



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de l'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Place de la physiologie dans la formation initiale des sages-femmes face à la norme de l'accouchement médicalisé : enquête auprès de néo-diplômés

Laurine LEBOYER

Née le 20 mai 2000

Mémoire soutenu en mai 2024

Myriam LIVAIN, sage-femme

Directrice de mémoire

Paola BONHOURE, sage-femme enseignante

Guidante

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de la réalisation de mon mémoire :

Mme Myriam LIVAIN pour avoir accepté de diriger ce mémoire et m'avoir guidé dans les différentes étapes de ce travail.

Mme Paola BONHOURE, ma guidante, pour son implication, ses précieux conseils, et surtout son soutien qui m'a guidée dans ce travail : Merci !

L'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse : Mme Bérangère SEVELLE, Mme Emilie ETHEVENOT, Mme Myriam MICHEL et Mme Françoise MOREL.

Les sages-femmes qui ont participé aux entretiens en m'accordant de leur temps et m'ont permis de réaliser ce travail.

L'ensemble de la promotion 2020-2024, pour ces 4 années passées ensemble.

Ma super coloc de Saint-Étienne et amie d'enfance pour m'avoir supportée et encouragée pendant toutes ces années, et d'avoir pris le temps de me conseiller lorsque je doutais : merci !

Louise, merci pour toutes ces années d'amitié et pour ton aide avec l'anglais.

Mes amies : Anna, Emma, Clara et Lise pour m'avoir accueillie et permis de passer de merveilleux moments à vos côtés !

Mon super binôme de badminton, Maide, pour ton soutien et nos fous rires.

Mes parents, mon frère et ma sœur pour leur encouragement tout au long de ces années, ainsi que toute ma famille.

Je remercie également "**ma reine**" pour sa relecture et ses conseils.

Table des matières

Introduction.....	1
1 Matériel et méthode	5
1.1 Type d'étude	5
1.2 Population.....	5
1.3 Recrutement	5
1.4 Réglementation.....	5
1.5 Recueil de données.....	6
1.5.1 Construction de la grille d'entretien.....	6
1.5.2 Déroulement des entretiens	6
1.6 Analyse des données.....	6
2 Résultats et analyse.....	7
2.1 Définitions de l'accouchement physiologique.....	7
2.2 Prise en charge par les sages-femmes	9
2.2.1 Rôle de la sage-femme	9
2.2.2 Points positifs de la prise en charge	10
2.2.3 Difficultés de la prise en charge	11
2.2.4 Retour à la clinique.....	12
2.2.5 Place de la physiologie à hôpital	13
2.3 La formation.....	15
2.3.1 Théorie et pratique : 2 enseignements qui se complètent	15
2.3.2 Place de l'école dans l'enseignement de la physiologie.....	19
3 Discussion.....	21
3.1 Points forts et biais	21
3.2 Impression de ne pas être assez formé	22
3.2.1 Sentiment de compétence	22
3.2.2 Physiologie, un stress pour certaines sages-femmes ?	23
3.2.3 Organisation de l'hôpital en France	26

3.2.4	Les Stages	26
3.2.5	Sentiment d'un apport théorique insuffisant et pas assez concret	29
3.3	Enjeux et difficultés de la formation sur la physiologie.....	30
3.3.1	Volonté d'être mieux formé	30
3.3.2	Gestion de la douleur	31
3.3.3	Positions d'accouchement.....	31
3.3.4	Place de l'enseignement de la physiologie dans la formation initiale	32
	Conclusion	35
	Bibliographie	37
	Annexes	

Abréviations

AI	Auscultation Intermittente
ALR	Analgésie Loco-Régionale
APD	Anesthésie PériDurale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIANE	Le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNSF	Collège National des Sages-femmes de France
CU	Contraction Utérine
EE	Efforts Expulsifs
HAS	Haute Autorité Santé
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RAM	Rupture Artificiel des Membranes
TD	Travaux Dirigés
TV	Toucher Vaginal

Introduction

Actuellement, en France, la médicalisation de l'accouchement est très présente du fait de l'apparition de la péridurale en obstétrique dans les années 1970 et de son remboursement par la Sécurité Sociale en 1994 (1). D'après l'enquête nationale périnatale, la France, est l'un des pays où la pratique de la péridurale est la plus fréquente avec 82,7% des femmes qui ont eu une analgésie péridurale en 2021 (versus 81,4% en 2016). Cependant, de plus en plus de femmes souhaitent s'orienter vers un accouchement plus naturel, plus personnalisé et moins médicalisé. Nous remarquons ainsi une augmentation entre 2016 et 2021 de femmes ne souhaitant pas d'analgésie péridurale (16,5% 2021 versus 14,6%)(2). Mais en France, l'accouchement avec une anesthésie locorégionale (ALR) reste la norme contrairement à l'accouchement physiologique.

Il existe plusieurs définitions de l'accouchement physiologique en France. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit la physiologie comme un accompagnement où sont exclues les analgésiques médicamenteuses telles que l'ALR par exemple, ou l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail. Elle inclut cependant l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration préventive d'oxytocine au 3ème stade du travail et la pose d'une voie veineuse (3). L'HAS définit également l'accouchement normal comme un accouchement qui débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation doit perdurer tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il peut néanmoins s'accompagner d'interventions techniques et médicamenteuses minimales réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre, par exemple, l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale. (3). Quant au Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), il donne la définition suivante : «un accouchement physiologique est un accouchement au cours duquel on préserve le rythme et le déroulement spontané du travail, de l'expulsion et de la délivrance, notamment en ne recourant pas aux interventions suivantes : analgésie péridurale, administration de syntocinon, rupture de la poche des eaux, épisiotomie, extraction instrumentale » (4). Nous remarquons à travers ces deux définitions que les critères de l'accouchement physiologique sont discordants entre la HAS qui développe peu sa définition et inclut des actes médicaux (amniotomie) et Le CIANE qui, lui, insiste sur l'absence d'intervention médicalisée.

De plus en plus de femmes expriment leur projet de naissance (10,2% en 2021 contre seulement 3.7% en 2016) allant contre cette norme installée en France et souhaitent un accouchement le plus

physiologique possible, excluant de fait le recours à la péridurale (2). L'accompagnement des patientes dans la gestion de leur douleur se place dès lors au cœur de la profession de sage-femme, gardienne de l'eutocie. Il est donc fondamental d'avoir les ressources nécessaires pour cet accompagnement. La formation (initiale ou continue) peut apporter des outils pour répondre à cette demande.

En effet, être témoin de la douleur de l'autre n'est pas neutre pour le soignant. Anne Evrard indique ainsi que « Si une équipe ajustée à leurs besoins soutient et redonne confiance aux couples, on voit combien la réaction des professionnels peut porter atteinte à leur sentiment de sécurité, à leur image personnelle et au ressenti même de la douleur...(5) ». Dès lors, se pose la question de l'ajustement à la demande des femmes. Aujourd'hui, accoucher sans péridurale peut être un choix incompris, perçu par les professionnels comme incohérent et qui peut les mettre en difficultés car il remet en cause tant leur vocation de soulager que leur devoir de prise en charge de la douleur. Dans une société où la majorité des accouchements se font avec une anesthésie loco-régionale, les femmes qui désirent un accouchement sans péridurale se retrouvent ainsi en décalage avec la norme actuelle(6).

Pour les soignants, la gestion de la douleur peut renvoyer un sentiment d'impuissance. Sur ce ressenti du soignant face à la douleur, Ophélie Méchin indique « Le sentiment d'impuissance est fréquent face aux patients en souffrance. Souvent vécu comme une incompetence, il attaque l'idéal que les soignants se forgent de leur profession : le sentiment d'impuissance renverrait à une faute » (7). Elle évoque dans son article la résilience du soignant qui lui permettrait d'accompagner la douleur « Une écoute résiliente serait alors l'aptitude du soignant à se déformer psychiquement en écoutant la souffrance de l'autre — ce qui lui permet de saisir ce que l'autre ressent — tout en gardant la possibilité de reprendre psychiquement sa forme propre » (7). En outre, cet accompagnement demande plus d'adaptabilité à l'équipe soignante, il nécessite un temps de présence plus important auprès des femmes pour les soutenir dans leur projet, pour accompagner l'accouchement dans des positions plus inhabituelles : « L'accouchement sans péridurale nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, adaptation variable selon l'anxiété et l'adhésion de la sage-femme au projet de naissance » (6).

Aujourd'hui, les études de sages-femmes durent au minimum 5 ans et se déroulent en deux cycles. Le premier cycle dure 3 ans et permet l'obtention du « Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques ». Durant la 2^{ème} et la 3^{ème} année de ce cycle, l'étudiant alterne entre enseignement pratique et enseignement théorique pour acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Le deuxième cycle conduit au « Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques ». Il est également en alternance avec un enseignement pratique et un enseignement théorique. Ce cycle est consacré à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique (8).

La formation est organisée dans les écoles de sages-femmes ou les universités dispensant cette formation (9). C'est donc aux écoles de définir comment elles souhaitent aborder le programme défini par l'Etat. Ce dernier étant très général, il laisse l'opportunité aux écoles de choisir les thématiques et les manières de les décliner.

Ainsi, dans une société où l'accouchement médicalisé est devenu la norme, nous pouvons nous demander comment la formation initiale prépare aujourd'hui en France les sages-femmes de demain à prendre en charge un accouchement physiologique ?

1 Matériel et méthode

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, multicentrique réalisée grâce à des entretiens semi dirigés. Nous avons choisi d'utiliser cette méthodologie pour interroger des sages-femmes diplômées en juin 2023 sur leurs impressions et difficultés lors de la prise en charge d'un accouchement physiologique, pour comprendre comment la formation initiale les avait préparées à cette prise en charge. Afin d'avoir une vision plus large de la formation initiale, nous avons ciblé des néo-diplômés issus de différentes écoles.

1.2 Population

L'étude s'est déroulée auprès de 14 sages-femmes néo-diplômées, exerçant en salle de naissance et ayant pratiqué au moins un accouchement physiologique sans péridurale.

1.3 Recrutement

La constitution de l'échantillon s'est faite sur la base du volontariat, à l'aide d'un courriel explicatif envoyé aux différentes écoles de sage-femmes et relayé par elles auprès de leurs néo-diplômés. Le mail précisait le thème du mémoire ainsi que les coordonnées utiles à la prise de contact.

Une partie du recrutement s'est aussi faite grâce aux réseaux sociaux, via une annonce relayée par un compte animé par des sages-femmes.

1.4 Réglementation

Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé des professionnels sur leur pratique de l'accouchement physiologique ainsi que sur leur formation à ce type d'accouchement. Cette étude est une recherche n'impliquant pas la personne humaine. Le Synopsis (Annexe I) et le protocole de recherche ont été validés par l'équipe pédagogique de l'établissement de formation en maïeutique de Bourg-en-Bresse.

Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. L'ensemble des données recueillies sera détruit à l'issue du travail de recherche.

1.5 Recueil de données

1.5.1 Construction de la grille d'entretien

Les entretiens semi-directifs ont été conduits avec une trame d'entretien éprouvée avec un entretien-test réalisé auprès d'une sage-femme ayant pratiqué un accouchement physiologique (annexe II).

A l'issue de cet entretien-test divers ajustements ont été réalisés, dont notamment l'ajout de la question relative à la définition, par ces professionnels, de l'accouchement physiologique.

1.5.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur deux mois, entre octobre 2023 et novembre 2023.

Ces derniers ayant été réalisés auprès de sage-femmes exerçant sur l'ensemble du territoire national, le format choisi a été celui de la visio-conférence.

Avec l'accord préalable de la personne interrogée, par ailleurs informée du caractère anonyme de l'étude, ces entretiens ont été enregistrés. Les enregistrements audios réalisés seront supprimés à l'issue du travail de recherche.

Les enregistrements audios ont été anonymisés sous cette forme « SF n°... ».

Les entretiens ont une durée comprise entre 27 minutes et 71 minutes soit une moyenne de 44 minutes.

A la suite de nos 14 entretiens, nous avons atteint une saturation des données comme le montre le diagramme (Annexe III).

1.6 Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit intégralement mot pour mot sur un document word et anonymisé pour l'analyse. Cependant, pour une meilleure fluidité de lecture, nous nous sommes permis de supprimer certains termes, n'apportant pas de plus-value à la compréhension du verbatim. Ces passages sont identifiés dans les témoignages sous la forme [...].

Nous avons d'abord réalisé une analyse thématique. Dans un premier temps, chaque entretien a ainsi été analysé verticalement de façon à effectuer une synthèse des principaux résultats en lien avec la question de recherche. Puis nous avons réalisé une analyse horizontale par thématique, c'est-à-dire une même thématique pour les différents entretiens. Enfin, nous avons conduit une troisième analyse transversale, interprétative pour répondre à notre question d'étude.

2 Résultats et analyse

2.1 Définitions de l'accouchement physiologique

Lors de nos entretiens, nous avons demandé, dans un premier temps, aux néo-diplômés de définir l'accouchement physiologique ; cette définition variant en fonction des sages-femmes mais aussi en fonction des différents organismes tel que l'HAS ou bien le CIANE.

