnel entre les sages-femmes diplômées dès 1970 qui sont nées avec la clinique et qui ont dû apprendre la technique et les diplômées depuis les années 2000 qui sont nées avec la technique et qui ont pour mission d'apprendre la clinique afin de pouvoir concilier les deux aspects du métier, et trouver l'équilibre le plus profitable à la fois pour la patiente et pour la sage-femme.

Ces évolutions n'ont donc pas toujours été accueillies avec le plus grand enthousiasme néanmoins elles sont, dans la quasi-totalité, jugées comme nécessaires.

Enfin l'élargissement des possibilités d'exercice des sages-femmes est une des évolutions majeures relatées dans les entretiens. Les possibilités d'exercice sont bien plus larges et les sages-femmes n'ont plus à choisir entre leur vie professionnelle et leur



vie de famille. Mme C. explique qu'elle a dû faire un choix car son mari était routier : « *Il partait la semaine donc pour moi, concilier le travail à plein temps avec mes deux enfants à la maison ce n'était pas gérable. Il a fallu faire un choix, je l'ai fait, j'ai pris un temps partiel* ». De même Mme B. raconte : « *Autrefois la sage-femme c'était en salle d'accouchements, point barre. (...) Une sage-femme qui voulait vraiment mener de front une vie personnelle avec des enfants et une vie professionnelle, il fallait qu'elle fasse un choix. Ou elle avait des enfants et elle s'arrêtait de travailler ; certaines avaient fait ce choix parce que ce n'était pas beaucoup compatible avec des enfants* ». Aujourd'hui les différents modes d'exercices permettent aux sages-femmes de concilier vie de famille et vie professionnelle.

#### **4. Points forts et limites de l'étude**

Cette étude a donc été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs chez des sages-femmes issues de toute la France. On ne peut donc ignorer un certain nombre de biais.

Tout d'abord un biais d'information compte-tenu de la réalisation de sept entretiens par téléphone. Bien que les intonations aient été prises en compte lors de la retranscription des entretiens, il est impossible d'analyser les expressions et les réactions non verbales des personnes interrogées.

Ensuite un biais de mémoire car les questions abordent des faits ayant eu lieu il y a plusieurs années. La diversité des lieux d'exercice et les pratiques de chaque service peuvent modifier les réponses a posteriori des sages-femmes interrogées.

Enfin un biais de recrutement et de volontariat : les personnes interrogées ont été sélectionnées sur la base du volontariat, elles n'ont donc pas forcément les mêmes réponses que des personnes non volontaires.

L'ensemble des réponses données par les participantes ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une généralisation en raison du faible effectif de l'échantillon et des propos qui n'engagent que les personnes interrogées. De plus les sujets abordés sont très larges,

chacune des évolutions a donc fait l'objet d'une réponse globale de la part de l'intéressée.

Ce travail de mémoire a permis d'aborder un sujet peu traité et par extension l'étude d'une "génération" de sages-femmes qui sont majoritairement à la retraite aujourd'hui. Les divers lieux d'exercice de chacune des sages-femmes interrogées permettent une plus grande diversité des discours. L'intérêt porté par ces dernières aux questions posées montre l'importance des changements qu'ont représenté ces évolutions pour elles.





## Conclusion

---

De grandes avancées sont donc apparues progressivement depuis les années 70 dans les salles de naissances françaises. Leurs formes multiples ont profondément changé le quotidien et la pratique des sages-femmes.

Certaines évolutions comme la péridurale ou le monitoring ont demandé un certain temps d'adaptation afin de pouvoir maîtriser au mieux ces nouveaux outils. Ces nouvelles techniques ont tout d'abord représenté une avancée sécuritaire. L'échographie a aussi permis un meilleur vécu des événements comme la légalisation de l'IVG vis-à-vis des avortements clandestins. Toutes ces avancées sont, a posteriori, plutôt bien accueillies par les sages-femmes.

Mais cette technique peut aussi remplacer la sage-femme pour certaines tâches. Le temps passé auprès des femmes en est donc diminué car une surveillance « à distance » s'est progressivement installée avec l'apparition des centrales. Ce « gain de temps » s'est traduit par une augmentation du nombre de patientes par sage-femme et s'est inscrit dans un mouvement de regroupement des maternités et donc, par conséquent, des services de plus en plus importants.

Ensuite des avancées comme l'IVG ou la contraception ont rendu l'enfant à venir plus précieux car aujourd'hui, dans la plupart des cas, être enceinte est un choix : l'enfant est donc désiré. Dans le même temps la médicalisation de la naissance a permis de réduire les risques d'anomalies.

Une autre conséquence de ces avancées est l'augmentation de l'ampleur des connaissances obstétricales, ayant pour effet un remaniement des études qui deviennent plus longues. Sur le terrain, on constate que l'apprentissage de ces techniques prend peu à peu le pas sur l'apprentissage clinique, jusque-là le principal outil de la sage-femme. On observe donc un croisement dans les processus d'apprentissage entre deux générations. Les sages-femmes diplômées dans les années 70 ont dû apprendre la technique, en plus de leur base clinique, alors que pour les sages-femmes jeunes c'est l'inverse.



Enfin, dans les relations avec les autres professionnels de santé et en particulier avec les gynécologues-obstétriciens, ces avancées techniques n'ont pas permis de grands changements. En revanche, la péridurale fait entrer les anesthésistes en salle de naissance ce qui a représenté une « tutelle » médicale supplémentaire pour les sages-femmes. Mais au fil des années les trois professions ont appris à travailler ensemble dans un intérêt commun : le bon fonctionnement du service et la sécurité des patientes.

Ainsi il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle afin d'avoir une vision plus globale du vécu des sages-femmes et donc compléter l'analyse de cette génération. On peut aussi imaginer effectuer une étude sur la relation qu'entretiennent les sages-femmes à la technologie en comparant deux populations : des sages-femmes diplômées avant l'arrivée de ces nouvelles techniques et d'autres diplômées de nos jours, dont l'apprentissage s'est fait avec la technique.



## Références bibliographiques

---

1. Histoire de la péridurale. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Histoire\\_de\\_la\\_p%C3%A9ridurale&oldid=141468133](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Histoire_de_la_p%C3%A9ridurale&oldid=141468133)
2. Historique et technique de l'échographie. In 2005 [cité 3 févr 2018]. p. 15. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-echographie-obstetricale-expliquee-aux-parents--9782749205120-p-41.htm>
3. Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. L'heureux évènement : une histoire de l'accouchement. Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. 1995. 180 p.
4. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). mars 2008;(61/62):120 pages.
5. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de la naissance en Occident (XVIIe - XXe siècles) [Internet]. [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>
6. Cuvelier F. La Naissance, une révolution. Compagnie des Phares et Balises (CPB); 2011.
7. Robineau E. L'évolution de la maternité en France au XXème siècle. Analyse sociologique de récits de six femmes, âgées de 75 à 98 ans. [Nantes]: Université de Nantes; 2011.
8. Knibiehler. Accoucher - Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. Éditions de l'école nationale de la santé publique. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2016. 188 p. (Metiers Sante Social).
9. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de l'avortement [Internet]. [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article43>
10. P. Truffert, A. Ego, D. Subtil. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique : prématurité extrême (< 28 SA) mortalité et morbidité neurologique. 2000 nov.
11. Barbier C. La réanimation du nouveau-né en salle de naissance devant les parents : à propos d'une pratique professionnelle au Centre Hospitalier du Belvédère.

Université de Rouen Normandie - Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.

12. L'auscultation obstétricale de Philippe Le Goust au monitoring fœtal [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x016x001/HSMx1982x016x001x0037.pdf>
13. Collège Français d'Echographie Foetale [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://cfef.org/historique.php>
14. Puill C. Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation : identité professionnelle d'une profession en mouvement. Rouen; 2011.
15. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Armand Colin; 2013. 292 p.
16. Schweyer F-X. La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sci Soc Santé. 1996;14(3):67-102.
17. La couveuse : histoire d'une invention [Internet]. Gralon. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.gralon.net/articles/materiel-et-consommables/materiel-medical/article-la-couveuse---histoire-d-une-invention-9848.htm>
18. CNGOF - Recommandations pour la pratique médicale [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM#intro](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#intro)
19. DRESS, INSERM. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016, les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017 oct p. 317 p.
20. B. Blondela,\*b, N. Lelonga,b, M. Kermarreca,b, F. Goffineta,b, The National Coordination Group of the National Perinatal Surveys1. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. 2012 avr.
21. Episiotomie : derrière la polémique, une vraie violence [Internet]. Libération.fr. 2017 [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.liberation.fr/france/2017/07/25/episiotomie-derriere-la-polemique-une-vraie-violence\\_1586090](http://www.liberation.fr/france/2017/07/25/episiotomie-derriere-la-polemique-une-vraie-violence_1586090)
22. IVG: Les grandes dates du droit à l'avortement en France [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/1278122-20140122-20140122-grandes-dates-droit-a-lavortement-France>
23. Des hommes chez les sages-femmes | Cairn.info [Internet]. [cité 5 févr 2018].



Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2007-3-page-95.htm#re5no5>

24. Blondel B. Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées Résultats d'une enquête dans 11 régions.

/data/revues/03682315/00270007/692/ [Internet]. 8 mars 2008 [cité 5 févr 2018];

Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/113736>

25. Memmi D. La Revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité: Le Seuil; 2014. 215 p.

26. Arrêté du 6 juillet 1983 Conditions d'accès au concours d'entrée aux écoles de sages-femmes.

27. Charrier P. Les sages-femmes en France 2009/2010. Lyon; 2011 janv.



## Annexes

---

Annexe 1. Trame d'entretien .....	47
Annexe 2. Récapitulatif des sages-femmes interrogées.....	48
Annexe 3. Entretien de Mme B.....	49



## Annexe 1. Trame d'entretien

- Brièvement, pourriez-vous préciser pour quelles raisons vous avez choisi ce métier et comment se sont déroulées vos études ?
- Pourriez-vous me présenter votre carrière ? Quels types d'activité (libéral, hospitalier, etc) avez-vous exercé et à quel endroit ?
- Quel est votre ressenti face à l'arrivée de la péridurale et qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique quotidienne ? Votre ressenti est-il le même après quelques années ?
- Quel est votre ressenti face à l'avènement du monitoring et qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique quotidienne ? Et concernant l'échographie ?
- Comment vous êtes-vous formée à la pratique de l'épisiotomie ? Quel est votre ressenti face à la pratique des épisiotomies systématiques ? Et concernant la limitation de leur recommandation aujourd'hui ?
- Comment vous êtes-vous formée aux pratiques de réanimation du nouveau-né ? Quel est votre ressenti face à ces techniques ?
- Quel est votre ressenti quant au fait de placer les nouveau-nés pendant 2h en couveuse après l'accouchement ? L'avez-vous pratiqué ?
- Qu'est-ce que la légalisation de l'IVG a changé dans votre pratique et/ou dans votre vécu ?
- Comment avez-vous vécu l'arrivée de nouveaux professionnels de santé dans le monde de la naissance (gynécologues obstétriciens, anesthésistes, etc) ? Est-ce que cela a changé quelque chose dans votre pratique quotidienne ?
- Quel regard portez-vous sur la participation grandissante des pères à la grossesse de leur femme ?
- Selon vous, comment a évolué la relation avec vos patientes depuis le début de votre pratique ?
- Que pensez-vous de l'évolution de la profession de sage-femme depuis le début de vos études ?



## Annexe 2. Récapitulatif des sages-femmes interrogées

Sage-femme	Année du diplôme d'état	Études et lieu d'obtention du diplôme d'état	Mode d'exercice
A	1971	Nantes	Maison Maternelle Établissement public Libéral Clinique
B	1971	Lyon	Établissement public
C	1975	Nantes	Établissement public Libéral
D	1972	Reims	Clinique ouverte Établissement public Infirmière Libérale
E	1975	Bordeaux	Clinique Établissement public
F	1973	Bourg-en-Bresse	Établissement public Infirmière
G	1975	Dijon	Établissement public PNP
H	1973	Nantes puis Reims	Établissement public PMI Clinique Libéral
I	1972	Limoges	Clinique





### Annexe 3. Entretien de Mme B.

- Brièvement, pourriez-vous me préciser pour quelles raisons vous avez choisi ce métier et comment se sont déroulées vos études ?
- Oui, alors, c'est une petite question un petit peu particulière dans mon cas je dirais, parce qu'en fait, je n'avais jamais vraiment pensé à être sage-femme avant l'année de mon bac. Bon, il fallait choisir à ce moment-là une... J'avais fait d'abord un bac très classique et puis il fallait à ce moment-là avoir une orientation ; donc, je dirais plutôt que j'avais tendance à vouloir être prof de français, ce qui est quand même différent ; et puis j'avais une amie au lycée qui passait le bac en même temps que moi qui me disait « moi, je vais passer le concours d'entrée à l'examen de sage-femme » et donc je me suis dit « oui, pourquoi pas ». J'avais été aussi un petit peu intéressée par les études de médecine, je m'étais dit pourquoi pas, ça m'intéressait quand même, mais j'avais été un petit peu effrayée par la longueur des études de médecine, donc j'ai dit ; « sage-femme, c'est peut-être pas mal. » Donc il fallait passer le concours à Lyon et c'était juste avant de passer le bac et ça me ferait une bonne occasion de préparer le bac et voir un peu ce qu'est un concours. Et puis j'ai réussi, même dans les premières je dirais, donc j'ai dit oui. Et l'amie avec laquelle je l'avais passé elle ne l'a pas réussi alors qu'elle le voulait vraiment. Et puis je pense que j'étais aussi un petit peu orientée de ce côté-là parce que je suis issue d'une famille nombreuse : ma maman avait eu neuf enfants. Et je sais qu'elle avait accouché une fois ou deux dans le village où nous étions avant qu'on vienne sur Saint-Etienne, donc il y avait une sage-femme qui avait accouché une de mes sœurs et peut-être un frère, je ne sais plus exactement. Et je pense qu'elle avait... Si vous voulez, dans le village... Une aura de la sage-femme. C'était une personnalité, c'était quelqu'un. Je revois toujours cette petite dame, très vive ; et donc quelque part elle m'avait plu ; donc, si vous voulez, ça a peut-être réveillé des choses par rapport à ça. Donc, du coup, j'ai réussi et j'ai dit « tiens, pourquoi pas » ? Et puis voilà. Donc je suis rentrée à l'école de sage-femme à Lyon en septembre 1967.
- Et le déroulement de vos études ?
- Le déroulement, donc, c'était sur 3 ans à l'époque. Si vous voulez, la première année était vraiment uniquement consacrée aux soins infirmiers, on ne faisait que des stages dans les.. On ne mettait pas le pied dans une maternité, c'était un petit peu le baptême du feu. Il y en a quelques-unes de ma promotion, parce qu'on devait être 25 à peu près dans ma promotion à l'école de Lyon, à l'Hôtel Dieu. Il y en 3 ou 4 qui sont parties au cours de l'année, surtout après le premier trimestre en décembre et qui ont laissé tomber parce que, bon, elles ne s'y retrouvaient pas je pense. Je ne sais pas si vraiment elles avaient une vocation de sage-femme je dirais. Donc que je me suis accrochée quand même parce que c'est vrai que les premiers stages à Edouard Herriot dans des services d'urologie, cardio.. Enfin des services lourds qui n'avaient rien à voir avec la natalité mais enfin bon c'est vrai que c'était important aussi d'apprendre les gestes infirmiers et c'était le but de la première année. Mais bon je me suis accrochée quand même en me disant « écoute, tu es venue à Lyon, maintenant il ne faut pas lâcher en route ».
- Et du coup, ce stage dans des services où il y a uniquement des soins infirmiers loin de l'obstétrique, est-ce-que vous vous êtes dit « finalement je suis mieux dans mes études de sage-femme que je ne l'aurais été en médecine ? »

- Je pense oui, oui, parce que là vraiment au niveau infirmier, cela ne me plaisait pas vraiment. C'était un passage obligé mais je pense que j'étais plus attirée par le contact avec les femmes. Ce contact avec les femmes je pense aussi du fait du vécu de ma mère, aussi de l'entourage par rapport à... J'avais notion déjà des femmes qui étaient quand même soumises aux lois de la nature et qui n'avaient pas beaucoup de moyens pour lutter contre cette espèce de fatalité, les enfants ce n'était pas forcément voulu, donc... C'était surtout ce côté-là, peut-être, qui m'a fait dire que finalement j'avais besoin de faire quelque chose pour les femmes. Je pense que c'était vraiment ça.
- Et les années suivantes ?
- Alors pour la deuxième année on faisait tous nos stages en maternité et j'avais demandé, comme j'étais pensionnaire, on était presque toutes pensionnaires ; enfin pas toutes, mais une bonne partie étaient pensionnaires à l'Hôtel Dieu. J'avais demandé à une élève de deuxième ou troisième année qui était de garde de m'appeler pour voir un accouchement parce que je n'en n'avais jamais vu de ma vie. Donc j'avais demandé qu'elle m'appelle pour un accouchement et j'avais assisté à un accouchement pour la première fois quelques mois après mon entrée à l'école donc vers 68. Et là, par contre, ça a été un choc ; un choc parce qu'à l'époque les femmes hurlaient, il n'y avait pas de péridurale et c'était quelque chose d'assez fort. Et c'est vrai que là quand j'ai eu assisté à ce premier accouchement, là aussi j'ai dit « mais est-ce que vraiment tu continues ? » parce que c'était quand même... J'avais vraiment vécu ça de façon très... violente, violente je dirais, et puis bon, j'ai persisté parce que j'étais partie dans cette filière alors on continue. Donc la deuxième année c'est plus en maternité avec les bébés, on faisait beaucoup de soins de nurserie et on faisait donc des gardes régulièrement, des nuits, des jours et on apprenait avec les sages-femmes. C'était une maternité école l'Hôtel Dieu à Lyon donc on avait des sages-femmes qui étaient là pour nous enseigner le métier. Il y en avait qui étaient vraiment très pédagogues et je m'étais dit que, comme moi j'avais déjà dans l'idée autrefois de faire professeur, donc c'est aussi une façon d'être professeur, d'enseigner, de conseil, de transmettre des choses. Donc j'ai bien apprécié ce côté-là d'apprentissage, sachant que ce n'était pas toujours très très drôle parce que, comme vous savez, il y a toujours des problèmes de... Bon, de sages-femmes qui ne sont pas forcément toujours sympa avec les élèves. Je me souviens particulièrement, j'avais fait la garde du jour de l'an à la maternité en tant qu'élève bien-sûr, bon les sages-femmes festoyaient et jamais elles ne m'ont appelée pour boire une petite quelque chose. J'étais l'élève, j'étais là-bas et je m'étais dit « moi, quand je serai sage-femme, vraiment je ne veux pas de ça » parce qu'on avait l'impression qu'il y avait un petit truc qui perdurait, c'était... On n'était.. Bon les sages-femmes n'étaient pas forcément très sympa avec les élèves mais elles étaient là pour faire le boulot, le « sale boulot » c'est à dire le nettoyage entre autres. Et donc elles n'étaient pas forcément vraiment intégrées dans l'équipe. Mais je m'étais toujours dit « moi quand je serai sage-femme, les élèves pour moi ce sera une priorité » et donc c'est ce que j'ai fait après d'ailleurs. Il y a des personnalités aussi chez les sages-femmes, on avait, à l'époque, quand j'étais étudiante, une sage-femme qui avait été vraiment comme une mère pour nous, vraiment, elle avait le côté.. Elle était extraordinaire, quand on arrivait et qu'on faisait les nuits avec elle on se disait « chic on est avec elle ! » C'était une sage-femme vraiment à l'ancienne qui avait été en Algérie pendant des années et des années et qui était revenue avec les événements et elle était vraiment extraordinaire cette femme. Vraiment elle nous considérait comme ses filles et on aimait beaucoup travailler avec elle parce qu'en plus elle avait une expérience

