



<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 POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard Lyon 1

Université de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

---

# LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SAGES-FEMMES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

---

Diane PICOT

Née le 29/09/2000

Mémoire soutenu en avril 2024

Mémoire dirigé par Marine DUBREUCQ, Sage-femme référente de parcours en psychiatrie périnatale,  
Saint Etienne  
Doctorante en épidémiologie et santé publique, RESHAPE Ecole Doctorale EDISS, Université Lyon 1,  
unité de recherche RESHAPE – INSERM 1290

Mémoire guidé par BONHOURE Paola Sage-femme enseignante au site de formation Maïeutique de  
Bourg-en-Bresse



## Remerciements

Je tiens à remercier :

Marine DUBREUCQ, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et sa réactivité, ainsi que sa bienveillance et ses conseils avisés ;

Paola BONHOURE, la guidante de ce mémoire, pour sa patience et son accompagnement ;

Toutes les sages-femmes ayant participé à mon étude, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour ;

Myriam MICHEL et Bérangère SEVELLE, membres de l'équipe de formation de l'école de maïeutique de Bourg-en-Bresse, qui ont toujours eu la volonté de nous tirer vers le haut.

Je tiens également à remercier :

La promotion 2020-2024 qui a toujours été soutenante et présente dans les bons comme les mauvais moments, ces années d'étude n'auraient pas été les mêmes sans vous ;

Liz qui m'a accompagnée pendant ces quatre années de colocation incroyables, et Léa qui m'a suivie jusqu'au bout du monde, merci d'être des amies extraordinaires ;

Mes parents qui ont toujours été prêts à m'aider pendant ma formation, et mes frères et sœurs qui savent faire ressortir le meilleur de moi-même.



## Table des matières

Abréviations .....	1
Introduction.....	3
Méthode et matériel .....	5
1. Population .....	5
2. Méthodologie et matériel .....	5
3. Données socio-démographiques.....	7
4. Méthode d'analyse.....	8
Résultats et analyse.....	11
1. Assister une collègue sage-femme pour son accouchement : un contexte particulier .....	12
1.1 Une situation chargée émotionnellement.....	12
1.2 Un suivi considéré au départ comme habituel mais amenant au final à des adaptations..	16
1.3 Une situation plus confortable lorsqu'elle est anticipée .....	18
1.4 Impact de l'expérience personnelle d'avoir aussi été accouchée par une sage-femme sur la prise en charge de patientes sages-femmes .....	20
1.5 Une situation valorisante sur le plan personnel et professionnel.....	22
2. Impact sur la prise en charge .....	24
2.1 Spécificités de prise en charge.....	24
2.1.1 Traitement VIP .....	25
2.1.2 Gestion des complications obstétricales et néonatales.....	30
2.1.3 Place du père / position / inclusion.....	31
2.1.4 Importance / rôle de l'équipe .....	32
2.2 Impact sur la relation de soin et la décision médicale partagée .....	34
2.2.1 Echange sur ce que veut la patiente pour prendre une décision partagée / anticipation de la prise en charge .....	34
2.2.2 Inclusions dans la prise de décision .....	35
2.2.3 Explications délivrées .....	37
2.3 Impact sur la position de chacun .....	38

2.3.1	Diminution de la proximité .....	38
2.3.2	Point de vue de la sage-femme qui fait l'accouchement sur le comportement de la sage-femme qui accouche.....	41
2.3.3	Côté sage-femme .....	43
	Discussion.....	47
1.	Être choisie par une patiente sage-femme pour suivre son accouchement, ce que cela implique :.....	47
1.1	Éléments chez la sage-femme qui motivent ses collègues à la choisir pour leur accouchement .....	47
1.2	Le vécu personnel de la sage-femme influence-t-il le suivi qu'elle aura de ses collègues ?	48
1.3	Répondre aux attentes spécifiques de sa patiente sage-femme.....	48
1.4	Inclusion dans la prise de décision.....	49
2.	Prise en charge d'une consœur : spécificités et adaptations.....	50
2.1	Un suivi considéré au départ comme habituel .....	50
2.2	Rapport à la pudeur par les différents acteurs de la relation de soin .....	51
2.2	Un suivi qui amène à des ajustements, dus aux phénomènes d'identification et de contres-attitudes	52
2.2.1	Aspects positifs.....	53
2.2.2	Aspects négatifs .....	53
2.3	Du côté de la patiente : cacher son identité par peur d'être traitée différemment .....	54
3.	Perception du risque modifiée .....	55
3.1	Le traitement VIP, pas toujours favorable à la prise en charge de sa patiente sage-femme	55
3.2	Impact sur la façon de délivrer l'information à la patiente sage-femme .....	56
3.3	Ambivalence dans la perception du statut de sa patiente .....	56
3.4	Changement dans la perception du risque .....	57
4.	Limites et forces .....	58
5.	Pistes d'amélioration.....	59