Une des définitions les plus complète a été proposée par la SF9 qui désigne l'accouchement physiologique au travers « ... *du travail physiologique* » mais également par « *une grossesse physiologique, qui se passe normalement, donc sans pathologie, avec un enfant eutrophe.* ». La parité ne semble pas intervenir dans sa définition à condition qu'elle soit « *en dessous de quatre* ». La patiente ne doit pas présenter « *d'antécédents médico particuliers* » ni « *d'utérus cicatriciel* ». L'induction du travail n'a pas sa place dans sa définition de l'accouchement physiologique « *le travail doit se faire spontanément. Je pense que les déclenchements ne rentrent pas dans l'accouchement physiologique.* » tout comme l'analgésie péridurale promotrice de prise en charge plus médicalisée « *pas de péridurale, [...] ça engendre tout un tas de thérapeutiques [...] une perfusion en permanence, une surveillance au niveau de la tension, avec des risques engendrés* ».

Dès lors, le travail doit être harmonieux « *il ne doit pas y avoir de stagnation.* » Au-delà de la surveillance maternelle, les paramètres de l'enfant doivent également rester dans la physiologie « *Le rythme cardiaque fœtal (RCF) est normal tout au long du travail* ».

Pour résumer sa définition, pour SF9, un accouchement physiologique est « ... *un accouchement par voie basse, qui se passe bien, sans dystocie.* » A cela, elle conditionne également une délivrance sans anomalie « *je me dis que c'est bien d'englober aussi la délivrance, elle doit ainsi être complète avec une absence de saignements anormaux par la suite.* » Par contre, elle ne considère pas que les lésions périnéales aient un impact sur la notion de physiologie de la naissance. « *Les déchirures, je pense, qu'elles ne rentrent pas en compte. Elles ne conditionnent pas l'accouchement qu'il soit physiologique ou non* ».

A travers nos entretiens, nous retrouvons derrière la définition de l'accouchement physiologique, la notion de non-médicalisation de l'accouchement : « *un accouchement physiologique, c'est un accouchement où tu n'as pas vraiment d'intervention médicale* » (SF8), « *un accouchement où on va accompagner au maximum une dame dans le but qu'elle accouche avec la moindre intervention médicalisée* » (SF14).

L'absence de thérapeutique ressort ainsi dans plusieurs entretiens. SF14 présente par exemple l'accouchement physiologique comme « *c'est sans péridurale, sans syntocinon, et sans rupture artificielle de la poche des eaux. Avec le moins d'intervention du professionnel de santé pour moi.* ».

A l'instar du CIANE (4), certaines sages-femmes, n'incluent pas l'amniotomie dans l'accouchement physiologique : *« percer la poche des eaux artificiellement, je pense que dans un accouchement physiologique, on n'a pas besoin de le faire. On laisse la nature faire. »* (SF6). A la différence de la définition de l'HAS qui admet, elle, cet acte.

La péridurale est exclue à l'unanimité des définitions proposées par les différents organismes tels que l'HAS ou le CIANE mais également par les sages-femmes interrogées. La sage-femme 9 le résume ainsi : *« L'accouchement physiologique, je pense qu'il n'y a pas de péridurale, parce qu'après, ça engendre tout un tas de thérapeutiques qu'il faut mettre en place, une perfusion en permanence, une surveillance au niveau de la tension »*.

Dans nos entretiens, les sages-femmes mettent en avant la capacité des femmes à accoucher comme l'exprime SF13 *« elles savent faire et leur corps, il sait faire. Elles vont y arriver. On est plus là pour les soutenir »* ou bien SF6 *« un accouchement physiologique, c'est l'accompagnement de la nature. On fait le moins possible, ce sont elles qui font le travail principal »*. Cette notion n'est cependant pas retrouvée chez l'HAS ou le CIANE.

Il ressort ainsi de ces différents entretiens que l'accouchement physiologique se caractérise par une grossesse physiologique marquée d'une absence de facteurs de risques materno-fœtaux. L'enfant doit être eutrophe et la mère ne présente pas d'antécédents médicaux particuliers avec une absence d'utérus cicatriciel. Le travail se déroule spontanément et doit être harmonieux. Le RCF doit être normal tout au long du travail. La naissance se fait par voie basse sans intervention d'un professionnel de santé. Et se termine par une délivrance complète et des saignements physiologiques par la suite. Pour se dérouler, il n'a pas besoin de thérapeutique particulière. Il ne comprend donc pas d'APD ou d'amniotomie qui sont des interventions médicales réalisées par un professionnel de santé. La sage-femme est dès lors présente pour l'accompagnement et la sécurité du couple mère-enfant, elle n'interviendra que lorsque celui-ci sortira de la physiologie. En effet, un accouchement peut commencer en état physiologique puis évoluer vers la pathologie. Les critères retenus par les professionnels interrogés sont les mêmes que ceux énoncés par l'HAS (3), excepté pour l'amniotomie.

L'accouchement physiologique consiste ainsi à faire confiance aux femmes et en leur capacité à accoucher.

2.2 Prise en charge par les sages-femmes

2.2.1 Rôle de la sage-femme

Dans nos entretiens, la sage-femme est présentée comme ayant un rôle passif lors de l'accouchement physiologique : « *On est là en tant que soignant, mais pour accompagner. On n'est pas là forcément pour intervenir.* » (SF8). Elle accompagne et redonne la maîtrise de l'accouchement à la femme, elle la replace dans sa capacité à accoucher : « *qu'est- ce qu'on fait à part être là ? On l'encourage, on l'accompagne. On ne fait pas grand-chose, c'est elle qui fait.* » (SF2). « *Faites confiance à la femme, une femme, elle sait accoucher. Ce n'est pas nous qui accouchons les dames. Nous, on les aide à accoucher.* » (SF5).

Ainsi la sage-femme a un rôle d'accompagnement. Les néo-diplômés ont relaté que durant cet accompagnement, ils construisaient un cadre pour les mères. Pour illustrer cela, SF2 décrit : « *j'avais un peu fermé le store, j'avais tamisé l'ambiance. Pour qu'elle sécrète un maximum d'ocytocine* ». SF6, elle, indique : « *je leur laisse souvent l'intimité. Moi, je les laisse dans leur cocon* ». Ce qui permet d'enlever les stimuli possibles et de créer un environnement plus intime.

Une fois ce cadre mis en place, la sage-femme a un rôle de soutien et d'encouragement, notamment face à la douleur des patientes comme l'exprime SF5 : « *elle commençait à ne plus pouvoir supporter la douleur, à être dans la phase de désespérance. La sage-femme, elle est là, elle peut la soutenir et l'encourager.* ». Face à cette douleur, les femmes peuvent exprimer des doutes à continuer leur projet de naissance. SF14 décrit cette situation « *elle n'en pouvait plus, elle souhaitait une péridurale. Je l'ai donc encouragée à continuer et lui ai dit qu'on refaisait le point dans 5 à 10 minutes si elle le souhaitait, pour voir où ça en était. Et en fonction de l'examen, elle déciderait de poser la péridurale* ». Face au doute pouvant survenir, et tout en respectant ses choix, la sage-femme peut essayer de temporiser, pour permettre à la patiente de rester dans son projet ou de le modifier sans avoir de regrets.

Lors de l'accouchement, les professionnels ont un impact important. Ainsi que le souligne SF3, leurs gestes, les mots utilisés peuvent en effet influencer sur la prise en charge : « *De trouver vraiment la part des choses entre être là mais pas trop envahissante et de trouver les bons mots, les bons gestes et au bon moment* ».

Comme expliqué précédemment dans la définition, l'accouchement physiologique consiste à limiter les interventions. Cependant, la sage-femme est aussi garante de la sécurité de la femme et de son enfant. La difficulté étant de connaître la limite entre le respect du projet de naissance de la mère et la garantie de la sécurité de l'enfant à naître. SF9 nous décrit lors des efforts expulsifs (EE) la technique du « *hands off* » : « *j'ai laissé faire complètement en disant que je n'ai pas du tout mis les mains* ». Néanmoins, lors du passage des épaules, elle a identifié un risque : « *Les épaules ne descendaient pas du tout. J'ai essayé de restituer, ça ne se restituait pas du tout. Donc là, je lui ai dit « Maintenant, on se met sur le dos », et*

la patiente a suivi tout de suite. ». La sage-femme a ainsi eu besoin d’agir malgré sa décision de laisser faire.

De ce fait, comme le résume bien SF13 *« On est là surtout pour le côté encouragement et être à côté pour dépister les risques et ainsi garantir la sécurité »*. La sage-femme a ainsi un rôle d’accompagnement, de soutien mais également et surtout de sécurité. Elle est la gardienne de l’eutocie.

2.2.2 Points positifs de la prise en charge

Durant ces entretiens, les sages-femmes ont décrit plusieurs points positifs à cette prise en charge. En effet, le fait pour les patientes de ressentir les contractions utérines et la descente de leur enfant dans le bassin permet à la sage-femme de suivre l’évolution du travail d’une autre façon comme le relatent SF4 et SF14 : *« Je trouve que la péri, ça masque des symptômes de douleur, de ressenti. »* (SF4). *« elle ressent les sensations, donc elle sait comment pousser. »* (SF14). Les sensations de son corps incitent la patiente, naturellement, instinctivement, à se mobiliser pour faciliter la descente de l’enfant et l’accouchement.

Nous avons vu précédemment, que l’accouchement physiologique nécessitait plusieurs critères qui font que la prise en charge soit plus facile, avec *« le contexte favorable de la grossesse normale, du travail physio, qui fait qu’on ne pose pas trop de questions. Du moins, il y a plein de critères rassurants »* (SF9). De fait, la prise en charge de la physiologie nécessite un parcours de suivi type A validé par une sage-femme, ce qui signifie que celle-ci ne doit pas présenter de facteurs de risque et avoir une grossesse se déroulant normalement, sans aucune pathologie.

Le post accouchement est aussi plus facile selon les sages-femmes interrogées, avec *« une bonne adaptation, de la patiente. »* (SF14)

Et lorsque nous avons demandé aux néo-diplômés de parler de leur ressenti lors de cette prise en charge, beaucoup d’émotions positives sont ressorties telles que la joie et la satisfaction : *« Très bien. Je me suis sentie utile, déjà. Utile et vraiment dans mon rôle. »* (SF2). *« Vraiment contente d’avoir pu aller au bout de leur projet »* (SF9). Pour certains, cela va au-delà en décrivant même la notion de *« Un petit défi »* (SF9) avec *« je trouve ça toujours un peu excitant »* (SF2). Une autre sage-femme a également évoqué ce que lui renvoyaient les sentiments éprouvés par le couple *« C’était beau. C’était beau parce qu’ils étaient super contents »* (SF8). Ainsi la physiologie renforce le sentiment d’utilité personnelle de ces sages-femmes.

2.2.3 Difficultés de la prise en charge

Globalité de la prise en charge de l'accouchement physiologique

La prise en charge de l'accouchement physiologique nécessite d'avoir une vue d'ensemble et un regard sur la globalité de la prise en charge. En effet, comme vu précédemment, la sage-femme a un rôle d'accompagnement, de soutien et de sécurité. SF8 parle de cette difficulté à gérer le côté médical de l'accouchement et l'accompagnement de la patiente : « *Le souci, c'est qu'elle n'était bien que à quatre pattes. Le problème, c'est qu'elle poussait hyper mal à quatre patte* ». SF13 évoque, elle, sa difficulté de positionnement lors des efforts de poussées avec la non-progression du fœtus dans le bassin : « *Ça n'avance pas. Le mobile fœtal, il n'avance pas. Avec le rythme à gérer, la table, je ne l'avais pas cassée, le rythme, le temps et je me suis dit à partir de quand j'appelle si jamais ça ne bouge pas* ».

Lors de l'accouchement physiologique, le risque est faible. Cependant celui-ci peut parfois survenir. SF8 décrit « *une situation de stress en tant que sage-femme* », « *Mais la dame, elle veut gérer à sa manière, [...] trouver le compromis entre quelque chose d'efficace et quelque chose où elle, elle est bien, sans pour autant mettre en danger la vie du bébé* ». Et lors de nos entretiens SF12 évoque cette frontière tenue entre physiologie et pathologie « *La difficulté aussi c'est de savoir quand est-ce que tu t'arrêtes ou tu ne t'arrêtes pas* ».

La sage-femme doit donc gérer plusieurs choses en même temps pour une seule et même patiente. Cette gestion de la globalité de l'accouchement physiologique, les néo-diplômés l'ont évoquée - la décrivant pour certains ainsi : « *Tu dois gérer le fœtus qui ralentit, la dame qui n'est pas soulagée mais que tu dois accompagner au mieux* » (SF2).