extraordinaire avec tout ce qu'elle avait pu vivre là-bas, dans les bleds etc. Et vraiment c'était extraordinaire, oui, oui, j'ai des souvenirs de certaines qui sont vraiment... Je les remercie vraiment, elles m'ont aidée à m'intégrer dans cette profession.

- Et dans l'ensemble de vos études vous gardez quand même un bon souvenir moralement et dans votre vécu ?
- Euh oui... C'est aussi que j'ai vécu Mai 68 donc si vous voulez là aussi ça a beaucoup changé. C'est à dire que c'était très scolaire quand je suis rentrée en 67. On était vraiment, je dirais.. Par exemple le discours de la directrice le premier jour où on est arrivées était très solennel : on était là pour travailler le jour, la nuit et seulement travailler. Et puis j'étais pensionnaire et la première année j'étais pensionnaire à l'Hôtel Dieu et il y avait une monitrice sage-femme qui était à la porte du dortoir et elle fermait à clé le soir pour pas qu'on sorte. C'était extraordinaire, on avait le droit de sortir pour faire quelques courses à la fin des cours, l'après-midi, mais à 10h le soir les portes du dortoir étaient fermées et elle vérifiait si les gens étaient dans leur chambre. C'était vraiment très à l'ancienne, oui oui.. Et c'est vrai qu'après 68 par contre j'ai vécu donc tout le truc... Après ça a changé, la mentalité a beaucoup changé et c'était moins... plus de liberté, plus ouvert... Et il y avait les sœurs aussi encore, les religieuses qui étaient dans tous les services de maternité et là aussi il y avait un poids, il y en avait qui n'étaient pas forcément sympathiques. Aussi bien sur Lyon dans les stages que j'ai fait dans les années 67, 68, les chefs des services étaient des religieuses et là aussi il y avait des vraies peaux de vaches et d'autres gentilles, il y avait vraiment de tout. Mais il y en avait qui n'étaient pas faciles, oui.
- Mais dans l'ensemble vous en gardez quand même un bon souvenir ?
- Oh oui ! Non mais j'en garde un bon souvenir, oui, oui tout à fait. Et puis c'était une liberté pour moi, bon j'étais loin de ma famille, parce que après 68 j'avais pris une chambre en ville donc c'était tout à fait différent. J'avais plus de liberté et puis au fur et à mesure les études me plaisaient, les thèmes abordés, il y avait beaucoup de contact avec les femmes donc cela me plaisait bien. Je me suis sentie dans mon élément.
- Pourriez-vous me présenter votre carrière, quels types d'activité (libéral, hospitalier, etc) avez-vous exercés et à quel endroit ?
- J'ai toujours été en milieu public. J'ai eu mon diplôme en juillet 71, donc à la sortie, comme j'aimais beaucoup la pédagogie, j'avais demandé un poste de sage-femme à l'Hôtel Dieu pour pouvoir encadrer les élèves sages-femmes ; ça, ça me plaisait énormément. En fait je n'ai pas été à l'Hôtel Dieu mais à Edouard Herriot. Vous connaissez ?
- Non, pas du tout.
- Il y avait l'Hôtel Dieu qui est le plus vieux hôpital de la ville, vraiment dans le centre de Lyon, c'était des bâtiments super vétustes. Et puis Edouard Herriot était de l'autre côté de la ville et c'était un hôpital moderne dans la mesure où les services de spécialités médicales avaient leurs propres blocs correspondants. Et donc j'étais à Edouard Herriot, qui était une grosse maternité, on devait être dans les 3 000 accouchements à l'époque. A l'époque il y avait une salle d'accouchements immense où il devait y avoir 6 lits à peu près dans une grande grande salle séparée simplement par une petite cloison à mi-hauteur, 1m80 sur 2m de long et qui séparait chaque lit. Donc j'ai travaillé un an à Edouard Herriot, c'était vraiment à l'ancienne et quand vous aviez 6 femmes en travail ce qui était le cas pratiquement tout le temps vu le nombre d'accouchements qu'on avait,



c'était des hurlements continus. On sortait, on avait... C'était affreux, on sortait de là mais c'était épouvantable !! Oh c'était quelque chose, il y avait une femme qui criait puis une autre qui prenait le relai. C'était sans arrêt, sans arrêt ! Là j'y ai travaillé un an et puis ensuite, me mariant, je suis revenue sur Saint-Etienne, j'ai retrouvé ma région et donc j'ai été dans l'hôpital public Bellevue où donc là, j'ai travaillé en salle d'accouchements pendant quelques années et puis après j'ai pris un poste de pouponnière c'est à dire de sage-femme de pouponnière. Parce qu'à l'époque, la surveillante chef voulait faire en sorte qu'il y ait de plus en plus de sages-femmes dans la pratique de la maternité. Donc elle essayait petit à petit de gagner tous les postes qui étaient occupés par des puéricultrices ou des infirmières parce que, à l'époque, on était vraiment... Quand je suis arrivée à Bellevue où il y avait à peu près 1 200, 1 500 accouchements, il n'y avait que des sages-femmes en salle d'accouchement, on devait être 7 ou 8 et on tournait. Il y avait des infirmières en suites de couches, en gynéco et en pathologies de la grossesse, il y avait des puéricultrices pour les enfants. Le projet de la surveillante chef de l'époque était d'avoir de plus en plus de sages-femmes par conséquent il s'était libéré un poste en pouponnière donc les soins aux enfants : les prises de sang, les piqûres, le suivi de l'enfant... Et donc j'ai pris ce poste parce que c'était un poste de jour parce que j'avais mes deux enfants.

- Et les gardes que vous effectuiez en salles de naissance, c'était en 12h ou en 24h ?
- Non, c'était les 3 huit. Alors à Edouard Herriot on avait des horaires qui étaient vraiment... On arrivait, on faisait 7 nuits de suite et je me souviens, 7 nuits de suite, vous arrivez... Vous étiez carpette. Il y avait beaucoup d'accouchements car c'était une grosse maternité. On n'était que deux sages-femmes la nuit et on faisait tout parce qu'il n'y avait pas d'aides-soignantes, il n'y avait personne c'est à dire aussi bien la désinfection des lits quand les femmes arrivaient, l'accueil, tout, enfin on faisait tout. Après, quand on avait 5 minutes, on refaisait les pansements de cordon, les boîtes de césarienne, on nettoyait, on stérilisait. Oh oui, on faisait tout et je me souviens de plusieurs fois où j'arrivais le soir, je me faisais un bol de thé bien fort en arrivant et je le retrouvais le matin tout froid parce que je n'avais pas eu le temps de le boire. Je me couchais en arrivant chez moi et je faisais sonner le réveil une heure avant de retourner travailler le soir et je dormais toute la journée et régulièrement, ce n'était pas mal, je perdais deux ou trois kilos quand je faisais mes séries de nuit.
- C'était éprouvant !
- C'était dur, je reconnais que là, à l'époque, c'était très dur, c'était un rythme.. Mais c'est vrai que, quand on sort de l'école, on n'a pas forcément une grosse expérience derrière et là, quand même, je peux dire que là, la pratique, on l'avait !
- C'était formateur.
- Ah ! Oui, tout à fait ! Et puis on devait se débrouiller, on n'avait personne, donc on faisait appel à l'interne quand on avait un souci. Mais on était vraiment à deux à faire venir des couchettes pour accoucher les femmes par terre parce qu'il n'y avait plus de lits en salle d'accouchements (rires). C'était Beyrouth mais par contre ça dégourdit ! Je peux vous dire que, en un an, j'avais plus d'expérience que certaines en dix ans ! (Rires). Donc, ensuite, j'ai été un peu pouponnière mais après je faisais pouponnière et salle de naissance, je bouchais les trous aussi. En 86 donc, j'ai été cadre ; j'ai créé le poste de cadre de suites de couches parce qu'il n'y avait pas de cadres du tout à la maternité. A l'époque, il n'y avait que la sage-femme en chef et en suites de couches il n'y avait pas de cadre donc on m'a donné le premier poste. J'ai été cadre de suites de couches en juin 86



et après on a déménagé. Il a fallu que je prépare tout le déménagement pour partir à l'hôpital nord qui était la nouvelle maternité toute neuve. L'hôpital, petit à petit, s'est transféré dans un énorme autre hôpital à Bellevue qui était situé à 10, 12 km au nord. Donc j'ai dû organiser, entre autres, les transferts d'une partie de la maternité, ce qui a été quelque chose ! Et puis après, j'ai été surveillante chef en 96 ; j'ai pris le poste quand l'ancienne cadre supérieure est partie.