6. Perspectives.....	59
Conclusion .....	61
Bibliographie .....	63



## Abréviations

DIU	Diplôme interuniversitaire
DU	Diplôme universitaire
GHT	Groupe Hospitalier de Territoire
PEC	Prise en charge
RIPH	Recherche impliquant la personne humaine
SF	Sage-femme



## Introduction

En tant qu'étudiants en maïeutique, notre formation comprend des stages en salle de naissance où nous prenons en charge les patientes pour leur accouchement. La prise en charge est définie par « le fait d'assumer une responsabilité. » Dans le cadre médical, cette expression désigne « le fait de prodiguer des soins à un patient. » (1) Cependant, la prise en charge des patientes sages-femmes nous est étrangère. Nous sommes témoins des accouchements de nos collègues lors de nos gardes, mais n'y sommes jamais confrontés en tant que stagiaires. Nous nous sommes alors demandés pourquoi les étudiants étaient écartés de cette prise en charge. L'accompagnement d'une collègue comporte-t-il des spécificités ?

Il existe très peu de littérature sur les spécificités de prise en charge d'un confrère, et celle-ci se restreint à certaines professions : les médecins ou les infirmiers par exemple.

Plusieurs auteurs ont retrouvé une façon d'être différente de la part des soignants due à une relation soignant-soigné particulière (2) (3) (4). Cette relation implique un remaniement des positions de chacun, le médecin ne doit pas oublier que son patient appartient au corps médical (2). Malgré leur « statut de patient », certains infirmiers soignés mettent de côté leur rôle de patient (3). En 2011, Sandra Bonneaudeau va même jusqu'à affirmer qu'un partenariat peut s'instaurer entre le médecin et le patient-médecin (4).

De plus, le Professeur Éric Galam décrit en 2018 que la relation sera modifiée par les paroles échangées : la compréhension est certes simplifiée du fait que le patient a des connaissances spécifiques, mais il ne faut pas moins l'informer pour autant (5). Cependant le vocabulaire utilisé s'adaptera au niveau de compréhension de son interlocuteur soignant.

Selon Madeleine Lhote en 2011, plusieurs notions spécifiques rentrent en jeu dans cette prise en charge d'un médecin malade : l'identification, le problème de distanciation, la peur du jugement de l'autre, la question de l'anonymat, le choix du médecin... Elle décèle aussi les pièges à éviter et les moyens que les soignants utilisent pour surmonter les difficultés qu'ils rencontrent (6).

Cependant, nous ne trouvons aucune littérature sur la prise en charge des patientes sages-femmes, qu'elle soit pendant la grossesse, l'accouchement, ou le post-partum. Nous souhaitons donc nous y atteler afin de répondre à la question :

**Comment les sages-femmes s'ajustent-elles à la prise en charge d'une collègue en salle d'accouchement ?**

Pour cela, nous allons effectuer une étude qualitative en interrogeant des sages-femmes ayant suivi des collègues lors de leur accouchement. L'objectif principal de cette étude est de **déceler les possibles spécificités** de la prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement - qui a donc des connaissances, une approche particulière du métier - et **d'identifier les possibles ajustements mis en place** par les sages-femmes pour l'accompagnement de ce type de patiente. L'objectif secondaire est de déterminer si la prise en charge d'une patiente sage-femme a un **impact sur la relation de soin** et notamment sur la **décision médicale partagée**. Cette dernière est définie par la Haute Autorité de Santé comme un modèle de décision médicale entre un professionnel de santé et un patient impliquant deux étapes que sont « l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient » (7).

En premier lieu, nous décrirons notre méthode de recherche, puis nous exposerons les résultats avant de les analyser, nous en discuterons et finirons par conclure notre travail.