Les professionnels doivent donc, lors de l'accouchement physiologique, faire face à cette globalité de prise en charge en gérant la sécurité du fœtus et de la mère, en accompagnant les patientes dans la gestion de leur douleur mais également en prenant en compte les émotions du conjoint : « *le conjoint [...] est vraiment dans cette incompréhension : « mais c'est horrible, j'ai trop mal pour elle et je ne comprends pas pourquoi elle s'inflige ça » »* (SF2).

La naissance est un moment unique pour ces couples. Aussi, comme évoqué au travers de ces témoignages, la sage-femme doit gérer son propre stress et en parallèle mettre tout en œuvre pour qu'ils gardent un bon vécu de l'accouchement.

L'anticipation lors de l'accouchement physiologique

L'accouchement physiologique, c'est aussi de l'anticipation. En effet la pathologie peut survenir pendant la prise en charge. Il faut donc garder en tête les différentes possibilités, en fonction de chaque situation. SF5 évoque la complexité à gérer ses propres émotions, la douleur de la mère lors de l'accouchement ainsi que des difficultés de cette anticipation : *« On est censée pouvoir à la fois gérer la douleur de la patiente, en même temps gérer son angoisse en tant que néo-diplômé et se dire faite qu'il y ait quelque chose qui n'arrive pas de sorte que j'ai besoin du médecin à ce moment- là, parce que on n'a pas de péridurale. Qu'est-ce que je fais après ? Il y a tout ce côté- là. »*. L'absence de péridurale peut en effet compliquer la prise en charge en cas d'intervention - ce qui nécessite d'anticiper nos actions : *« On est un peu sous pression. La dame, elle est sans péridurale, en cas d'urgence, on peut partir assez vite en césarienne ou sur une extraction instrumentale. Il faut donc essayer de faire sans, pour faire en sorte que tout aille bien, que le bébé naisse sans complication »* (SF8). La sage-femme doit donc anticiper chaque éventualité pour essayer de maintenir la femme dans la physiologie ; mais également être préparée à intervenir lors qu'elle bascule dans la pathologie.

Différentes positions d'accouchement : une perte de repère qui peut déstabiliser

Parmi les professionnels interrogés, certaines sages-femmes ne se sentent pas à l'aise pour effectuer les accouchements dans des positions physiologiques et sont contraintes d'imposer la position gynécologique à leurs patientes. En effet, cette position est plus facile pour certains professionnels : *« J'ai un peu choisi la solution la plus simple, sur le dos, en position gynécologique. »* (SF3).

Un des néo-diplômés interrogés nous explique pourquoi elle est moins à l'aise avec les autres positions : *« 95% des accouchements, on les voit en position gynécologique. On s'adapte, mais ça demande plus de réflexion, la restitution est un peu plus stressante »* (SF6). Lorsque la patiente est dans une autre position, la sage-femme doit complètement réajuster ses repères : *« Pour moi, ce qui est compliqué, c'est de trouver les repères lors du toucher vaginal lorsque la patiente est dans une autre position. Sur le côté, ça va encore, mais lorsqu'elle (la patiente) est à quatre pattes, je me sens perdue »* (SF8). En effet les repères peuvent varier en fonction de la position prise par la patiente, ce qui demande donc de l'adaptabilité.

2.2.4 Retour à la clinique

Nous avons remarqué au cours de ces entretiens l'importance de la clinique. En effet, les sages-femmes soulignent lors de leur prise en charge l'importance des sons émis, par exemple, par les patientes comme un indice de l'évolution du travail : *« Elle avait cette envie de pousser avec vraiment la voix, [...] les cris pendant la contraction dans les graves. Donc on sentait que ce n'était pas loin »* (SF8). D'autres parlent des mouvements des mères lorsque le travail s'accélère : *« Elle (la patiente)*

était en position accroupie et faisait des mouvements de haut en bas, de balancement » (SF2). Certaines des sages-femmes mettent plus en avant les sensations ressenties par leurs patientes : « C'est ce moment où elles sont inconfortables. Elles ont envie de pousser, mais en même temps pas tellement, elles ont comme une envie d'aller aux toilettes » (SF2). « il y avait cette sensation de poussée qui était plus importante dans le bassin, dans le rectum » (SF9).

L'observation de la patiente donne ainsi des indices sur l'évolution du travail : « J'étais plutôt sûre que ça allait assez vite, parce que, en soit, ça s'observait dans sa façon d'évoluer » (SF13). SF6 souligne cette importance d'observation et décrit que regarder la patiente sans l'examiner suffit « l'observation des patientes en restant dans un coin, les laisser tranquilles et de voir comment elles se comportent. C'est là, qu'on comprend où on en est dans le travail ».

L'augmentation de la demande des femmes d'avoir un accouchement physiologique ainsi que l'évolution des pratiques ont conduit les sages-femmes à être moins interventionnistes et à observer la progression du fœtus dans le bassin lors des EE différemment. SF8 indique ainsi : « les touchers vaginaux, quand elles n'ont pas la péridurale c'est douloureux. Donc on essaye quand elles poussent de voir la tête qui descend, sans forcément examiner ».

Ainsi, le comportement de la patiente est un indice de l'évolution du travail et permet d'évaluer la progression sans examiner la patiente pour autant.

2.2.5 Place de la physiologie à hôpital

Lors de leur formation, les étudiants sages-femmes font une majorité de leurs stages sur leur maternité école, très souvent des établissements de niveau III ou IIb. Or, à l'hôpital, les prises en charges sont très protocolisées afin d'assurer une organisation et une sécurité des soins. Cela laisse peu d'espace pour certains projets de parents et pour la physiologie. Les étudiants peuvent avoir l'impression de ne pas être formés à l'accompagnement de la physiologie lorsqu'ils sont à l'hôpital comme le relate la SF4 : « On n'est pas formé à l'école, mais on n'est pas formé à l'hôpital non plus, or on passe la majeure partie de notre temps à l'hôpital et l'hôpital déteste les accouchements physio et en fait très peu »

Mais pourquoi l'hôpital n'aime-t-il pas la physiologie ?

Prise en charge peu protocolisée à hôpital

Durant les entretiens, les néo-diplômés ont évoqué des protocoles proposés au sein de leurs structures mais qui semblent peu compatibles avec l'organisation actuelle des salles de naissance. Pour prendre l'exemple de la surveillance du RCF, l'HAS recommande une surveillance continue que ce soit lors du premier ou second stade du travail. Si la surveillance en discontinuée est tout de même possible avec certaines recommandations, ces dernières nécessitent plusieurs conditions qui sont peu réalisables au

sein de l'hôpital. En effet, elles impliquent un professionnel par femme et l'écoute du RCF par auscultation intermittente (AI) toutes les 15 minutes pendant une contraction utérine (CU), et immédiatement après durant 1 min lors du premier stade et toutes les 5min lors du deuxième stade du travail (10). Certaines sages-femmes ont essayé de s'adapter à ces protocoles : « *Sur le protocole, je l'avais sorti et j'ai vu qu'il disait qu'on pouvait faire du discontinu* » (SF4) mais finalement, elles ont dû revenir à une surveillance plus standardisée. « *A dilatation complète, à partir de ce moment, on est resté avec un monitoring continu* » (SF9). Une autre a adapté sa prise en charge en fonction du contexte clinique « *Elle (la patiente) sentait que ça s'intensifiait, je mettais le monitoring, mais sinon c'était un peu intermittent* » (SF9).

Les sages-femmes ayant eu l'opportunité de faire des stages en maison de naissance ont comparé les protocoles entre les deux structures : « *Les sages-femmes de la maison de naissance, elles n'écoulent pas le RCF au monitoring, elles le font qu'au doppler. Elles n'ont pas de Monitoring. Du coup, c'est plus facile de poser un Doppler, elle l'écoute rapidement sur une contraction, en dehors aussi* » (SF4).

Lors de la prise en charge, un des néo-diplômés, s'est questionné sur ce qu'il pouvait faire ou non à l'hôpital et évoque une pratique différente en maison de naissance qui différencie les EE et la poussée spontanée : « *j'ai eu un petit doute sur le temps que je pouvais me laisser pour la poussée. Parce que c'est vrai qu'en maison de naissance, quand c'est un premier, en poussée spontanée, pas en EE dirigés, mais en poussée spontanée, elles peuvent se laisser deux heures* » (SF9). Face à ce doute, il soulève le manque de protocole à hôpital concernant l'accompagnement physiologique : « *ce n'est pas du tout protocolisé dans l'hôpital où je suis actuellement. On ne parle pas de la poussée spontanée.* » (SF9). En effet, dans la littérature, les recommandations des différents organismes tel que l'HAS parlent seulement des EE et recommandent le rythme cardiaque fœtal en continu ou par AI (10).

Une prise en charge qui demande du temps et du personnel

La physiologie demande de l'énergie aux professionnels comme nous le dit SF13 : « *Ce n'était pas facile non plus. Ça m'a pris un peu de l'énergie* ». Mais également des ressources humaines et du temps. En effet, la gestion de celui-ci peut être différente lors de cette prise en charge.

Effectivement, si l'on veut pouvoir appliquer les recommandations avec une surveillance discontinue, cela implique le « one to one » ; c'est-à-dire un professionnel par femme. Aujourd'hui, dans les maternités en France qui sont en sous effectifs pour la plupart, le « one to one » est difficilement applicable.

L'accompagnement, comme vu précédemment, est important lors de la prise en charge et demande du temps : « *on est vite pris par l'accompagnement, parce que si tu ne peux pas être régulièrement*

présente et avec elle, c'est compliqué » (SF4), « Il a fallu qu'on reste avec elle et qu'on l'accompagne énormément » (SF7).

La sage-femme doit donc gérer son temps en fonction de la patiente, comme nous l'explique SF4 : « *On ne peut pas leur parler quand elles ont une contraction, alors que parfois on peut être pressé par le temps alors qu'il ne faudrait pas les bousculer à ce moment- là, parce qu'elles ont mal et qu'il faudrait les laisser tranquilles* ». Le professionnel doit donc s'adapter à la mère et à son rythme, ce qui peut mettre en difficulté les équipes. En effet, dans l'organisation actuelle hospitalière, la sage-femme peut être amenée à s'occuper de plusieurs patientes simultanément.

2.3 La formation

2.3.1 Théorie et pratique : 2 enseignements qui se complètent

L'apprentissage de la physiologie passe par la pratique de celle-ci, mais également par des connaissances théoriques comme le souligne SF9 : « *Il y a l'apport théorique sur ce qu'est la physiologie et le fait que ça existe. Et après c'est la pratique. On a besoin de théorie là-dessus et de la pratique* ».

Lors des entretiens, lorsque nous avons demandé aux néo-diplômés comment ils avaient été formés à la physiologie, nous avons pu remarquer un décalage entre l'apprentissage de la pratique et de la théorie. En effet, comme vu dans notre introduction, la théorie de la physiologie est abordée en début de formation (lors de la troisième année) et la fin du cursus est plus dédiée à l'apprentissage de la pathologie. Cependant, les néo-diplômés évoquent que la pratique de l'accouchement physiologique se fait à la fin des études. Effectivement, plus on avance dans le cursus, plus les étudiants commencent à être actifs sur la prise en charge. SF13, souligne ce décalage : « *On oublie un peu. La théorie, elle est aussi très loin de la fin de notre formation. En stage, en troisième année, on n'est pas énormément actifs, on ne pratique pas beaucoup* ». Elle expose ainsi que si la théorie est vue sans la pratique, cela peut induire l'oubli de certaines connaissances apportées.

Théorie

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le premier cycle des études est dédié à la physiologie obstétricale. Cependant, la physiologie obstétricale est un thème vaste et peu précis - ce qui laisse aux différentes écoles, le choix des thèmes abordés et de comment les aborder. Or, il ressort des entretiens que souvent la physiologie obstétricale enseignée parle de l'accouchement normal tel que le définit la HAS. Il peut donc contenir des interventions médicamenteuses telles que l'utilisation d'oxytocine pour accélérer le travail et l'utilisation de la péridurale(3). Ainsi, la physiologie de l'accouchement enseigné dans les écoles traite du déroulé normal d'un accouchement et ne fait pas de distinction entre péridurale ou non comme le décrit SF14 : « *On ne peut pas dire que dans nos études de sage-femme*

qu'on n'a rien eu sur l'accouchement physiologique. On a eu la théorie de la mécanique obstétricale, de la prise en charge de la douleur mais avec des moyens médicamenteux. ». En effet, peu sont celles qui décrivent avoir eu des interventions sur la physiologie comme abordée dans ce mémoire. Elles évoquent plus avoir eu des « *cours sur les étapes classiques, avec la phase de la latence, la phase active de l'accouchement.* » (SF1). Ces cours constituent la base de l'obstétrique mais ne permettent pas de comprendre la globalité de la prise en charge de l'accouchement physiologique.