- Vous avez fait ça jusqu'à la fin de votre carrière ?
- Oui, j'ai fait ça jusqu'à ma retraite en 2008. Le travail de cadre c'était autre chose mais on était obligée d'être au courant de tout ce qui se passait et c'était aussi intéressant. Et puis j'ai fait, comme j'aimais bien ça, beaucoup de cours à l'école d'infirmière, des aides-soignantes, des auxiliaires de puériculture et autre. Je leur faisais, pendant leur stage en maternité, des mini-colloques où les stagiaires venaient et elles me posaient leurs questions. Enfin j'aimais bien ça, et de la préparation à la naissance aussi. J'ai fait de la préparation à la naissance en couple pendant des années. Certaines journées, je faisais 8h le matin et quand j'avais mes cours en couple, je finissais à 23h.
- Donc, en tant que cadre, vous avez quand même gardé un petit peu de pratique avec la préparation à l'accouchement mais est-ce que les accouchements vous manquaient ?
- Si quand même. Ça me manquait oui, au départ surtout, mais j'allais souvent faire des tours en salle de naissance (rire). J'étais souvent en salle, j'étais au courant des choses qui se faisaient et qui se passaient et puis on est obligées en tant que cadre.
  
- Quel est votre ressenti face à l'arrivée de la péridurale et qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique quotidienne ? Est-ce que votre ressenti est le même après quelques années ?
- J'ai vu la première péridurale à Edouard Herriot donc ça devait être la première année où j'ai travaillé, vers fin 71 ou début 72, je ne sais plus exactement. La première péridurale obstétricale c'était à ce moment-là, j'étais de garde ce jour-là et alors ça a été... Il y avait au moins 50 personnes autour de cette pauvre femme qui était complètement effarée parce qu'ils avaient rameuté tout le ban et l'arrière-ban. C'était la première péridurale obstétricale donc je ne vous dis pas ! Il y avait tous les anesthésistes, les médecins, les obstétriciens, les sages-femmes, etc. Et je reverrais toujours les yeux de cette pauvre femme, qui était une femme magrébine complètement affolée et qui se demandait ce qui lui arrivait. Et puis donc on a fait cette première péridurale, elle a bien marché, heureusement. C'était bien mais c'était timide, au début, la péridurale. Mais ça je dirais... bon... les salles d'accouchement sont devenues de plus en plus sereines et puis il y a eu la cohabitation avec les anesthésistes et ça, ça n'a pas été simple à établir. Les sages-femmes ont eu l'impression d'être un peu dépossédées de leur suivi des femmes en quelque sorte et puis il y en avait qui étaient pour, d'autres qui étaient contre. Mais bon, moi personnellement, en tant que sage-femme praticienne j'étais tout à fait pour cette péridurale. J'ai toujours pensé que la douleur n'apportait rien. Contrairement aux idées d'autrefois où c'était « tu souffriras », les paroles bibliques qui marquaient encore quand même les esprits. Et puis le fait aussi qu'il y avait des tas d'écrits de gens bien-pensants qui disaient que si la femme ne souffrait pas en accouchant elle ne pourrait pas aimer son enfant. J'ai fait beaucoup de cours sur la préparation à la naissance et tout ça et donc je me suis documentée, j'ai recherché des choses. C'est vrai qu'il y a eu des écrits, et non des moindres, qui disaient qu'il fallait absolument que cette femme elle souffre sinon elle n'aimerait pas son enfant, elle avait besoin de ça. Donc c'est vrai que la péridurale a



quand même changé nos... Mais même à tel point que, si vous voulez, quand on rentre en salle de naissance ces dernières années, on entendait une femme qui gémissait ou qui criait et on se disait « mais qu'est-ce qu'il se passe dans cette salle de naissance ? ». On était tout étonné et on disait « mais, enfin, bon il faut faire quelque chose quand même ! » (rires). C'est vrai qu'au départ cette péridurale ce n'était pas tout le monde qui pouvait l'avoir parce que les anesthésistes n'étaient pas toujours là. On n'avait pas des anesthésistes 24h/24h au début donc ce n'était pas... Au départ on demandait aussi aux femmes si elles voulaient la péridurale et certaines répondaient « Oh non, je ne vais peut-être pas prendre la péridurale » et au bout d'un moment « oh si finalement ». Et on leur répondait « oh écoutez il fallait se décider, madame, avant, maintenant moi je ne peux pas rester », l'anesthésiste partait, enfin bon... Il y a eu des choses pas très...

- Ça a mis du temps.
- Ça a mis du temps et cette institution qui devient un peu systématique dans la mesure où la femme est ok, est devenue, quand même, quelque chose, maintenant, d'institutionnalisé. C'est passé, les sages-femmes, on était toujours bien pour appeler l'anesthésiste et maintenant on a des anesthésistes 24h/24h donc il n'y a plus de soucis par rapport à ça et on dit bien aux femmes qu'elles ont le choix. C'est à dire que ce n'est pas parce qu'elles ont dit « oh non je vais essayer d'accoucher sans péridurale » qu'elles sont obligées de le faire. Si, à un moment donné, elles la veulent et bien on leur donne. C'est à nous, sages-femmes, de dédramatiser les choses parce qu'il y en a beaucoup qui se culpabilisent avec ça, comme l'accouchement naturel et tout, qui était un peu revenu à la mode. Moi j'ai vu plusieurs femmes qui n'ont pas voulu avoir de péridurale, qui ont tenu jusqu'au bout mais qui ont énormément souffert et qui étaient complètement traumatisées après la naissance du bébé. Elles revoyaient leur accouchement, elles m'ont raconté des choses... C'est aussi le rôle de la préparation de leur dire « écoutez, vous faites comme vous voulez ! SI vous n'en pouvez plus et bien vous n'en pouvez plus. On fait une péridurale et ce ne sera pas plus mal ni pour vous ni pour le bébé ; au contraire cela vous permettra d'accueillir le bébé plus sereinement. On essaie de faire en sorte qu'elles ne vivent pas ça mal. Ça a changé énormément de choses, les anesthésistes, en plus, on ne les voyait que pour les césariennes, ils ne venaient pas en salle de naissance sauf pour des anesthésies... Et encore les anesthésies générales on les faisait ou les petites anesthésies pour une réflexion de périnée ou une révision utérine c'est nous qui les faisons. C'était les sages-femmes qui faisaient les anesthésies et puis on avait des compresses imbibées que l'on mettait dans un masque en caoutchouc avec des ampoules de chloroforme ou des choses comme ça. D'ailleurs on en prenait la moitié donc les sages-femmes qui faisaient ça, elles partaient un peu dans les vapeurs aussi. Ça s'évaporait aussi un peu dans l'air et il y a des moments où on avait aussi la tête qui tournait mais on faisait nos anesthésies ; puis après, il a fallu s'adapter aux anesthésies. Il y a eu aussi, par rapport aux obstétriciens, ce n'était pas toujours... il y avait de petits accrochages quand même parce qu'ils se sentaient dépossédés de leurs patientes par rapport au fait que c'était l'anesthésiste qui décidait quand il ferait la péridurale.
- C'est une des questions suivantes : comment avez-vous vécu l'arrivée de nouveaux professionnels de santé dans le monde de la naissance, notamment comme les gynécologues ou les anesthésistes ? Qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique quotidienne ?
- De toute façon les gynécologues... J'ai toujours été dans des hôpitaux publics donc on avait toujours des obstétriciens. Au départ ils n'étaient pas sur place et on les appelait





chez eux quand il y avait un souci. On a toujours travaillé avec les obstétriciens et on a toujours eu la pratique des accouchements. C'était toujours les sages-femmes qui faisaient les accouchements et pas comme dans le privé où les sages-femmes appelaient l'obstétricien au moment du dégagement et il faisait le reste. Nous, de toute façon on ne pouvait pas faire autrement parce qu'on n'avait pas assez d'obstétriciens mais vraiment on faisait nos accouchements.