## Méthode et matériel

### 1. Population

Nous avons mené une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes ayant accompagnées des patientes sages-femmes pendant leur accouchement.

Le recrutement s'est fait initialement via un mail envoyé aux cadres des maternités où nous avons effectué des stages, c'est-à-dire Bourg-en-Bresse, Vienne, Givors et Bourgoin-Jallieu pour le transmettre à leur équipe et proposer aux sages-femmes intéressées pour participer à l'étude de se faire connaître par retour de mail. Devant l'absence de retours positifs, tous les conseils départementaux de l'Ordre des Sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont été contactés. Le mail envoyé est consultable en Annexe I. Cette diffusion nous a permis de recevoir plusieurs réponses positives.

Cette étude qualitative est donc une recherche multicentrique n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH). Il n'y avait donc pas nécessité de solliciter l'accord d'un comité d'éthique mais nous avons tout de même obtenu un accord pour mener cette étude par le délégué à la Protection des Données du GHT Bresse-Haut-Bugey.

Les critères d'inclusions comprenaient les sages-femmes travaillant ou ayant travaillé en salle d'accouchement de niveau 1, 2 ou 3, ou en maison de naissance, et ayant accouché une sage-femme ou l'ayant accompagné une grande partie du travail ainsi que de l'accouchement. Les critères de non-inclusion comprenaient les sages-femmes n'ayant fait que des consultations, de la suite de couches ou du libéral dans leur exercice, n'ayant pas suivi de sage-femme pour leur accouchement, et refusant de participer à l'étude. Les critères de sortie d'étude regroupent les sages-femmes ne s'étant pas présentées à l'entretien.

### 2. Méthodologie et matériel

Les entretiens ont été réalisés en visio-conférence par WhatsApp, après accord de Monsieur Damien Gouton, délégué à la Protection des Données du GHT Bresse-Haut-Bugey. Une note d'information expliquant les objectifs et le déroulement de l'étude avait été envoyée aux sages-femmes avant l'entretien (Annexe II). Cela permettait de les informer de l'enregistrement de l'entretien pour une retranscription fidèle de leurs propos et les assurer de l'anonymisation des données.

Nous avons recueilli leur non-opposition à participer à l'étude en début d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot ainsi qu'anonymisés. Les enregistrements des données ont été détruits en fin d'étude.

Nous avons procédé à neuf entretiens semi-dirigés sur la période du 25 septembre 2023 au 7 novembre 2023. Nous avons prévu de faire une dizaine d'entretiens et les planifier au fur et à mesure en nous basant sur les recommandations de Hennink et al. qui rapportent qu'à partir de neuf entretiens l'ensemble des thèmes seraient identifiés (8). Neuf entretiens ont été réalisés et à l'issue du septième, il n'y avait plus d'éléments nouveaux à apporter, ce qui correspond à l'atteinte de la saturation des données (Figure 1). Deux entretiens supplémentaires ont été planifiés pour nous assurer de la saturation des données.