Lors des entretiens, certaines sages-femmes ont évoqué avoir eu des cours spécifiques à l'accouchement physiologique au sens défini pour cette étude, avec notamment les différentes étapes que peuvent rencontrer les femmes. « *Elle (l'enseignante) s'était basée sur la prise en charge de la douleur, comment ça se passe pour la femme. Lorsqu'elle a abordé le suivi du travail, elle nous a expliqué la théorie avec la phase de désespérance. Elle nous a également parlé des étapes dans lesquelles la femme peut passer* » (SF5). La physiologie peut également être comprise via l'hormonologie du travail :

« On avait eu une conférence avec Michel Odent. C'est un médecin qui a théorisé le cocktail hormonal de l'accouchement physiologique, avec le rôle de l'ocytocine. Cela m'a aidée à comprendre les petits gestes à adopter qui aident le processus hormonal physiologique à se mettre en place. Et donc, j'ai compris qu'il fallait diminuer le cortisol pour pas bloquer la synthèse d'ocytocine » (SF9)

Lors de l'accouchement physiologique, le travail a une grande importance mais la préparation en amont, pendant la grossesse, est primordiale. En effet, les femmes ont besoin de s'y être préparées. SF3 souligne d'ailleurs l'intérêt de cette préparation et décrit la facilité de la prise en charge par la suite lorsque les patientes ont pu en bénéficier : « *elle était bien préparée, elle savait à quoi s'attendre. Donc, j'étais moins inquiète* » (SF3). Il est donc important de préparer les femmes en amont.

Les cours de préparation à l'accouchement sont donc une opportunité d'aborder la physiologie. Qui plus est, ils permettent aux étudiants qui se destinent à l'hospitalier ou au libéral de comprendre comment les femmes peuvent être préparées à l'accouchement physiologique, en rappelant les techniques de gestion de la douleur qu'ils ont pu avoir. Ces cours sont également essentiels pour les néo-diplômés qui souhaitent par la suite s'installer en libéral car ce seront eux qui guideront les patientes pendant leur grossesse.

Il est donc nécessaire de l'aborder pendant les études. Certaines écoles y consacrent plus de temps que d'autres.

Certaines sages-femmes ont eu l'occasion de bénéficier d'interventions sur la préparation des femmes à l'accouchement physiologique, qui leur ont permis d'apprendre « *de petites techniques pour*

soulager la douleur » (SF4). Notamment comment « *mettre ses mains pour créer une pression et soulager la femme* » (SF4) ou leur apprendre « *la marche de l'ours* » qui consiste à créer une « *hyperflexion des genoux* », permettant ainsi « *une meilleure ouverture au niveau du bassin* » (SF9). Ces cours de préparation ont été abordés pour l'une d'elles en deux temps avec « *Une partie vraiment théorique. À quoi ça sert les cours de prépa ? Et ensuite, on avait dû proposer, mettre en scène, une séance de préparation* » (SF9). Cette méthode d'apprentissage est intéressante parce qu'elle permet de comprendre l'enjeu des séances de préparation à l'accouchement mais également de faire pratiquer les étudiants et de voir ainsi les différentes approches de celles-ci.

Selon les intervenants qui proposent cet enseignement, l'apport pour l'accompagnement de la physiologie n'est pas toujours reconnu. En effet, la préparation ne s'entend pas uniquement d'un point de vue théorique mais doit également permettre aux patientes de se projeter dans leur travail et l'accouchement. Elle donc doit passer par une phase pratique au travers d'exercices de respiration, de relaxation, de visualisation par exemple : « *l'école a organisé des séances de préparation, on était entre étudiantes avec une sage-femme enseignante qui nous montrait ce qui devait être abordé pendant les séances de préparation à la naissance aux patientes. On ne s'est pas attardé sur la prise en charge d'un accouchement sans péridurale* » (SF5).

Cependant, un des objectifs de la préparation à la naissance est de préparer les femmes à la gestion de la douleur. En effet, celle-ci se retrouve au cœur de la prise en charge de l'accouchement physiologique. Mais comment les sages-femmes peuvent-elles aider à la gestion de celle-ci ? Comment sont-elles formées pour l'accompagner ? Les néo-diplômés ressentent justement un manque de formation sur ce sujet. En ressortant ses cours, l'un d'eux nous fait part de ce qui était enseigné pour soulager la douleur : « *... soulager la douleur en obstétrique, objectif primaire de la péridurale. Et ça c'était en 3^{ème} année quand on est sensé apprendre la physiologie.* » (SF13). Effectivement l'objectif de la péridurale est bien de soulager la douleur de la patiente mais il existe des alternatives qu'il serait utile de voir également. Pendant la formation, l'école aborde bien souvent la gestion de la douleur du côté anesthésique qui plus est, en troisième année où le programme stipule d'aborder la physiologie en obstétrique, et traite ainsi peu de la gestion de la douleur du côté sage-femme. SF8 explique ainsi : « *les cours qu'on a eu sur la douleur, c'étaient des cours d'anesthésie* ».

Dans d'autres écoles, malgré tout, différents outils sont évoqués pour aider les patientes tels que la sophrologie, l'acupuncture ou l'hypnose : « *une sage-femme est venue nous faire de l'hypnose dans le but de nous initier à l'hypnose conversationnel avec les patients* » (SF1). Une autre a pu aborder la sophrologie : « *La sophrologie, avec tout ce qui est respiration, ça m'a un peu aidé. Les conseils sur comment bien respirer, comment bien expirer pendant les contractions.* » (SF14).

Mais elles ont aussi exprimé les limites de ces interventions. Expliquant que si ces dernières permettaient de connaître l'existence de ces méthodes et d'y être initiées, il était nécessaire, pour bien les appliquer, de s'y former par la suite : « *On a fait de la sophrologie mais il faut réussir à le remettre en place et après une séance c'est compliqué* » (SF13). Ces interventions permettent donc à l'étudiant d'aborder différentes méthodes de gestion de la douleur pour que celui-ci puisse déterminer celle qui lui correspond le mieux – de sorte de s'y former par la suite s'il le souhaite.

Ainsi, l'enseignement théorique de l'accouchement physiologique dépend des choix et de la volonté propre à chaque école comme le relatent nos entretiens effectués auprès de plusieurs sages-femmes provenant de différentes écoles de France.

Pratique

« J'entends et j'oublie, Je vois et je me souviens, Je fais et je comprends. » Confucius

Le métier de sage-femme est un métier manuel, il a besoin d'être pratiqué. Son enseignement passe, en effet, par l'observation et la reproduction. La pratique permet ainsi de gagner en expérience et de faire des liens avec les cours théoriques. « *... ce qui m'a surtout formée, c'est le terrain. C'est de prendre en charge les accouchements sans péridurale [...] toutes mes connaissances, je les ai apprises en stage.* » (SF2) « *... à force d'avoir vu des accouchements physiologiques, d'avoir pratiqué, que j'ai compris l'accompagnement ...* » (SF6).

C'est également lors des stages que certaines sages-femmes ont pu expérimenter et même pratiquer différentes positions d'accouchements autres que gynécologiques : « *Les accouchements physiologiques, ils sont tous différents. J'en ai eu sur le côté, debout. C'est en termes d'expérience, de ce que j'ai vécu, qu'on retient plus facilement et qu'on peut par la suite le reproduire* » (SF10).

La pratique permet ainsi de gagner en expérience. SF11 nous explique sa progression et son évolution durant l'un de ses stages dans un hôpital avec une salle nature.

« *Je me souviens de ma toute première garde pendant ce stage où il y avait un accouchement physiologique et où j'étais un peu tétanisée devant la douleur de la dame, je n'étais pas forcément à l'aise de rester longtemps dans cette salle d'accouchement. Et sur ma toute dernière garde de ce même stage, j'ai aussi eu un accouchement physiologique, et là, j'ai passé la journée avec le couple, j'ai passé la journée à les aider, à aider à la gestion de la douleur. Cela m'a permis de me rendre compte de ma progression sur cette prise en charge. Je me sentais beaucoup plus à l'aise. Je n'étais plus tétanisé devant la douleur de la dame. Je savais que c'était une douleur qui était normale et j'avais les clés en termes de respiration, de comment être présent pendant la contraction, même si pendant, on ne peut pas faire grand-chose. Je me sentais plus à l'aise de les accompagner.* » (SF11)

L'apprentissage passe aussi par les échanges entre pairs sur les pratiques et les différentes prises en charges rencontrées, ce qui permet de partager son expérience et ses difficultés : *« je pense qu'on serait mieux formé à la physio, si on faisait plus de TD (travaux dirigés) ou de tables rondes »* (SF4). Elle évoque ainsi deux systèmes de formation possibles à l'école qui seraient bénéfiques et importants dans l'enseignement de la physiologie. En effet, les TD permettraient d'allier la théorie et la pratique et seraient un moment opportun pour échanger sur les situations vues en stage ainsi que sur les expériences vécues par les étudiants avec un professionnel qualifié.

Effectivement, ils ont l'avantage de lier la pratique et la théorie. *« On pouvait voir les différentes positions pour soulager le dos, comment utiliser le ballon, favoriser la descente »* (SF1). Le tout, illustré avec un « bassin », pour que *« ce soit plus visuel »* (SF1). Ainsi, lors de ce TD, le professeur leur avait montré les positions, les avait fait pratiquer mais également leur avait permis de mieux appréhender leurs effets sur la descente du mobile fœtal en visualisant sur un bassin. Ce type d'enseignement permet de mieux comprendre la prise en charge et de faciliter son application par la suite. *« Elle (l'enseignante) nous avait parlé des différentes positions d'accouchement, de comment faire le dégagement des épaules si jamais, elle se met sur le côté, etc. C'était formateur, avec un modèle de bassin, un modèle de fœtus, pour que ce soit plus visuel pour nous »* (SF5). Ce TD lui a donc permis de voir les différentes positions d'accouchement mais aussi d'aborder les différentes situations qui peuvent survenir lors de l'accouchement et de comment y faire face, notamment avec le dégagement des épaules. Ainsi, les sages-femmes ont décrit des TD comme formateurs, explicites et concrets. Ils permettent l'apprentissage de la physiologie en alliant théorie et pratique.

2.3.2 Place de l'école dans l'enseignement de la physiologie

Comme vu précédemment, le programme élaboré par l'Etat sur la formation des sages-femmes est très général. C'est aux écoles de décliner plus spécifiquement le programme en choisissant, selon les thématiques, la manière de les décliner (type d'enseignement, temps dévolu ...). Ainsi, elles jouent un rôle majeur dans la façon de traiter l'enseignement de la physiologie. Effectivement, certaines d'entre elles vont plus insister sur l'enseignement de la physiologie. Une des sages-femmes interrogées a été formée sur une école qui encourageait les étudiants à se positionner sur la prise en charge de l'accouchement physiologique : *« l'École nous demandait de rendre des portfolios. Il y en avait un dont le thème c'était la prise en charge de la douleur. On devait raconter une prise en charge d'accouchement sans péridurale. Donc cela nous poussait à aller sur des accouchements sans APD »* (SF2). Le système de portfolio serait donc ici une façon pour l'école d'inciter les étudiants à réfléchir à la prise en charge de la physiologie. D'autres écoles ont fait le choix de privilégier les lieux de stages en imposant en dernière année des stages en maternité où l'accouchement physiologique est plus

présent, « *En dernière année, on a un stage à faire en niveau 1* » indique ainsi SF13. Ce choix d'imposer un tel stage en dernière année est intéressant car les étudiants sont presque en autonomie sur les prises en charge. Ils peuvent donc plus pratiquer. Cela permet également de faire un rappel sur les connaissances de la physiologie qui sont principalement abordées en début de formation, comme dit précédemment.

Cependant, d'autres écoles encouragent moins à la physiologie et ne donnent pas forcément l'opportunité aux étudiants de découvrir ce type de stage : « *Mais on ne nous incite pas à aller en maison de naissance. J'ai dû le faire sur un stage optionnel, alors que je me dis, on devrait toutes y passer au moins une fois* » (SF4). Pour bénéficier de ce stage, elle a dû le faire en dehors du cursus traditionnel, sur un stage optionnel - ce qui induit que l'ensemble des étudiants n'ont pas accès à ces structures dédiées à la physiologie.

Néanmoins, la place de l'étudiant dans l'accouchement physiologique n'est pas évidente. En effet, pendant leurs études, certaines SF ont rencontré des freins de la part des professionnels présents sur le terrain : « *J'avais demandé de pouvoir participer à un accouchement physiologique lors de mon stage en consultation avec la filière alternative pour pouvoir voir la prise en charge globale qu'elle propose. Sauf que les sages-femmes me disaient que ça avait un peu un impact sur le lien et que c'était compliqué qu'une étudiante arrive* » (SF11). Elle n'a pas été la seule à le ressentir et l'évoquer : « *c'était quand même stressant parce qu'en tant qu'étudiante, on m'incitait plus à suivre les patientes ayant une péri pour faire les touchers vaginaux (TV) réguliers* » (SF5).

Ainsi, entre la formation qui n'insiste pas forcément sur l'accouchement physiologique et la légitimité en tant qu'étudiants à participer à la prise en charge de celui-ci, l'apprentissage de la physiologie n'est pas aisé.