- Il y avait de bonnes relations.
- Oui tout à fait, s'il y avait un souci... Par exemple au début les premières années, dans les années 70, les médecins étaient de garde chez eux, pas sur place. Les gardes sur place c'est relativement récent. Donc il fallait les appeler quand on voyait qu'il y avait un souci, qu'il fallait un forceps donc là aussi cela dépendait des médecins. Il y en a que vous pouviez déranger n'importe quand et n'importe comment ils arrivaient et il y en avait d'autres qui rechignaient plus à venir, qui attendaient. Alors parfois il arrivait que la femme... On croyait devoir faire un forceps et puis le temps que le médecin arrive l'enfant était sorti ; alors je ne vous dis pas quand c'était 2h du matin ce qu'on prenait. (rires) On se faisait un petit peu souffler dans les bronches, quoi ; c'est vrai que c'était pas toujours bon... Mais j'ai eu la chance d'avoir, dans les premières années, un chef de service qui préférait qu'on le dérange pour rien plutôt que de laisser passer. Et puis il était à 100% pour les sages-femmes et cela se voyait, ça se répercutait dans les mentalités générales avec les internes, les chefs de cliniques... Il donnait un peu la mentalité du service. Il y avait de bonnes relations.
- Et avec les anesthésistes ?
- Oui, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, ce n'est pas toujours évident au début, surtout quand ils n'étaient pas sur place. On les appelait et parfois ils nous disaient « oh c'est trop tard ! ». Au départ, ils ne les faisaient pas comme maintenant à 8 cm, 9 cm. Il fallait savoir quand les appeler aussi parce que si on le faisait trop tôt on pouvait arrêter le travail... Il y a eu toute une mise en route, il fallait s'accorder, il fallait le temps de s'approprier, ce n'était pas évident. Et puis il y avait des anesthésistes qui n'en faisaient pas trop. Et puis le confort que ça apportait aux femmes, on était obligés de se coordonner. C'est vrai que maintenant il n'y a plus aucun souci mais, au début, parfois, cela pouvait poser problème.
- Ma question suivante est : à la fois concernant le monitoring et l'échographie, quel est votre ressenti face à ces deux avancées et qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique ?
- Le monitoring, moi, je l'ai vu arriver aussi. Le premier qu'on a eu ce devait être encore pendant mes études, vers 68, 69. Avant, nous, on avait une pratique, c'est à dire que pour voir les contractions l'élève sage-femme mettait la main sur l'utérus quand la femme annonçait qu'elle allait avoir une contraction pour voir la douleur, la durée. Donc on avait un chronomètre et on chronométrait la durée de la contraction et on faisait des diagrammes, des tableaux en fonction du ressenti de la femme, de la longueur, etc. Donc on voyait les contractions qui se rapprochaient ou qui duraient plus longtemps pour surveiller et en même temps on avait la trompette, vous savez..
- Le stéthoscope de pinard.
- Oui, tout à fait, on l'appelait la trompette. Ensuite on notait la contraction, on donnait un petit coup de trompette pour voir et on calculait le rythme cardiaque de l'enfant et on le mettait en parallèle avant la contraction pour voir s'il y avait quelque chose. Donc cela



voulait dire qu'il y avait une présence auprès de la femme en permanence et il y avait beaucoup d'échanges à ce moment-là. On discutait, c'était des moments très tendres, la femme nous confiait pas mal de choses. C'est vrai que le monitoring a enlevé ça, parce qu'on mettait le monitoring puis on regardait l'écran. C'est vrai qu'au début de ma pratique ça n'a pas été facile parce qu'il a fallu... On s'est tranquilisées un petit peu sans bien... On avait ça, c'était une espèce de sécurité et du coup on s'est retrouvées avec des femmes qui sont restées en travail pendant très très longtemps. Il y avait le monitoring donc c'était bien, c'était pratique. Ça se passait bien, on avait des femmes qui arrivaient au bout de plusieurs heures et on ne se rendait pas compte que le travail durait si longtemps parce qu'on avait une sécurité. On était là et on se retrouvait avec des femmes qui restaient 2 jours sous monitoring et avec l'arrivée de la péridurale ça a été encore pire parce que les femmes ne se manifestaient pas non plus. Donc on s'était retrouvées avec des femmes en total épuisement. On se disait « mais elles sont restées combien de temps ces femmes ? ». Des heures et des heures, même 24h pour certaines. Il a fallu apprivoiser ce monitoring et pour savoir les BIP 1 et BIP 2 c'était tout une pratique qu'il a fallu avoir parce qu'on ne l'a pas appris à l'école, on l'a appris sur le tas au fur et à mesure. Il fallait vraiment qu'on apprivoise le monitoring et on n'était pas tout à fait au top. Il y avait des appréciations suivant les bips et on a fait des césariennes alors qu'on n'aurait pas dû les faire. Il a quand même fallu s'adapter, c'était nouveau. Il a fallu apprivoiser le matériel à tous les niveaux.

- Et concernant l'échographie ?
- Alors les premières échographies obstétricales.. Le premier échographe que j'ai vu c'était en 76, mais alors c'était des échographies très particulières. Là aussi il y avait des risques d'erreurs importants ; je me souviens de grossesses qui étaient soi-disant en cours et c'étaient des œufs clairs. Ce n'était vraiment pas très précis mais ça a changé par rapport au sexe de l'enfant. Ça aussi, ça a été un gros débat ; il y avait la possibilité de savoir ; alors les gens se précipitaient dessus en sachant l'énorme marge d'erreur au départ. Notamment par rapport au dépistage de malformations ; avant, on avait des radios fœtales et encore ce n'était pas net non plus. On sortait un bébé avec un bec de lièvre alors que maintenant ce sont des choses que l'on voit. Ou alors un enfant à qui il manquait un membre, c'est arrivé plusieurs fois, des microcéphales, etc. On découvrait ces choses à la naissance et puis je me souviens d'un cas de siamois. C'était un grossesse gémellaire vue à la radio, accouchement par voie basse du premier qui sort jusqu'au tronc puis ensuite impossible de continuer parce que c'était des siamois. Donc on fait une césarienne ; forcément ils étaient morts tous les deux. Cela avait fait l'objet d'un colloque avec le chef de service à l'Hôtel Dieu. Le lendemain, le jour du colloque, on arrive, il y avait le plateau avec les deux siamois morts. Ce sont des choses qui maintenant n'existeraient pas. C'est vrai qu'avec cette échographie on dépiste pas mal de choses qu'on ne voyait pas avant. Mais ça posera d'autres problèmes par contre : qu'est-ce qu'on fait après avoir découvert quelque chose ? Je me souviens d'échographie où on voyait un enfant à qui il manquait un doigt et la mère a demandé une ITG pour ça alors que l'enfant allait bien ; bon, il lui manquait son doigt, mais bon. Ça pose aussi d'autres problèmes, ce n'est pas le sujet mais bon dans notre pratique ça a changé quand même beaucoup de choses. On n'avait que les radios fœtales, on nous apprenait à déterminer s'il y avait des soucis entre les os du crâne, etc... On ne voyait pas non plus les morts fœtales ; on les voyait à la naissance. On ne pouvait pas être sûr que c'était au moment de l'accouchement ou avant, surtout, avec la trompette on ne savait pas bien.





- Comment vous êtes-vous formée à la pratique des épisiotomies, que pensez-vous de la pratique des épisiotomies systématiques ? Et que pensez-vous des recommandations actuelles concernant leur limitation ?
- On a appris à faire les épisiotomies sur le tas. Elles étaient systématiques chez les primipares, on avait le ciseau facile quand même. Il y avait une éternelle discussion pour savoir si elle était médiane ou médio-latérale, certains étaient pour ou contre suivant les écoles mais c'était une pratique assez fréquente. Elles étaient systématiques avec un forceps ou des spatules, on les faisait pratiquement d'emblée. Le problème de la médiane c'était qu'on avait peur pour le sphincter donc à certains moments, on faisait des médio-latérales, surtout à Lyon. J'ai vu des épisiotomies : c'était l'horreur ; j'en ai vu arriver qui étaient pratiquement au milieu de la fesse. Et puis il y avait beaucoup de problèmes de dyspareunies ensuite ; c'est vrai que les femmes en parlaient quand elles avaient accouché. Ça a toujours été un petit peu la peur des femmes, surtout on leur disait qu'elles ne sentiraient rien parce qu'elles étaient au grand couronnement. A ce moment-là le périnée est très étiré et il est censé être insensibilisé mais en fait je pense que.. Je ne sais pas si vous avez accouché non ?
- Non. (rires)
- Si vous voulez, quand vous accouchez sans péridurale et quand la tête passe, c'est une douleur intense et vous ne savez pas si vous avez l'impression qu'on vous déchire ou quoi ; donc épisio ou pas épisio, je pense que ça rentre dans la douleur générale ; de dire que ça ne fait pas mal je pense que si, quand même. C'est dans un ensemble de douleur tellement aigüe et tellement forte que vous ne savez plus où vous en êtes. Donc une impression d'éclatement, donc l'épisio là-dessus... Peut-être un peu plus un peu moins... Et puis là c'est vrai que les réfections de périnée, on les faisait. Là j'ai aussi appris... A Edouard Herriot c'étaient les internes qui faisaient la réfection mais à Saint-Etienne c'étaient les sages-femmes. Le chef de service était pour les médianes qui justement posaient moins de problème que les médio-latérales par rapport à la réfection, c'était plus « physiologique ». Pour les réfections, il disait qu'il fallait faire rustique alors, c'était à l'aiguille d'Emmet ; on prenait tout c'est à dire tout le muscle, tout et on faisait des points sur la peau. Il n'y avait pas plusieurs plans et quand on avait des nouveaux internes qu'il fallait former et qui venaient de chirurgie, ils voulaient faire des périnées comme les réfections périnéales que l'on pouvait faire des mois après l'accouchement donc ; ils faisaient en plusieurs plans. Mais d'expérience, cela ne tenait pas ; donc on leur disait « mais non ! » mais il y en avait qui ne voulaient pas entendre. Le chef de service voulait qu'on fasse rustique. Au moment de la grossesse, il y a une cicatrisation tout à fait différente de celle en état de non grossesse, c'est vrai que si on refait une réfection périnéale en dehors de la grossesse, ce sera du plan par plan. Tout de suite après l'accouchement il faut faire du rustique, c'est ce qu'on nous a appris. Je pense que c'est vrai parce que d'expérience, quand on avait des internes qui faisaient des plans par plans ça posait des problèmes : ça cicatrisait mal, ça s'infectait.
- Du coup, concernant les recommandations de la limitation de l'épisiotomie aujourd'hui, vous en pensez quoi ?
- Moi je pense que c'est bien parce que, quitte à avoir une déchirure, elle est plus physiologique que des épisiotomies. Même si cela fait une déchirure complète, si c'est bien refait.... D'ailleurs paraît-il qu'une épisiotomie - enfin c'était vérifiable - n'empêchait



pas toujours le périnée complet ou compliqué : ça c'est clair. Donc je pense que c'est une bonne chose, enfin au vu de mon expérience.