3 Discussion

3.1 Points forts et biais

Points forts

Nous avons pu mener 14 entretiens lors de cette étude, auprès de sages-femmes provenant de différentes écoles et présentant divers profils. Nous avons ainsi pu interroger des néo-diplômés travaillant dans différents types de maternités, avec ou sans salle ou pôle physiologique, avec des effectifs, des protocoles et un nombre d'accouchements différents. Ce qui représente un des points forts de ce travail.

Avec une moyenne de 44 minutes par entretien, le temps accordé par ces professionnels a par ailleurs contribué à l'obtention d'informations, d'idées et d'opinions riches et variées.

Qui plus est, il s'agit d'un sujet d'actualité. En effet, comme le souligne le Conseil national de l'ordre des sages-femmes, qui rapporte que un quart des femmes souhaiterait accoucher sans péridurale, sans toutefois y parvenir (11). L'enquête périnatale de 2021 rapporte d'ailleurs une augmentation des espaces physiologiques au sein des maternités (40,1% en 2016 versus 69,3% en 2021)(2). Face à ce constat, des structures dédiées à la physiologie ont vu le jour, comme par exemple avec l'expérimentation des maisons de naissance en 2014 par HAS (12). Il est donc intéressant de comprendre comment les sages-femmes qui vont être confronté de plus en plus à la physiologie y sont formées.

Biais

La majorité des sages-femmes ayant répondu à notre demande d'entretien avaient un intérêt et une attirance pour la physiologie. Nous n'avons donc pas pu questionner de sages-femmes pouvant porter un intérêt moindre à ce sujet - ce qui constitue un des biais de notre étude.

Un des autres biais repérés dans cette étude est le biais de mémoire, bien que minime du fait du choix d'interroger des néo-diplômés à moins d'un an du diplôme. Nous avons pu remarquer que certains avaient oublié des cours dont ils avaient pu bénéficier.

Les entretiens ont dû être réalisés en visioconférence du fait du choix d'interroger des sages-femmes exerçant et étant diplômées de différentes écoles. Si ce choix nous a permis d'obtenir une variabilité des profils, il a également créé un biais. En effet, la visioconférence ne permet pas toujours une analyse précise du fait de la difficulté de recueillir des informations de l'ordre de l'infra-verbal.

3.2 Impression de ne pas être assez formé

Durant nos entretiens, nous avons remarqué que les néo-diplômés ont pour beaucoup le sentiment de n'être « *pas préparé à prendre en charge des accouchements physiologiques, sans péridurale* » (SF8). Sentiment qui ressort également dans la thèse de Catherine Thomas, qui décrit que les jeunes diplômés ont pour beaucoup la sensation de manquer d'expérience en ce qui concerne la non-médicalisation de l'accouchement (13). Mais pourquoi ce ressenti, alors que la sage-femme est garante de l'eutocie ?

3.2.1 Sentiment de compétence

Il est difficile de comprendre si le sentiment de compétence provient de la formation ou bien de la capacité à croire en soi. En effet, certains néo-diplômés peuvent ne pas se sentir prêts du fait d'un manque d'expérience sans que cela ne remette en cause leurs capacités ou leur formation. C'est en pratiquant que l'on acquiert de l'expérience et que l'on développe, ce faisant, un sentiment de compétence.

Si les néo-diplômés disent ne pas se sentir « *préparés* » à l'accouchement physiologique, cela veut-il dire qu'ils n'ont pas les compétences professionnelles de cette prise en charge ? Et qu'est-ce, finalement, que la compétence professionnelle ?

La compétence professionnelle est la capacité ou l'aptitude utilisée dans le cadre d'un poste pour accomplir correctement une ou plusieurs tâches. Les compétences professionnelles d'un individu, prises dans leur ensemble, lui permettent d'être efficace et performant au sein de son poste. Elles comportent ainsi des connaissances théoriques, des compétences techniques (par exemple, dans le cadre du métier de sage-femme, l'analyse du rythme), mais également des compétences comportementales (telles que l'empathie ou l'adaptabilité). Ces compétences ne sont pas fixes dans le temps. En effet, elles s'acquièrent tout au long du parcours scolaire et professionnel, mais aussi du parcours de vie (14). Or, nous verrons que la physiologie représente un stress chez les sages-femmes. De plus, l'organisation de l'hôpital et des stages ne permettent pas toujours une pratique de celle-ci pour les étudiants. Enfin, il ressort des entretiens menés que les connaissances théoriques sont parfois perçues comme insuffisantes. Comment transmettre alors les compétences techniques de la physiologie aux futurs professionnels ?

3.2.2 Physiologie, un stress pour certaines sages-femmes ?

Un paradoxe

« Alors qu'on est les gardiennes de la physio, normalement. La sage-femme s'occupe de quand c'est du physio, puis, appelle le médecin quand c'est patho » (SF13).

La profession de sage-femme se retrouve donc dans ce paradoxe d'être responsable de la physiologie mais avec un sentiment de ne pas y être préparée.

Sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Elle est spécialiste de la physiologie et doit adresser ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie, conformément à l'article R4127-361 du Code de la santé publique (15). Cependant, la limite entre la pathologie et la physiologie est parfois fine. Ce qui peut être à l'origine de l'éloignement du cœur du métier : la physiologie. Lors des entretiens, plusieurs sages-femmes ont fait remarquer ce paradoxe : « sage-femme, de base, la définition du métier, c'est la garante de la physiologie. Donc, ne pas être préparée à un accouchement physiologique, c'est le comble quand même » (SF8). Et insistent ainsi sur la vocation du métier de sage-femme qu'est la physiologie, comme pour rappeler une évidence oubliée.

Mais pourquoi cet oubli ? Durant notre entretien, SF4 nous a expliqué son opinion sur cet éloignement d'une partie de notre métier.

« Nous, on nous apprend à être des assistants du médecin, mais pas à être des sages-femmes. Parce que si tu regardes la vraie définition de la physiologie de la sage-femme, ce n'est pas ce qu'on nous apprend. On nous apprend à déborder sur des compétences qu'on a acquises et qu'on a le droit de faire, heureusement. Mais ce n'est pas ça notre métier principal. Il faut se le rappeler. C'est dû à l'évolution et l'organisation de l'hôpital ça. Et si tu vas dans d'autres pays, c'est l'organisation et la façon de penser qui est différente. C'est juste que nous, on est bridé par le passé, par la peur, par plein de trucs. » (SF4)

Elle évoque l'évolution de la profession de sage-femme en France, mais également l'évolution de l'organisation de l'hôpital ainsi que de la formation pour devenir sage-femme qui, selon elle, fait qu'aujourd'hui en France, la sage-femme s'éloigne de la physiologie.

Autrefois, l'accouchement se déroulait à domicile, en petit comité, dans l'intimité. Puis, peu à peu, avec les progrès médicaux, l'accouchement s'est déplacé dans les hôpitaux. Les sages-femmes ont suivi et se sont retrouvées sous la supervision des médecins. Dans les années cinquante, se développe une méthode dit « l'accouchement sans douleur (ASD) » par le Dr Lamaze. Elle consiste à enseigner à la femme les mécanismes d'accouchement ainsi que des techniques corporelles pour l'aider à contrôler et gérer sa douleur(16). Si aujourd'hui les séances de préparation à l'accouchement permettent d'apprendre aux femmes comment se déroule un accouchement, on ne parle que peu, voire pas du

tout, de techniques corporelles pour la gestion de la douleur. Cela étant dû, à prise en charge plus technique de l'accouchement avec une utilisation de la péridurale quasiment systématique. Cependant, ces techniques corporelles telles que l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture et bien autres se redéveloppent aujourd'hui, du fait de ce regain d'intérêt pour la physiologie.

Dans son ouvrage, Catherine Thomas parle de cette évolution des pratiques autour de l'accouchement et, notamment, de la médicalisation de celui-ci qui a conduit à « *Trois centimètres, péri, rupture, Synto* » (17). Elle évoque ainsi la perte d'autonomie des sages-femmes du fait des protocoles hospitaliers et de la supervision des médecins.

Ainsi, la profession a dû évoluer pour répondre à des nouvelles organisations de la santé (hospitalo-centré), mais également pour s'adapter à la demande des femmes. La démographie médicale et les revendications professionnelles ont également augmenté les compétences des sages-femmes qui sont devenues plus « techniciennes » pour répondre aux différents besoins. Elles ont dû s'adapter. La formation a dû répondre à cette acquisition de nouvelles compétences et est passée de 3 à 4 puis 5 et bientôt 6 années d'études, avec un programme qui évolue également. Certaines thématiques ont été ajoutées (par exemple les violences faites aux femmes ou les addictions) et d'autres ont été diminuées ou traitées d'une autre façon. Accompagner des patientes sans APD et rester avec elles lorsqu'elles ont mal ne faisait plus partie de la norme de l'accouchement, la pratique s'est ainsi perdue. Elle s'est recentrée sur la norme de l'accouchement médicalisé, plus courant et donc le besoin de maîtriser cette prise en charge s'est intensifié.

Perception de la physiologie

Aujourd'hui, les jeunes sages-femmes mais aussi les femmes veulent se réapproprier cette pratique de l'accouchement physiologique tout en conservant une sécurité. Mais, si d'un côté les néo-diplômés parlent d'un intérêt personnel pour la physiologie et ont cette volonté de participer à cette prise en charge, ils soulignent également que cette vision de la physiologie n'est pas partagée par toutes les sages-femmes. Ils ressentent, lors de leur formation, que la prise en charge des « *dames qui ont un projet de naissance sans péridurale, elles embêtent* » (SF8). Mais pourquoi ce sentiment est apparu alors que par le passé la sage-femme s'occupait de l'accouchement physiologique ? En effet, comme l'expliquent les sages-femmes « *c'est une organisation et une façon de penser qui est différente lors de l'accouchement physio* » (SF4) et effectivement le « *Sans péri* », *c'est une autre gestion.* » (SF3).

Dans son article, Danièle Carricaburu évoque l'absence de cri en salle de naissance. En effet, la péridurale en France est un moyen de gestion de la douleur fortement utilisé. Son utilisation concerne la majorité des accouchements, ce qui a conduit à une disparition des cris pendant celui-ci. Dans son article, elle cite M. Akrich et B. Pasveer qui le soulignent ainsi : « *L'obstétrique évoluée ne tolère plus*

la femme sauvage, inaccessible, déchaînée dans la douleur »(18). Ainsi, les professionnels n'ont plus l'habitude de la gestion de la douleur, les cris perturbent la norme de la salle d'accouchement. Ils font référence à « l'animalité » de la naissance et de la femme. La physiologie, c'est le retour à l'instinct primaire de la femme, « *c'est animal. C'est vraiment humain. C'est tu ressens, tu vois le corps, tu vois vraiment les contractions de la dame, sa respiration* » (SF12). Si SF12 décrit la physiologie comme quelque chose d'« *animal* », elle le définit également comme « *humain* ». En effet, la physiologie demande un accompagnement personnalisé auprès de la femme, avec un professionnel présent pour soutenir, encourager et sécuriser la naissance. C'est ainsi qu'une relation de confiance se crée entre la sage-femme et la femme.

La physiologie fait peur en France. Les sages-femmes qui la pratiquent peuvent se sentir à part « *j'ai l'impression de passer pour une extraterrestre* » (SF4). Pour certaines, elle est même perçue avec une dimension mystique : « *Pour mes collègue (...) c'est un peu de la sorcellerie* » (SF9). Mais, si dans nos entretiens, les néo-diplômés ressentent de la part des sages-femmes une crainte de la physiologie, Yvonne Knibiehler, dans son livre, décrit un intérêt pour ce côté mystique : « *Plusieurs avouent avoir été attirées par un fantasme de puissance magique : être fée et sorcière, au centre de la vie, de l'amour, de la mort* » (19).

Ainsi, la physiologie est une pratique différente de l'accouchement. Une autre vision de celui-ci, qui n'est pas partagée de tous. Perçue comme mystique par beaucoup, sa pratique ne convient pas à tout le monde.

La médicalisation de l'accouchement est en partie due à la vision que porte la France sur celui-ci : une vision centrée sur le risque. En effet, elle considère que tout accouchement comporte des risques et est susceptible de déboucher sur la pathologie. Elle qualifie ainsi qu'« *un accouchement peut être normal, seulement deux heures après la naissance* » (20). L'organisation de la naissance se fait donc avec une hiérarchisation du risque qui a conduit à la création des maternités de type I, II ou III en fonction de celui-ci. La physiologie se définit donc par la pathologie. Cette caractérisation de la physiologie s'est d'ailleurs ressentie lors de nos entretiens. Même si les néo-diplômés proposent une définition complète de celle-ci, elle qualifie l'accouchement de « *sans pathologie* » (SF9). Elle s'apprend ainsi à travers la pathologie en France. A l'opposé, les Pays Bas ont une vision différente : l'accouchement selon eux ne suppose pas d'intervention médicale particulière. Ils séparent donc les situations normales des situations pathologiques ou à risques. Ils définissent la normalité de l'accouchement pendant la grossesse, contrairement à la France qui attendra la naissance (20). En France, il y a néanmoins les suivis A qui concernent les grossesses avec peu de facteurs de risque et qui sera suivi, selon le choix de la patiente, soit par une sage-femme, soit par un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste. Et les suivis B où le suivi se fera uniquement avec un

gynécologue obstétricien car celui-ci comporte plus de risques. Aux Pays-Bas, l'accouchement normal aura lieu à domicile (si celui-ci se situe à moins de 30min de l'hôpital) ou en « polyclinique ». S'il présente des risques ou des antécédents particuliers, il aura lieu à l'hôpital. La physiologie et la pathologie sont ainsi bien distinguées et chacune est gérée par un professionnel spécifique. La sage-femme s'occupe donc de l'accouchement physiologique et elle ne peut recourir à aucun des dispositifs techniques inévitables en France tels que le monitoring en continu, la perfusion, la péridurale. Elle devient donc experte en physiologie, contrairement en France où, face à la culture du risque, celle-ci le pratique peu. Cette répartition des accouchements n'induit pas plus de risques pour la mère. Il ressort ainsi de l'étude « La mortalité maternelle en France est-elle toujours plus élevée que dans les autres pays européens ? Mise au point avec des données de routine » que les hémorragies sont deux fois plus fréquentes en France qu'au Royaume Uni et aux Pays Bas(21). En ce qui concerne le risque pour l'enfant, le taux de mortalité périnatale à terme n'est pas différent des autres pays européens.(22)

3.2.3 Organisation de l'hôpital en France

L'HAS recommande pour l'accouchement physiologique un praticien par femme(10). Cependant, les effectifs de sages-femmes actuellement présents en maternité sont insuffisants pour suivre ces recommandations. Selon le décret no 98-900 du 9 octobre 1998 pour une maternité réalisant moins de 1000 naissances par an, seule une sage-femme doit être affectée en permanence en salle de naissance. Et, au-delà de 1000 naissances par an, l'effectif de sages-femmes est majoré d'un poste à temps plein pour 200 naissances supplémentaires(23). Cela rend difficile en France la pratique de l'accouchement physiologique à l'hôpital. Les sages-femmes se retrouvent donc à suivre plusieurs femmes en simultané, ce qui entraîne un monitoring continu et une réduction de la mobilisation des femmes. Qui plus est, l'effectif attribué par ce décret ne prend pas en compte la charge de travail des consultations obstétricales d'urgence qui sont, pour la plupart des maternités, gérées par la sage-femme de salle de naissance. Les différents organismes de professionnels autour de la naissance dont le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) réclament une augmentation des effectifs pour une meilleure prise en charge materno-fœtale. Ils préconisent, au vu de la littérature, d'avoir deux sages-femmes pour deux accouchements par jour, plus une sage-femme supplémentaire pour assurer les consultations obstétricales et gynécologiques selon les organisations non programmées (24).

3.2.4 Les Stages

Lors de la formation des sages-femmes, chaque école est rattachée à une maternité. Les maternités école se situant pour la plupart dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), elles sont des types

III ou IIb. Elles sont donc, par définition, spécialistes de la pathologie en accueillant les grossesses à risques. En effet, le type I possède un service d'obstétrique, le type IIa possède en plus un service de néonatalogie, le type IIb a un service de soins intensifs néonataux et le type III dispose des trois services précédents d'obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux ainsi que d'un service de réanimation néonatale (25).

La majorité des stages ont donc lieu dans ces maternités-écoles. Cependant, comment enseigner la physiologie dans des maternités qui accueillent les grossesses à risques ?

Comme nous l'avons vu, la frontière est fine entre la physiologie et la pathologie. La sage-femme doit ainsi maîtriser la physiologie tout autant que la pathologie. Pour bien les maîtriser, la pratique tout au long des études est donc primordiale. Il est ainsi nécessaire d'avoir une diversité des stages avec des pratiques différentes à chaque instant des études de sage-femme pour se confronter à la physiologie et la pathologie. Qui plus est, la sage-femme se doit de répondre aux besoins des femmes, qui aujourd'hui sont de plus en plus nombreuses à vouloir accoucher de manière physiologique. L'accès à l'offre de soins doit donc être diversifiée, pour permettre aux femmes de choisir de façon autonome le parcours de soins qui leur correspond (13). Et pour cela les sages-femmes doivent être préparées à répondre aux différents besoins des femmes.

Aujourd'hui, la formation est en alternance avec des périodes de cours au sein de l'école et des périodes de stages qui ont lieu dans différents services tels que la salle d'accouchement, les suites de couches, la grossesse pathologique qui sont les principaux terrains de stage. Mais les étudiants sages-femmes vont également en gynécologie et néonatalogie et encore d'autres services. Même si la majorité des stages se déroulent dans les maternités école, les étudiants ont également l'occasion de fréquenter d'autres lieux de stages. Ils ont donc l'opportunité de découvrir une grande richesse de pratiques durant leur formation. Mais encore faut-il qu'ils puissent avoir accès à certaines structures où la physiologie est la pratique courante.

Les étudiants sont donc confrontés à des intervenants multiples, que cela soit en stage ou en cours. Cela implique une plus grande richesse dans la formation, grâce à l'expérience de chaque intervenant, mais donne également un vécu des pratiques plus aléatoire pour l'étudiant en fonction des expériences qu'il croisera (26). En effet, certains rencontreront des professionnels plus axés sur la physiologie alors que d'autres rencontreront des professionnels plus axés sur la prise en charge de la pathologie.

Les étudiants créent leur pratique à travers celle des professionnels qu'ils rencontrent. *« C'est en discutant avec chacune et en assistant aussi à des accouchements en tant qu'étudiante que j'ai appris »*

nous précise SF13. La néo-diplômée s'est inspirée des différentes pratiques qu'elle a pu croiser « *en prenant un peu de chacune* ». Ainsi, chaque étudiant sage-femme façonne sa pratique, son expérience au gré des rencontres et des opportunités professionnelles qui lui sont propres. La diversité de ces expériences lui permet donc de bénéficier d'une formation riche.

Dans leur article, L. Abensur et D. Chevalier, parlent du conflit d'identité professionnelle entre les différentes générations en fonction de la formation qu'elles ont reçues, celle-ci ayant beaucoup évolué. En effet, la profession est devenue de plus en plus technique comme on a pu le voir avec la médicalisation de l'accouchement. Cette différence est également valable au sein d'une même génération (26). Comme nous venons de le souligner, les étudiants ont chacun leur propre expérience de stage et donc l'influence personnelle et professionnelle dont ils ont bénéficié construit leur identité de sage-femme. Ainsi, d'un côté certaines sages-femmes aspirent à élargir leurs compétences techniques ; tandis que d'autres désirent revenir aux fondements essentiels de leur métier, l'accouchement physiologique. Tout comme certaines femmes feront le choix de la péridurale et d'autre de la physiologie. Nous avons ainsi différents profils de sages-femmes pour différents profils de femmes.

Dans son mémoire, Tiffany Villet parle de la construction de l'identité professionnelle et indique qu'il s'agit d'un processus continu, dynamique et interactif qui évolue au cours de la vie en fonction des différentes interactions. Lors de l'apprentissage d'un métier, l'individu assimile les normes de sa future profession pour construire cette identité. Elle s'actualise et change en fonction de l'environnement professionnel et des interactions avec les différentes sages-femmes. Cette identité se construit ainsi au contact de la réalité du terrain et de l'appropriation des compétences (27).

Lors de nos entretiens, nous avons pu voir l'impact que pouvait avoir certains professionnels : « *Pendant mes études (...), elle (une sage-femme présente lors d'un stage) m'a énormément formée, énormément confortée, orientée et encouragée, poussée dans ce truc de « Rappelle- toi toujours que nous, notre travail, c'est de faire de la physio* » (SF2). Ils jouent ainsi un rôle dans la création de cette identité. Les étudiantes s'inspirent donc auprès des sages-femmes lors de leur stage, elles s'identifient à leur pratique, s'en emparent pour construire leurs propres pratiques. En effet, les étudiants sage-femmes vont s'approprier ce que le professionnel va leur « apporter » et ainsi choisir de lui ressembler ou bien au contraire d'aller à l'encontre. Tout comme les sages-femmes, les patientes, les étudiants sages-femmes seront plus ou moins attirés par la physiologie, en fonction de ce qui correspond à leur vision de leur future profession.

3.2.5 Sentiment d'un apport théorique insuffisant et pas assez concret

Ainsi que nous avons pu le voir dans la partie résultat et analyse, seulement une partie de la physiologie est abordée en cours. De plus, elle est abordée comme une introduction à l'accouchement, sans pour autant former les étudiantes à la réalisation concrète d'un accouchement physiologique. Les écoles n'abordent pas ou peu la globalité de l'accouchement physiologique. SF13 l'a d'ailleurs relevé : « *A l'école, on apprend la physiologie, mais en deuxième et troisième année, mais on ne nous apprend pas à gérer dans la définition qu'on a pris ici.* ».

Anabelle Viau-Guay explique que l'apprentissage professionnel comprend les savoirs théoriques, les savoirs pratiques et les savoirs d'autorégulation. L'apprentissage professionnel a ainsi pour objectif d'enseigner à l'apprenant un savoir théorique qui lui sera bénéfique pour sa pratique mais également de lui expliquer le savoir pratique en le conceptualisant avec des connaissances théoriques. Cet apprentissage peut se faire en illustrant des concepts théoriques par la pratique, avec notamment l'utilisation par les enseignants d'anecdotes ou d'exemples tirés de leurs pratiques pour illustrer la théorie permettant ainsi de rendre ces deux savoirs plus concrets (28). La formation de sage-femme est un apprentissage professionnel, elle doit donc allier pratique et théorie. Or, à travers nos entretiens on a pu constater que celle-ci n'était toujours pas très développée. Il serait donc pertinent de permettre aux étudiants d'avoir accès à ce savoir, grâce à des professionnels pratiquant régulièrement la physiologie. Ainsi, ils pourront illustrer la physiologie avec leurs propres expériences, leur proposer une réflexion autour de cette expérience et même créer une mise en pratique (grâce par exemple à des TD) – ce qui permettra aux étudiants de réutiliser cet enseignement dans leur pratique en stage puis en tant que professionnel. Ainsi, tout comme la sage-femme échographiste initie les étudiants à l'échographie de base (présentation, quantité liquide amniotique), la sage-femme de la filière physiologique ou de maison naissance initie à la physiologie. C'est ensuite aux futurs professionnels de choisir de réaliser ou non, un diplôme ou une formation complémentaire. L'objectif de la formation initiale est donc de donner des bases solides sur les différentes expertises possibles du métier de sage-femme, pour qu'ensuite le professionnel choisisse son domaine d'expertise.

3.3 Enjeux et difficultés de la formation sur la physiologie

La physiologie contribue au bien-être de la mère et de l'enfant. Elle permet de replacer la mère au centre de son accouchement, de lui redonner sa place et sa compétence. Elle sait accoucher !

Dans un contexte où le désir d'accouchement physiologique est grandissant chez les futures mères, comment l'enseignement des étudiants sages-femmes pourraient-ils répondre à ses besoins ?

3.3.1 Volonté d'être mieux formé

Les néo-diplômées ont exprimé le souhait d'être mieux formées à l'accouchement physiologique. Elles demandent au sein de leur maternité à y être préparées en exprimant un besoin de formations complémentaires sur le sujet : *« j'ai demandé dans la maternité où je travaille la formation (Bernadette) De Gasquet »* (SF3).

Cette volonté d'être mieux formée, remontée de façon unanime lors de nos entretiens provient d'un intérêt personnel des sages-femmes. En effet, lors de cette étude, les néo-diplômées qui se sont portées volontaires avaient toutes un attrait pour la physiologie. Lors de ces entretiens, l'une d'elles a souligné l'importance de cet intérêt *« J'ai l'impression qu'on apprend ce qu'est la physiologie, seulement si on a la volonté de comprendre et de s'intéresser à ce sur quoi elle repose. »* (SF9). En effet, c'est en se confrontant à la prise en charge que l'on se forme. Or, pour se positionner sur ces accouchements, cela doit souvent provenir d'une démarche personnelle. Et c'est en pratiquant que l'on déconstruit ses craintes vis-à-vis de ce type de prise en charge : *« Me positionner sur ce type d'accouchement, cela m'a fait moins peur maintenant que j'ai pu en croiser plusieurs »* (SF12).

Et d'autres insistent plus sur l'apprentissage par l'expérience, *« j'ai appris sur le terrain, en devenant sage-femme »* (SF8).

Dans son mémoire, Héloïse Hess retrouve ce sentiment de vouloir être plus formée à la physiologie. En effet, elle constate qu'un peu moins de la moitié des sages-femmes qu'elle a interrogé ressentent un manque de connaissance sur le sujet. Elle remarque également que 66,6% réaliseront après leur diplôme une formation complémentaire sur la gestion de la douleur et que 73,1% trouvent que les connaissances apprises lors de leur cursus pour devenir sage-femme ne sont pas suffisantes pour la prise en charge de l'accouchement physiologique (29). Elle rejoint ainsi les témoignages des sages-femmes lors de nos entretiens.