- Comment vous êtes-vous formée aux pratiques de réanimation du nouveau-né et quel ressenti avez-vous face à ces techniques ?
- Je trouve que c'est une bonne chose. Parce que la réanimation du nouveau-né que j'ai connue dans mes années d'études c'était une réanimation très sommaire. On avait des poires, on aspirait la gorge de l'enfant systématiquement à la sortie. C'était sommaire mais on a quand même appris à intuber. C'était les anesthésistes d'ailleurs qui nous apprenaient mais les obstétriciens étaient très formés à la question. Notamment à Saint Etienne, c'était l'obstétricien qui était responsable du nouveau-né et les consignes étaient de faire appel le moins possible au pédiatre parce que l'obstétricien avait l'impression de se faire voler l'enfant par le pédiatre. Par rapport à la mentalité... Et donc on nous avait appris à intuber un enfant, ensuite on faisait au ballonnet, on apprenait à le faire. Et puis bon, maintenant, ce sont les pédiatres, ce sont eux qui s'occupent de la réanimation, aussi bien aux césariennes, aux forceps, quand il y a des souffrances fœtales ils sont appelés systématiquement pour être là à l'arrivée de l'enfant. Avant ce n'était pas le cas, on faisait nos réanimations, on aspirait l'enfant avec les poires, on intubait et on avait aussi appris à poser des cathéters ombilicaux. C'est vrai que bon, maintenant, c'est bien. Je pense que c'est une bonne chose. Avant il y en a que l'on ne réanimait pas, des morts de nouveau-nés j'en ai eues. Dans les années 70, c'était les premières réas. Maintenant un mort-né ça ne passerait plus, ça a complètement changé, on n'accepte plus. Avant c'était un peu la fatalité, bon, on n'avait pas pu réanimer le bébé, il était mort et puis voilà ; il y avait vraiment une fatalité quand même. Les parents acceptaient plus mais c'est normal que ça ait changé, c'est sûr que c'était un plus.
- Quel est votre ressenti quant au fait de placer les nouveau-nés pendant 2h en couveuse après l'accouchement et l'avez-vous pratiqué ?
- Oh oui, on l'a fait. C'était systématique à un moment donné ; j'avoue, ça permettait de surveiller le bébé. Parce que souvent vous n'avez pas 36 sages-femmes quand vous faites un accouchement, vous mettez le bébé en couveuse à côté de la maman pendant que vous faites la délivrance ou que vous vous occupez de la mère, ça permet de voir le bébé, si il est rose, si il est bleu, si il respire bien, si il est tonique. C'est une surveillance des enfants qui peut être faite suivant les circonstances où on n'a pas quelqu'un pour le surveiller. On peut garder un œil sur le bébé alors que si il était sur le berceau ou sur la mère ; on a déjà eu le problème, une fois, d'un bébé que la mère avait contre elle, elle ne s'est pas rendue compte et l'enfant est mort. C'est vrai que c'est une pratique pratique (rires). C'était pour une surveillance de l'enfant, mais, en soi, ce n'est pas une obligation. Maintenant on ne le fait plus ; c'est vrai qu'on l'a fait pendant très très longtemps. C'est vraiment un intérêt de surveillance de l'enfant, il était près de la mère, elle le voyait. Après, je me souviens, on avait tendance à prendre l'enfant, on le mettait dans son berceau et puis on l'emmenait dans une pouponnière. On avait cette pratique-là, il y restait ; la mode était de le mettre sous une cloche à oxygène pour qu'il soit bien rose puis on ne le ramenait vers la mère que quelques heures après. Moi je n'étais pas d'accord avec ce genre de truc mais on le faisait parce qu'on nous avait dit qu'il fallait le faire et on se posait moins la question du lien mère-enfant. Et on se posait moins la question du lien mère-enfant, que la mère ait son enfant contre elle, qu'elle le voit dès le

début, qu'elle soit avec lui les premières heures. C'était quelque chose qui n'était pas... ça ne nous posait pas question.

- Et cette question du lien mère-enfant est arrivée après.
- Oh oui, c'est arrivé plus tardivement. C'était avec Brazelton, c'est arrivé, je dirais... On s'est senti plus concerné par ce lien-là dans les années... début des années 80 je dirais, pas avant. On n'avait pas cette notion d'avoir des soucis dans le lien mère-enfant. C'est Brazelton qui nous a mis la puce à l'oreille et l'importance de ça.
  
- Qu'est-ce que la légalisation de l'IVG a changé dans votre pratique et/ou dans votre vécu ?
- Oh, ça a changé beaucoup beaucoup de choses, énormément. Moi j'ai vu mourir des femmes de suites d'IVG. J'en ai vu mourir, il y avait d'ailleurs, attachées aux maternités, dans les gros services, des infirmeries. C'était des services où il y avait uniquement des femmes qui avaient eu des avortements provoqués, c'était volontaire, avant la loi. Il n'y avait pas de contraception comme aujourd'hui et les avortements étaient punis par la loi. La dernière femme française qui a été guillotinée c'était une dame qui faisait des IVG, une faiseuse d'ange comme on disait ; donc c'était pour dire ce qui pesait là-dessus. C'était inimaginable l'imagination des femmes par rapport aux IVG, j'ai vu des horreurs, des horreurs, des horreurs. J'ai vu des femmes qui sont mortes, c'était le cafringeins, donc un germe anaérobie. C'était des aiguilles à tricoter, des morceaux de bois, des tringles de parapluie ou les sondes. Elles se mettaient des grandes sondes vésicales ou autres, qu'elles se procuraient par je ne sais quel moyen, on les voyait parce qu'elles se mettaient la sonde en place dans le col et elles se scotchaient la sonde pour qu'elle ne glisse pas tout le long de la cuisse puis elles gardaient ça tant que ça ne provoquait pas. Ensuite elles venaient à la maternité parce que ça saignait et donc elles disaient « oh non mais je n'ai rien fait, je n'ai rien fait ! ». En plus c'était une sœur qui s'en occupait et elle disait « mais qu'est-ce que c'est que ça ? », alors qu'on voyait la trace de sparadrap sur la cuisse. Donc j'ai vu faire par la suite des curetages à vif parce que « ça leur apprendra », oh non, mais là, il y a eu des horreurs là, vraiment, ça, ça m'avait beaucoup marquée. Ces femmes qui étaient des pauvres victimes, c'était vraiment horrible et je vous dis, j'en ai vu mourir. On les voyait, elles jaunissaient, elles devenaient de plus en plus jaunes puis elles prenaient un teint cuivré, cuivré vraiment, et puis on arrivait le lendemain et elles étaient mortes. Donc si vous voulez, la loi Veil, ça a été une délivrance, enfin j'ai vraiment apprécié ça. Je me suis dit quand même... Heureusement et puis on a vécu les histoires, vous savez, vous avez dû en entendre parler, toutes ces histoires qui ont précédé la loi Veil avec le Manifeste des 343 salopes en 71 je crois, dans le Nouvel Observateur avec des femmes connues, j'ai vécu ça, on le suivait. Elles disaient qu'elles avaient avorté et comme elles étaient encore sur le coup pénal elles se sont dit « à nous toutes »... elles risquaient encore la prison. Elles avaient fait ce manifeste là en disant : « on ne va pas en mettre 343 femmes en prison » donc elles avaient dit, clair et net, qu'elles avaient avorté pour mettre le législateur en face de ses responsabilités. C'est vrai que ça a été vraiment extraordinaire, ça a changé beaucoup beaucoup de choses. J'ai vécu ça, parce que, bon, ça interpelle quand on voit ce genre de choses. Il y avait aussi une pratique qui utilisait le permanganate de potassium, c'était un genre de soude ; les femmes se le mettaient dans le vagin donc elles saignaient, elles saignaient, elles saignaient énormément parce que ça érodait le col, les chairs et tout et elles pensaient qu'elles allaient faire une fausse couche avec ça. Je me souviens avoir, c'était l'horreur, accouché une femme qui avait essayé, au



début de sa grossesse, de se faire avorter. Mais c'était, ni vulve, ni vagin, des brides sclérosées de partout. Enfin c'était... ça c'était vraiment des choses qui marquent, on ne peut pas, voilà... On ne peut qu'être d'accord après ça. C'est vrai que cette loi a été bien, c'était une bonne loi, très très bonne loi. Vous avez lu tout le périple de Simone Veil.

- Oui, je me suis renseignée.
- Pour les sages-femmes c'était important. Nous on a vécu ça, mais les générations d'après, elles ne savent pas ça. Les jeunes, tout ce combat, on oublie et je pense qu'il faut rester vigilantes par rapport à ça.
  