Les néo-diplômés décrivent ainsi un apprentissage de la physiologie à travers les enseignements théoriques et la pratique mais aussi qu'il dépend de la volonté et des opportunités créées par leurs écoles mais surtout par leurs intérêts personnels sur le sujet. C'est donc un apprentissage multifactoriel, propre à chaque étudiant et à chaque parcours.

3.3.2 Gestion de la douleur

« *Moi, on ne m'a pas préparée dans mes études à gérer une douleur sans péridurale (...). On ne t'apprend pas aussi à gérer toi, ton angoisse, ton désespoir face à une dame qui a mal* » (SF8)

A travers nos entretiens, les néo-diplômés ont parlé de leur difficulté à faire face à la douleur des mères qui accouchent. Elles ont décrit ne pas y être préparées. Et elles évoquent un sentiment d'impuissance « *voir qu'elle souffre, que toi, à côté, tu n'es rien. C'est vrai que c'est déstabilisant (...). Je me suis sentie (...) sans arme, pour l'aider* » (SF3). En effet, ainsi que nous avons pu l'aborder dans notre introduction, la douleur n'est pas neutre pour le soignant.

Le sentiment d'impuissance peut être vécu par le soignant comme une incompetence, il touche l'idéal de celui-ci et renverrait à une faute. En effet, un soignant est défini par une personne qui donne des soins à quelqu'un, il a ainsi pour vocation d'en prendre soins (7).

3.3.3 Positions d'accouchement

Bien que l'HAS préconise de laisser le choix de la position d'accouchement à la patiente, le rapport de INSERM souligne que la quasi-totalité des accouchements se déroulent en position gynécologique (87.2% au début des efforts expulsifs et 93.9% au moment de l'expulsion)(2). Ces chiffres interrogent ainsi quant à la réalité du choix laissé à la patiente ou à son bon respect. Les entretiens menés confirment cela : « *elle s'est mise spontanément sur le côté. Moi [...] néo-diplômée, je manquais d'expérience, je lui ai demandé [...] de se mettre sur les étriers, en position gynécologique.* » (SF12). La même sage-femme nous avoue par la suite « *En fait, j'ai plus pensé à moi on va dire que à la patiente* » (SF12). En effet, les positions d'accouchement, ainsi que nous l'avons vu précédemment, représentent une des difficultés ressenties lors de la prise en charge de la physiologie.

Dans son mémoire, Marylise Nesen interroge les sages-femmes sur les positions d'accouchement lors de l'expulsion. Il en ressort que plus d'un tiers des sages-femmes enquêtées n'ont pas été formées aux postures maternelles d'expulsion lors de leur formation initiale. Ce qui explique pourquoi une majorité des professionnels ne proposent que rarement voire jamais le choix de position d'accouchement à la patiente (31).

Ainsi, le manque de formation aux différentes positions d'accouchement ne permet pas de répondre à la demande des patientes. Or, il est bien établi que lorsque les femmes ont la possibilité de faire des choix et de participer aux décisions lors de l'accouchement, elles éprouvent un sentiment accru de contrôle - ce qui améliore leur expérience. Pour la patiente, prendre part aux décisions contribuerait ainsi à réduire l'anxiété associée à l'accouchement et à mieux vivre la douleur de celui-ci (32).

En France, on retrouve donc un manque de connaissance et de pratique sur les positions d'accouchement qui ne permettrait pas ou peu de laisser le choix aux femmes. En effet, comment les futures sage-femmes peuvent-elles être préparées à cette prise en charge face à une pratique majoritaire lors des stages de la position gynécologique. Il serait donc intéressant de proposer au cours de la formation l'enseignement des différentes possibilités d'accouchement. Comme le souligne Soline Fidalgo dans son article, la formation sur la diversité des positions d'accouchement est importante, que ce soit au cours du cursus initial ou en cours de carrière. Elle évoque l'intérêt des simulations sur mannequin, qui permettrait certainement aux professionnels d'éprouver moins d'appréhension et de mieux respecter le choix des femmes (33).

3.3.4 Place de l'enseignement de la physiologie dans la formation initiale

A la suite de l'adoption du projet de loi visant à l'intégration universitaire, et dans le contexte actuel de réingénierie des études de sages-femmes et de la mise en place d'un 3ème cycle d'étude et d'un statut de Maître de stage universitaire, les études de sages-femmes se trouvent remodelées. C'est donc l'occasion de retravailler sur le programme pour réintroduire une autre façon d'aborder la physiologie (34). La profession doit ainsi être préparée à répondre aux demandes des femmes. Lors de nos entretiens, les néo-diplômés ont souligné cette opportunité : « *On va bénéficier d'une sixième année, et selon moi, elle est nécessaire. Elle permettrait qu'on nous enseigne mieux, justement, la physiologie* » (SF13).

La Suisse a compris cet enjeu en réorganisant également les études de sage-femme avec un projet visant à faire expérimenter aux étudiants le suivi global. Elle déclare « nous ne formons pas les sages-femmes pour qu'elles exercent uniquement à l'hôpital » (35). Ainsi, en France, face à l'émergence de structures pratiquant le suivi global tels que les maisons de naissances ou les pôles physiologiques, il est nécessaire de préparer les sages-femmes qui souhaitent s'orienter dans cette pratique de l'accouchement pour répondre aux besoins des femmes. La formation initiale permettrait d'initier à la physiologie les étudiants pour leur montrer toutes les facettes de ce métier et de les orienter vers la pratique qui leur correspond.

Qui plus est, la physiologie peut également se retrouver à l'hôpital, comme cela a été le cas pour la plupart des pratiques décrites par les néo-diplômés. Ainsi, même les sages-femmes n'ayant pas vocation à se spécialiser dans la physiologie doivent être un minimum préparées pour répondre à la demande des femmes. Il semble donc important d'évoquer la gestion de la douleur, de pratiquer les différentes positions d'accouchement, d'avoir des cours sur la physiologie par des sages-femmes expertes sur le sujet et de permettre aux étudiants de réaliser des stages en maisons de naissances ou pôle physiologique.

Les écoles devraient donc ajuster leur programme pour permettre au sages-femmes de bénéficier d'une formation complète qui leur permettra de découvrir les différents aspects de leur métier, pour ensuite suivre des formations complémentaires en fonction de leurs projets professionnels.

Conclusion

La pratique de la physiologie séduit de plus en plus de femmes mais également de plus en plus de sages-femmes. C'est donc dans ce contexte que les maisons de naissances et les pôles physiologiques ne cessent de se développer en France. La physiologie devenant de plus en plus courante, il est nécessaire d'y préparer les future sages-femmes.

A travers notre travail, nous avons soulevé un paradoxe : la sage-femme est gardienne de l'eutocie, elle doit préserver la physiologie de l'accouchement. La physiologie reste minoritaire face à la norme de l'accouchement médicalisé avec une péridurale. Proposant une autre vision de la naissance, sa pratique n'est pas partagée par tous. Elle demande du temps, de l'adaptation et surtout de l'anticipation. La sage-femme doit, au cours de la prise en charge, accompagner les femmes, préserver la physiologie de la pathologie en anticipant les risques pour maintenir la sécurité du couple materno-fœtal. Son rôle est également de soutenir les mères dans la gestion de la douleur. Or, la douleur n'est pas neutre pour le soignant. Il doit donc apprendre à y faire face et l'accepter, pour accompagner les femmes dans cette démarche.

Nous avons pu constater que la physiologie était peu abordée lors des études de sage-femme. Effectivement face à une organisation de l'hôpital, souvent en sous-effectifs, la physiologie se pratique peu. Les étudiants se retrouvent ainsi à peu la pratiquer et les écoles abordent le sujet de façon superficielle. On a pu constater que les sages-femmes interrogées se sentaient peu préparées à l'accouchement durant leur formation. Notamment, dans la gestion des positions d'accouchement lorsque celles-ci étaient différentes de la position gynécologique.

Si les néo-diplômés mettent en avant leur sentiment d'être insuffisamment formés à la physiologie, ils montrent, malgré les difficultés rencontrées, des compétences à y faire face notamment lors de la gestion de la douleur. Ainsi, malgré un sentiment d'impuissance, ils ont pu proposer diverses ressources aux femmes qu'ils accompagnaient. Ces compétences semblent provenir d'une démarche personnelle de l'étudiant qui, en créant son identité professionnelle autour de la physiologie, a su se positionner sur la prise en charge. Pour certains, les écoles ont participé à cette acquisition en les initiant à la physiologie, sous des formats parfois différents (portefolio, stage obligatoire, conférence...).

Face à une théorie perçue comme insuffisante et de faibles opportunités de mise en pratique, il serait intéressant de proposer aux étudiants un enseignement de la physiologie par des professionnels experts dans ce domaine, mais également des TD pour échanger sur cette pratique entre étudiants et enseignants. L'incitation et l'opportunité de stages variés avec différentes pratiques serait également primordiale pour initier les étudiants à la physiologie.

Ainsi, face à un regain d'intérêt pour la physiologie, la réorganisation des études de sage-femme avec la création d'un 3ème cycle et le statut de maitre de stage pourraient donner l'opportunité d'améliorer cet apprentissage. Il serait intéressant de mener une étude comparative sur la formation à la physiologie proposée aux néo-diplômés avant la réforme et celle qui sera proposée aux néo-diplômés après la réforme (donc diplômés en 2030).

Bibliographie

1. Arnal M. Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. Genre, sexualité & société [Internet]. 20 déc 2016 [cité 13 janv 2023];(16). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3870>
2. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
3. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017;47.
4. éditeur P. Physiologie de l'accouchement: le CIANE donne sa position [Internet]. CIANE. 2015 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://ciane.net/2015/07/physiologie-accouchement/>
5. Evrard A. Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. Périnatalité. 2021;13(3):116-21.
6. Verdino S, Azcue M, Maccagnan S. La péridurale, entre émancipation et norme. La Revue Sage-Femme. 1 mai 2015;14(2):45-9.
7. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2013;12(4):201-6.
8. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 30 août 2023]. La formation initiale. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
9. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.
10. CNSFL-2018-Reco-HAS-sur-l'accouchement-normal.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.profession-sage-femme.com/wp-content/uploads/2018/12/CNSFL-2018-Reco-HAS-sur-l'accouchement-normal.pdf>
11. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Histoire de la profession. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
12. cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
13. Thomas C. ACCOUCHER EN FRANCE AUJOURD'HUI. Les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée. [Internet] [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Anthropologie]. Université de La Réunion - École Doctorale Sciences Humaines et Sociales; 2016. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01488894v2/document>
14. Compétences professionnelles : bien les comprendre pour les maîtriser [Internet]. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.riseup.ai/fr/blog/competences-professionnelles-guide>

15. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Les compétences des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
16. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du xx^e siècle. *Spirale*. 2008;47(3):21-6.
17. Thomas C. 1. Évolution de la formation des sages-femmes et des conditions d'accouchement. In: Sage-femme, gardienne de l'eutocie [Internet]. Toulouse: Érès; 2022 [cité 7 mars 2024]. p. 29-79. (Trames). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sage-femme-gardienne-de-l-eutocie--9782749273440-p-29.htm>
18. Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*. 1 avr 2005;47(2):245-62.
19. Knibiehler Y. Chapitre 4. Les apprentissages. In: Accoucher [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2016 [cité 18 mars 2024]. p. 73-86. (Métiers Santé Social; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/accoucher--9782810904488-p-73.htm>
20. Akrich M. Soins périnataux: avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. *Journal de Gynécologie Obstétrique*. 1998;2(27):197-204.
21. Kaboré A, Mésenge C, Bouvier-Colle MH. La mortalité maternelle en France est-elle toujours plus élevée que dans les autres pays européens ? Mise au point avec des données de routine. *Rev med perinat*. déc 2009;1(4):213-8.
22. de Jonge A, Baron R, Westerneng M, Twisk J, Hutton EK. Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: A secondary analysis of Euro-PERISTAT data. *Midwifery*. 1 août 2013;29(8):1011-8.
23. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/>
24. Sentilhes L. Ressources humaines nécessaires (et décalage par rapport aux ressources disponibles) Pour les activités non programmées [Internet]. Propositions collégiales du CNGOF/SFAR/SFMP/SFN/CNSF/CARO présenté à; 2022; Bordeaux CHU. Disponible sur: <https://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2022/11/Ressources-humaines-et-enque%CC%82te-Octobre-2022v2.pdf>
25. Liste des maternités de France au 31 décembre 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/liste-des-maternites-de-france-au-31-decembre-2020>
26. Abensur L, Chevalier D. La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement. *La Revue Sage-Femme*. 1 déc 2008;7(6):333-41.
27. Villet T. Construction de l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes [Internet] [Mémoire diplôme d'Etat de sages-femmes]. Université de Caen; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01868154v1/document>

28. Viau-Guay A. L'intégration des savoirs théoriques, pratiques et d'autorégulation chez les apprenants : analyse de l'activité d'enseignants en formation professionnelle et contribution à la formation à l'enseignement. Activités [Internet]. 15 oct 2014 [cité 22 mars 2024];11(2). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/activites/965>
29. Hess H. Projet d'accouchement physiologique : Formations et ressources mobilisées par les sages-femmes dans le contexte actuel [Internet] [Diplôme d'Etat De Sage-femme]. Université de strasbourg, faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé; 1999. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2022/MED/2022_HESS_Heloise.pdf
30. Lemay C. La mise au monde: Revisiter les savoirs. Les Presses de l'Université de Montréal; 2017. 166 p.
31. Nésen M. Gestion du travail d'accouchement: pratiques déclarées par les sages-femmes d'Auvergne [Mémoire, diplôme d'Etat sages-femmes]. Université de Clermont-Férrant; 2013.
32. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. Women and Birth. 1 déc 2013;26(4):e99-104.
33. Fidalgo S. Position d'accouchement, respecter le choix des patientes. Sages-Femmes. 1 janv 2023;22(1):39-42.
34. LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (1). 2023-29 janv 25, 2023.
35. Obstetrica [Internet]. [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: <https://obstetrica.hebamme.ch/fr/profiles/3f957b8ee011-obstetrica/editions/obstetrica-5-2023/pages/page/24>

Annexes

Annexe I : synopsis

PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse



Auteur : Laurine Leboyer

Date de ce synopsis : 07/03/23

Directeur de recherche : Myriam LIVAIN, sage-femme

Titre provisoire : Comment la formation initiale prépare aujourd'hui en France les sages-femmes de demain à prendre en charge un accouchement physiologique (sans APD) ?