- Quel regard portez-vous sur la participation grandissante des pères à la grossesse de leur femme ?
- Je pense que ce n'est pas une mauvaise chose, c'est bien. Non, je pense que c'est une bonne chose ; un bébé ça se fait à deux ; de toute façon, dans la mesure où moi, j'ai fait des cours de préparation à la naissance en couple pendant des années, c'est vrai que j'ai pu voir un petit peu cette évolution dans la mesure où, au départ, les pères n'étaient pas en salle de naissance. Au début c'était des « persona non grata », on ne les acceptait pas. Ils étaient dehors et puis, petit à petit, ils sont venus en salle de naissance. Alors, ça, ça a été un peu difficile pour les sages-femmes parce qu'il fallait prendre en charge aussi le père ; ça n'a pas été forcément facile. Enfin ça dépendait comment les pères se comportaient mais, vue leur angoisse, quand ils voyaient leur femme qui pleurait, qui criait, qui, donc bon... Ils avaient tendance à nous prendre à parti en nous disant « faites quelque chose, enfin, bon, faites quelque chose. Faites-lui une césarienne, allez-y faites-lui une césarienne ! ». Ils ne voulaient pas laisser faire le processus naturel pour leur femme et puis, quelque part, il y avait le sentiment de culpabilité en se disant « bon si ma femme est dans cet état c'est que j'y suis pour quelque chose ». Comme s'ils voulaient un petit peu se dédouaner par rapport à leur femme, « elle souffre mais vous ne faites rien ! ». Il fallait faire tout un travail pédagogique pour leur expliquer les choses. C'est pour ça que sont venues après, les préparations à la naissance parce que ça permettait d'expliquer au père le processus, lui dire qu'une naissance c'était long, ça ne se faisait pas en 5 minutes, préparer le père à ce qu'il allait vivre. C'est vrai que les hommes ont demandé à couper le cordon, ça aussi ça a été des grosses discussions, de savoir si il pouvait le faire ou pas. Cette histoire de couper le cordon, moi.. A priori, je n'étais pas particulièrement pour, personnellement, dans la mesure où je le voyais plus comme... C'est vrai que c'était un symbole aussi, l'enfant est séparé de sa mère par le père, il y a toute la symbolique de l'éloignement de la mère après dans ; les premiers mois c'est le rôle du père. C'est le rôle du père de tourner l'enfant vers la société mais les premières semaines et les premiers mois c'est quand même une relation privilégiée avec sa mère. Je pense, enfin pour ma part aussi, c'est personnel, tout le monde n'est pas forcément de mon avis, je pense qu'il y a cette relation unique entre la mère et l'enfant. Si vous voulez, de couper le cordon, le père s'arroge un rôle de séparer l'enfant de la mère, ce n'est pas le moment si vous voulez, ce n'est pas le moment, bon. Mais je crois qu'il faut voir comment les couples le vivent aussi ; je dirais, il ne faut pas que le père soit une main mise sur le couple mère-enfant, il veut sa place dans ce couple qui se doit d'être les premières semaines. Il y a la mère et l'enfant, le père n'est pas là. Il est là pour soutenir si la mère est fatiguée mais pas pour prendre cette place-là. Ce n'est pas sa place, enfin, c'est mon avis. C'est vrai que ces pères, ça a été... Il a fallu s'y faire là aussi et ce n'était pas évident. D'autant plus qu'au début, ils avaient un peu tendance à mettre en cause notre façon



d'être ou de faire, « mais vous ne faites rien ? ». Il y en avait même qui étaient très agressifs, certains, oui, très agressifs. Bon, il fallait quand même qu'on gère ça en plus de la mère c'était pas facile. Avec la péridurale c'était plus facile car ce qui était difficile pour le père c'était les cris de sa femme. C'est vrai que les salles d'accouchement, ça criait à chaque contraction. Alors, vous savez, on suivait les contractions ; quand ça commençait timidement « hihiiiiiiii », ça montait jusqu'à l'acmé et puis « hiiiiii » ça redescendait, ça y est c'est fini. On les suivait au bruit (rires). Comme je vous dis à la fin, quand on arrivait en salle d'accouchements et qu'une femme criait, on se disait « mais qu'est-ce qu'il se passe là ? ». C'est vrai que ce n'est pas la même prise en charge, on est obligées d'être plus présentes quand une femme n'a pas de péridurale, il faut être là plus souvent pour rassurer, pour aider à respirer, tandis que là, bon, hop, on pose la péridurale, le monitoring et elle se débrouille. On les laisse toutes seules, c'est vrai qu'il y a ce manque de présence. Je sais que les sages-femmes disaient « oui mais, de toute façon, on n'est pas assez nombreuses, on ne peut pas être auprès des femmes tout le temps » mais nous, avant on trouvait bien le moyen d'être là, pas tout le temps parce qu'on avait souvent plusieurs femmes en même temps. Ce n'est pas la quantité de temps que vous passez avec la femme mais la qualité de temps, j'ai toujours ressenti les choses comme ça. Ce n'est pas la peine de rester une heure alors que... Il faut donner l'impression à la femme qu'elle est la seule dont vous vous occupez, il faut être à 100% vers la femme c'est à dire pas avoir l'air stressée, énervée, pas avoir l'air à la course mais avoir une présence. Même si c'est 5 min, c'est 5 min de présence pour elle, c'est la qualité et pas la quantité. Il y avait des sages-femmes autrefois, vous savez c'était aussi un peu des... Il y avait ce côté-là un peu, l'image de la sage-femme caricaturale, vous savez « grand cheval » et tout ça. C'est vrai que j'en ai connu moi aussi des comme ça ; vous savez le type de réflexions quand les femmes criaient : « il y a 9 mois vous criiez moins, vous écartiez bien les jambes il y a 9 mois », je l'ai entendu ça de la part de certaines. Alors que bon... Là je pense que ça ne se fait plus, enfin je crois, ça ne passerait pas, ce n'est pas normal. Il y avait quand même une certaine forme de violence dans les rapports, parfois, qu'on a peut-être plus maintenant. Par rapport à la prise en charge des femmes à cause de tout ça qui donne plus une sécurité et puis il y avait l'angoisse de la sage-femme aussi. On ne savait jamais comment ça aller se passer, c'était une angoisse un petit peu permanente et donc ça créait quand même un climat difficile parfois. On n'était peut-être pas forcément à l'écoute parce qu'on était préoccupées par autre chose, à se demander comment ça va se terminer.

- On aborde un peu la question suivante qui est : selon vous comment a évolué la relation avec vos patientes depuis le début de votre pratique ? Est-ce que vous avez senti une différence entre vos débuts et ensuite quand vous êtes revenue à la naissance ?
- (Soupir), personnellement j'ai toujours beaucoup aimé la relation avec les patientes qu'elle qu'elle soit. J'ai toujours essayé d'être pareille, c'est-à-dire même si il y a eu la péridurale, même si il y a eu des techniques. Je crois qu'il ne faut pas perdre de vue que c'est une personne humaine et puis que la relation est la même quelle que soit la situation. Il faut avoir de l'empathie, il faut aimer les femmes, il faut avoir de l'empathie pour les femmes pour faire ce métier et le faire bien, ne pas être une technicienne pure. C'est vrai que parfois on a eu un peu tendance à se cacher derrière la technique alors que le côté humain compte énormément dans le fait de rassurer la femme, de lui toucher la main, d'être une présence physique avec elle, de s'adapter à son comportement, de



comprendre ses comportements. Parfois certaines ont des comportements, qu'est-ce qu'il y a derrière, qu'est-ce qu'elles ont vécu ; il faut garder de l'empathie quelle que soit la façon dont ça se passe et le choix des techniques. Le plus important c'est la relation, la relation. Même quand on a du travail, je vous dis c'est la qualité du temps, pas la quantité. Bon, c'est vrai que, parfois, on est surbookées avec toutes ces techniques qui justement éloignent un petit peu la femme de la sage-femme. On avait des écrans où, dans toutes les salles on avait tous les monitorages donc vous n'avez même plus besoin d'aller vers la femme pour voir le monitoring, vous n'avez même pas ça. Donc il faut essayer justement, quand même, malgré tout, de passer chez la femme, qu'elle voit quelqu'un, pas que des machines. Pour ma part, ça n'a pas changé ma façon d'être avec les femmes mais peut-être aussi parce que j'avais connu avant ce contact... qui maintenant, c'est peut-être plus difficile pour les sages-femmes de garder ce contact parce qu'il y a trop de technicité et « on peut presque accoucher une femme sans y être ». Même si la femme a son mari près d'elle ce n'est pas pareil, il y a toujours une angoisse d'accoucher, c'est normal ce n'est pas ordinaire. Et ça doit toujours rester un acte unique, même si on a fait 1000 accouchements, le 1001 est unique, la femme est unique, l'enfant est unique, tout est unique. Il faut garder ça.

- Vous trouvez que les femmes ont changé au fil du temps ?
- Oh oui, elles sont plus exigeantes quand même. Il y a plus d'exigence par rapport à la prise en charge. Elles ont changé, oui, parce que... Enfin elles n'ont pas connu ce qui était avant, elles n'ont pas connu le fait d'accoucher sans péridurale, donc elles sont... Il y a moins de « reconnaissance » qu'avant, c'est vrai que les femmes nous étaient reconnaissantes et elles le manifestaient plus facilement. Elles ne nous devaient rien, on faisait notre travail. Alors que maintenant tout est un dû. Et ce qui n'existait pas autrefois c'est la plainte qui plane sur la tête des sages-femmes ; autrefois ça n'existait pas. On n'avait aucune crainte même s'il y avait un gros souci qui arrivait, une femme qui mourait, un enfant qui mourait, une épisio qui se refermait mal. Ça faisait partie des risques et c'était accepté. Maintenant ce qu'on a vu apparaître c'est la peur de la plainte. On s'entoure de tas et de tas de choses pour éviter ça, les protocoles sont là pour ça, « Est-ce que le protocole a été bien suivi ? Ce ne serait pas arrivé si le protocole avait bien été suivi ». Maintenant, souvent, on arrive à voir les femmes presque comme un risque pour notre sécurité, entre le pénal... C'est vrai ça n'existait pas du tout autrefois, ah ! Non, non, non, on n'y pensait absolument pas alors qu'au fil des années, de plus en plus on y pense. En tant que cadre, il fallait vraiment faire attention à tous les risques, à ce qui pouvait arriver. Ça, ça a beaucoup changé, c'est vraiment un des gros changements que je peux noter par rapport à ma pratique des années 70. Ce n'est pas relativement récent mais c'est quand même préoccupant. Je n'arrive pas bien à le dater, plus des années 90 je dirais. Vraiment tout peut, tout, tout, tout, tout peut amener la sage-femme devant les tribunaux. Et ça, c'est une peur qui n'existait pas avant, une crainte qui n'existait pas avant.
- Enfin la dernière question, que pensez-vous de l'évolution de la profession depuis le début de vos études ? On en a un petit peu parlé précédemment.
- Je pense qu'elle a été obligée de s'adapter aux techniques nouvelles, c'est une obligation de toute façon. On ne peut pas faire l'impasse de toutes ces techniques mais je dirais que c'est... Il ne faut pas se cacher derrière la technique, on a, quelque part, perdu un petit peu de notre âme dans la mesure où on n'est plus aussi près des femmes qu'on avait pu





l'être. C'est vrai que l'évolution de la profession en soi, avec toutes les multiples orientations que l'on peut prendre maintenant, l'échographie, etc... ça donne un éventail de choix professionnels qui est très intéressant. On ne l'avait pas autrefois ; la sage-femme c'était en salle d'accouchements, point barre. Alors que maintenant, avec toutes les nouvelles choses, on peut trouver... Au fil de notre carrière, nos préoccupations changent aussi. Vous prenez une sage-femme qui a 50 ans, 55 ans, elle n'a plus très envie de faire des nuits en salle de naissance ; après il y a des postes en échographie, en consultations qui permettent à chaque sage-femme en fonction de sa vie personnelle, de trouver des façons d'exercer sa profession qui lui correspondent à un moment donné de sa vie personnelle et professionnelle. Il y a un éventail, alors qu'avant, c'était la salle de naissance, ça s'est vraiment ouvert tardivement. Avant c'était salle de naissance et puis point barre alors que là, il y a beaucoup de possibilités. Il y a eu une évolution par rapport aux horaires et tout ça, l'évolution des 35h, l'évolution a fait que, aussi... Autrefois une sage-femme qui voulait vraiment mener de front une vie personnelle avec des enfants et une vie professionnelle, il fallait qu'elle fasse un choix. Ou elle avait des enfants et elle s'arrêtait de travailler, certaines avaient fait ce choix parce que ce n'était pas beaucoup compatible avec des enfants. Quand on faisait des nuits d'affilée, on était crevée, on ne pouvait plus rien faire en arrivant à la maison, c'était quand même... C'était faisable mais... Donc, ça, c'était bien cette évolution-là qui permet de... C'est bien, c'est une bonne chose pour les femmes, pour la sage-femme. Mais bon je crois qu'il faut surtout garder ce côté humain malgré toutes les technicités. Ce n'est pas toujours facile, c'est sûr. Je pense par exemple à des choses où on était plus impliquées comme je disais, dans les histoires ; quand vous avez des femmes qui accouchaient, vous aviez un enfant avec un bec de lièvre, des choses comme ça, ou une trisomie qu'on ne voyait qu'à la sortie. C'était des choses difficiles à vivre mais qui obligeaient la sage-femme à déployer des trésors d'empathie que maintenant les annonces de ce genre de choses ne sont plus faites par des sages-femmes. Quand c'est découvert in utero la sage-femme peut voir des choses mais ce sont les médecins qui prennent le relais, ça a beaucoup évolué dans l'accompagnement de la femme dans des moments difficiles entre autres. Mais là aussi où il y a des choses qui se sont faites, c'est l'accompagnement des ITG, c'est complètement pris en charge par les sages-femmes, il y a eu de bonnes choses de faites. La mise en place de l'accompagnement des mères : il y a beaucoup de choses qui sont de l'initiative de la sage-femme, qui disait qu'on ne peut pas laisser les gens comme ça, dans la panade, donc on a essayé de mettre en place des prises en charge psychologiques avec l'inscription de l'enfant à l'état civil, on habille les bébés, on fait des photos avec le meilleur profil qu'on peut. On a mis en place des choses ; donc on est une profession qui est toujours dans le relationnel important. Les sages-femmes qui sont formées pour ces IMG, ça fait partie des évolutions, ça, ça n'existait pas autrefois donc ça montre qu'il y a une capacité des sages-femmes à s'adapter aux circonstances. Je crois qu'il ne faut pas regretter le bon temps en disant « c'était très bien », non pas du tout ; moi je suis tout à fait partisane pour que les choses soient... Que la femme ait sa péridurale, c'est une bonne chose, j'ai toujours pensé que la douleur de la femme n'apportait rien du tout à la naissance. Je crois qu'il faut s'adapter aux choses, ça a aussi apporté de la sécurité, les échographies, les placenta prævia, il y en a qu'on ne détectait pas. C'était une collègue à moi, bon on n'avait pas d'échographie, j'étais encore élève à l'époque. La sage-femme met les doigts pour voir la dilatation, les doigts dans le placenta qui était prævia. En 10 minutes la femme était morte, on pataugeait dans le sang dans la salle d'accueil,



l'horreur. Donc ça, heureusement, c'est terminé. Et ça c'est quand même dû à tous les progrès qui ont été faits dans les surveillances de la grossesse, de l'accouchement, les dépistages, c'est une bonne chose. Je ne regrette pas l'ancien vieux temps où... Non, non (rires). Je dis que c'est très très bien que ça évolue comme ça et la profession a évolué en même temps, c'est très très bien. Je suis tout à fait partante pour tout ce qui peut améliorer la santé, la sécurité. Quand on a connu ce que j'ai pu connaître, on a l'impression que je parle de temps immémoriaux mais bon, là, c'était... J'ai vraiment l'impression qu'on est passé du moyen-âge à aujourd'hui ; je ne pense pas qu'il y aura autant d'avancées dans les 30 années qui vont venir qu'il y en a eu dans les années que j'ai vécues, je ne pense pas. Quand on voit tout ça... Et les femmes, maintenant qu'on est à la sécurité, on veut revenir à des choses plus naturelles, avec les salles, bon... Quand elles sont près des grands centres, bon, comme ça se fait dans certains endroits, quand il y a le plateau technique, c'est dans le même bâtiment, hop et tout, il y a un souci voilà. Ça c'est bien finalement, ça permet à chacun de vivre comme il a envie de vivre les choses. Il y a des sages-femmes qui peuvent être attirées par ce genre de pratiques. Par contre, ce pourquoi je ne suis pas du tout d'accord, ce sont les sages-femmes qui pratiquent des accouchements à domicile. Ça c'est trop risqué, vous pouvez toujours, même si votre femme est bien surveillée pendant la grossesse, vous avez toujours le problème des dernières minutes qui peut arriver. Vous pouvez avoir l'embolie amniotique par exemple, si vous n'êtes pas à côté d'un bloc, votre embolie, elle y passe. L'hémorragie, un problème de délivrance ou une atonie utérine, votre femme, elle se vide en 10 minutes vous faites quoi ? Après, pour ça, moi, je.. Personnellement je n'aurais pas pu le faire. C'est prendre trop de risques pour la femme et l'enfant. Mais par contre de combiner les deux, bon. Dans certains endroits, les sages-femmes passent indifféremment dans les deux, elles passent à tour de rôle, dans le planning elles ont des jours dans la salle nature, ça c'est bien.





# **Le vécu des sages-femmes face aux grandes évolutions obstétricales depuis les années 70**

64 pages

Mémoire de fin d'études – École de sage-femme de Limoges – Année 2017-2018

---

L'obstétrique a connu de grandes évolutions depuis le milieu des années 70 qui ont révolutionné le quotidien des sages-femmes.

Par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs chez neuf sages-femmes issues de toute la France nous avons tenté de réaliser un état des lieux des conséquences de ces changements, à la fois dans leur exercice quotidien et dans leur ressenti.

Notre enquête a donc permis de mettre en évidence les changements majeurs qu'ont représentés des techniques comme la péridurale ou le monitoring dans l'accompagnement des patientes, mais aussi de voir l'évolution des relations avec les médecins ou encore l'équilibre difficile entre technique et clinique.

---

Mots-clés : sage-femme, évolutions, pratiques, années 70