Constat / Justification / Contexte / Problématique : De nos jours, les sages-femmes sont régulièrement confrontées à des patientes qui souhaitent un accouchement le plus physiologique possible, excluant de fait le recours à la péridurale. L'accompagnement de ces patientes dans leur projet de naissance se place au cœur de la profession de sage-femme. Mais il peut advenir que cela nécessite d'avoir les ressources nécessaires à cet accompagnement.

Lors de mes stages, j'ai entendu que certaines sages-femmes redoutent ce cas de figure. J'ai d'ailleurs pu expérimenter la difficulté à accompagner une patiente dans son projet sans péridurale. En effet, être témoin de la douleur de l'autre n'est pas neutre pour le soignant. En 2021, Anne Evrard expliquait que « Si une équipe ajustée à leurs besoins soutient et redonne confiance aux couples, on voit combien la réaction des professionnels peut porter atteinte à leur sentiment de sécurité, à leur image personnelle et au ressenti même de la douleur... » (1). En effet aujourd'hui, accoucher sans péridurale peut être paraître incohérent par rapport aux possibilités modernes de gestion de la douleur. Actuellement, environ 80% des accouchements se font sous anesthésie locaux régionale, les femmes faisant le choix de s'en passer semblent en décalage avec la norme actuelle.(2)

Pour les soignants, ne pas pouvoir gérer la douleur de l'autre n'est pas aisé, cela peut leur renvoyer un sentiment d'impuissance qu'évoque Ophélie Méchin dès 2013 : « Le sentiment d'impuissance est fréquent face aux patients en souffrance. Souvent vécu comme incompetence, il attaque l'idéal que les soignants se forgent de leur profession : le sentiment d'impuissance renverrait à une faute »(3). De plus cet accompagnement nécessite une modification des repères de surveillance du couple mère-enfant que ce

soit au niveau du rythme cardiaque fœtal fait en discontinu ou de la présence à auprès des femmes pour les soutenir dans leur projet ou également des positions d'accouchement : « L'accouchement sans péridurale nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, adaptation variable selon l'anxiété et l'adhésion de la sage-femme au projet de naissance. » (2) Avec l'évolution de la demande des patientes, la formation (initiale ou continue) peut-elle apporter des outils pour répondre à ces besoins.

Problématique : Comment la formation initiale prépare –t-elle aujourd'hui en France les sages-femmes de demain à prendre en charge un accouchement physiologique (sans APD) ?

Cadre conceptuel, données de la littérature : ☒ Sociologique

Objectif(s) de recherche :

Principal : Comprendre les déterminants qui renforcent le sentiment de compétence des SF à accompagner des femmes lors d'accouchement sans APD

Méthodologie / Schéma de la recherche : ☒ Qualitatif

Trame d'entretien si recherche qualitative :

- Donnez-moi votre définition de l'accouchement physiologique
- Racontez-moi votre première prise en charge d'un accouchement physiologique
- Comment avez-vous été formé à l'accouchement physiologique ?

Population cible et modalités de recrutement :

- Les jeunes sages-femmes exerçant en salle de naissance travaillant dans différentes maternités de France.
- Recrutement des Ma5 entre mai et juin 2023 et réalisation des entretiens entre juillet et septembre.

Critères d'inclusion :

- Sages-femmes diplômées en 2023
- Travaillant en salle de naissance

Critères de sortie d'étude :

- Arrêt de la profession au cours de l'été
- Changement de service
- Sage-femme n'ayant pas fait accouchement physiologique

Nombre de sujets nécessaires : Jusqu'à arriver à saturation des données, environ 10 entretiens

Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :

- Entretiens à réaliser entre juillet et septembre 2023

Lieu de la recherche :

☒ Multicentrique

Justifiez de ce choix : interroger néo-diplômés de différentes écoles pour avoir différents points vus sur la formation.

Aspects éthiques et réglementaires :

☒ Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)

☒ Multicentrique (MR-004)

☒ Fiche information préalable

☒ Renseigner registre de traitement des données

☒ Signature engagement confidentialité

Promoteur :

☒ CHB

Références bibliographiques :

1. Evrard A. Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. Périnatalité. 2021;13(3):116-21.
2. Verdino S, Azcue M, Maccagnan S. La péridurale, entre émancipation et norme. La Revue Sage-Femme. 1 mai 2015;14(2):45-9.
3. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2013;12(4):201-6.

Mots clés : accouchement physiologique, accouchement médicalisé, néo-diplômés, douleur

Annexe II : trame d'entretiens

Présentation

Peux-tu me parler de toi ?

- Age ? situation familiale ? Enfants ?

Peux-tu me parler de ton parcours pour être sage-femme

- Passerelle, redoublement
- De quelle école es-tu diplômé ?

Maintenant où travailles-tu ? Types de structure ? organisation ?

Peux-tu me donner ta définition de l'accouchement physiologique ?

Pratique accouchement physiologique

Racontez-moi ton premier suivi d'accouchement physiologique (sans péridurale) en tant que sage-femme ?

- Détails position accouchement
- Pôle physio, matériel dispo
- Actions pour soulager la douleur

Comment t'es-tu senti lors de cette prise en charge ? (Avant, après, pendant)

Quelles ont été les facilités et les difficultés rencontrées ?

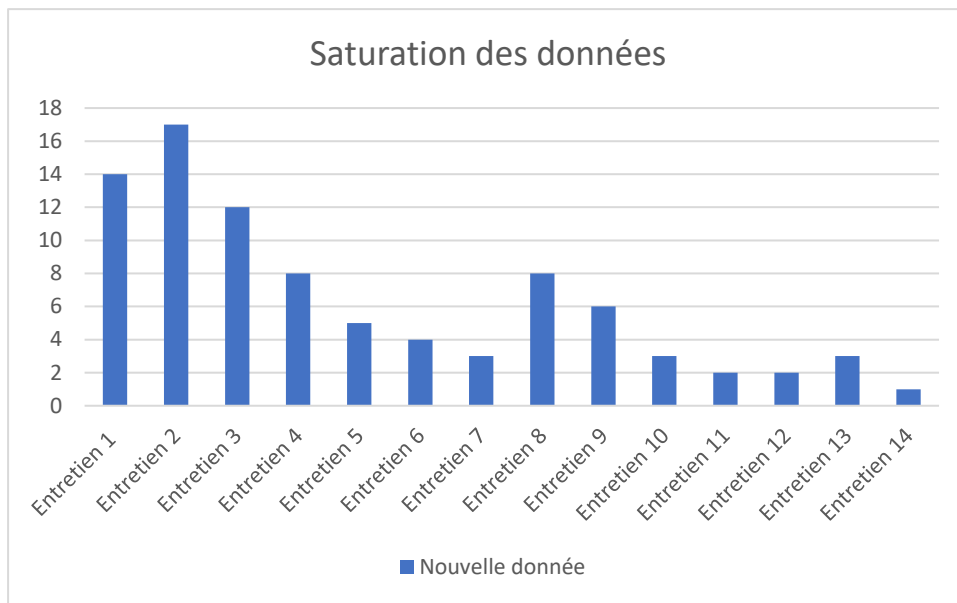
Ce qui t'a aidé ou non ?

Formation

Pendant ta formation, comment as-tu été formé à l'accouchement physiologique ?

- De quelle expérience théorique as-tu pu bénéficier pendant ta formation ?
 - As-tu bénéficié de cours spécifiques sur l'accouchement physiologique (si oui quels étaient ces cours, t'ont-ils aidé, étaient-ils suffisants et pertinents)
 - TD ?
- Et quelle expérience pratique ?
 - Dans quelle structure as-tu pu pratiquer des accouchements lors de tes études (maternité de niveau 1,2,3, maternité avec label, maternité avec pôle physiologie, maison naissance, plateau technique, accouchement à domicile, dispensaire...)
 - Stage libéral
- Qu'est-ce qui t'a été utile lors de ta formation et au contraire ce qui t'a manqué ?
- Est-ce que certaines dimensions de l'accouchement physiologique n'ont pas été abordées ou pas suffisamment lors de ta formation ?

Annexe III : diagramme saturation des données



Auteur : LEBOYER Laurine, leboyer.laurine@gmail.com	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Place de la physiologie dans la formation initiale des sages-femmes face à la norme de l'accouchement médicalisé : enquête auprès de néo-diplômés	
Résumé : <u>Introduction</u> : Aujourd'hui, de plus en plus de femmes expriment le désir d'opter pour un accouchement physiologique, c'est-à-dire sans recours à la péridurale. Toutefois, dans un contexte où l'accouchement médicalisé, avec l'utilisation courante de la péridurale, est la norme, comment la formation initiale des sages-femmes en France prépare-t-elle ces professionnelles de demain à accompagner un accouchement physiologique ? <u>Objectif</u> : L'objectif principale de notre étude est de comprendre les déterminants qui renforcent le sentiment de compétence des sages-femmes à accompagner des femmes lors d'accouchement physiologique (sans Analgésie Péridurale) <u>Méthode</u> : Il s'agit d'une étude qualitative, avec des entretiens semi-dirigés auprès de 14 sages-femmes ayant obtenu leur diplôme en juin 2023. <u>Résultat et Discussion</u> : Notre travail a montré que les néo-diplômés possèdent certaines compétences pour prendre en charge l'accouchement physiologique. Cependant, ils déclarent également rencontrer des difficultés face à la physiologie, et mettent en cause une formation initiale incomplète. Notamment lors des efforts expulsifs face aux différentes positions d'accouchements qui génèrent une perte de repère. La gestion de la douleur représente une autre difficulté ressentie, mais les néo-diplômés ont décrit plusieurs techniques pour l'accompagner. <u>Conclusion</u> : La réforme des études de sages-femmes est une occasion de revoir le programme des études et ainsi de mieux préparer les étudiants à la prise en charge de la physiologie. Notamment grâce à l'intervention de professionnels experts sur le sujet pour initier les étudiants à cette pratique au cœur de notre métier.	
Mot clés : Accouchement, physiologie, formation, prise en charge, néo-diplômé, accompagnement	

Title: The place of physiology in the initial training of midwives in the face of the medicalized childbirth norm: a survey of new graduates
Abstract : <u>Introduction</u> : Today, more and more women are expressing the desire to opt for physiological childbirth, i.e. without recourse to an epidural. However, in a context where medicalized childbirth, with the routine use of epidurals, is the norm, how does the initial training of midwives in France prepare these professionals of tomorrow to support physiological childbirth? <u>Objective</u> : The main objective of our study is to understand the determinants that reinforce midwives' feeling of competence to accompany women during physiological childbirth (without Peridural Analgesia). <u>Method</u> : This is a qualitative study, involving semi-structured interviews with 14 midwives graduating in June 2023. <u>Results and Discussion</u> : Our work has shown that new graduates possess certain skills for managing physiological childbirth. However, they also report difficulties with physiology, and blame incomplete initial training. This is particularly true when it comes to expulsive effort and the different birthing positions, which can lead to a loss of reference points. Pain management was another perceived difficulty, but the new graduates described several techniques for dealing with it. <u>Conclusion</u> : The reform of the midwifery curriculum is an opportunity to review the syllabus and better prepare students to deal with physiology. In particular, students will be introduced to this practice, which lies at the heart of our profession, by expert professionals from this field.
Key words: Childbirth, physiology, training, care, neo-graduates, support