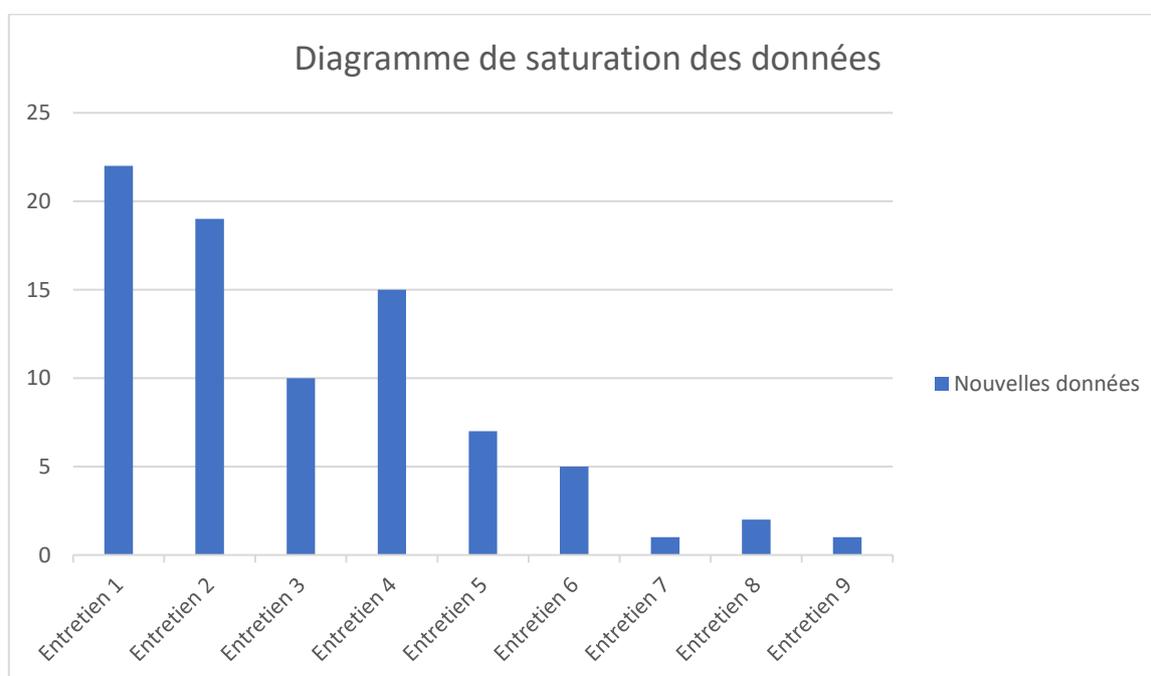


Figure 1 : Diagramme de saturation des données

Les entretiens ont été réalisés grâce à la trame d'entretien qui se trouve en Annexe III. La retranscription est consultable sur demande.

### 3. Données socio-démographiques

Entretien sage-femme (SF)	Age au moment de l'étude (années)	Age au moment des prises en charge (PEC) (années)	Ancienneté / expérience (années)	Lieu d'exercice lors de la prise en charge	Durée d'entretien
SF1	31	28 en 2020	4	Clinique niveau 1	1 h 11
		29 en 2021 x2	5x2		
SF2	37	34 en 2020	11	Maternité niveau 2A	45 min
		36 en 2022	13		
SF3	40	38 en 2021	15	Maternité niveau 2A	59 min
		40 en 2023	17		
SF4	32	32 en 2023	< 1	GHR niveau 3	1 h 01
SF5	25	23 en 2021	1	Clinique niveau 1	59 min
		24 en 2022	< 1		
SF6	45	32 en 2010	9	Maternité niveau 2A	1 h 15
		36 en 2014	13		
		38 en 2016	15		
SF7	40	33 en 2016	9	Maternité niveau 1	51min
		33 en 2016	9	Maternité niveau 2	
		34 en 2017	10	A domicile	
		35 en 2018	11	Maison de naissance	
		36 en 2019 x2	12 x2	A domicile x2	
		36 en 2019	12	Maison de naissance	
		36 en 2019	12	Maternité niveau 1	
		37 en 2020 x3	13 x3	Maison de naissance	
		40 en 2023 x2	16 x2	Maison de naissance	
SF8	52	31 en 2002 x2	6 x2	Maternité niveau 2B	1 h 21
		33 en 2004	8		
		44 en 2015	19		
SF9	31	29 en 2021	5	Maternité niveau 2B	1 h 00
<b>Moyenne</b>	<b>37</b>	<b>Environ 32,5</b>	<b>Environ 9</b>		<b>1 h 03</b>

Figure 2 : Tableau des données socio-démographiques de l'étude

Neuf sages-femmes ont participé à cette étude. Elles avaient 37 ans en moyenne au moment de l'étude. Les entretiens ont duré en moyenne 1h03 (de 45 minutes à 1h21). Les sages-femmes interrogées avaient, au moment de la prise en charge d'une sage-femme pour son accouchement, un âge moyen de 32 ans et une expérience moyenne de 9 ans.

#### 4. Méthode d'analyse

Une fois ces entretiens réalisés et retranscrits de façon anonymisée, nous les avons analysés selon une méthode d'analyse thématique (9). Nous avons mis en lumière des thèmes principaux et des sous-thèmes pour chaque entretien. Pour cela, nous avons suivi les 6 étapes décrites dans l'article écrit par Virginia Braun et Victoria Clarke sur « l'Utilisation de l'analyse thématique en psychologie » (9).

Les 6 phases s'articulent de la façon suivante :

1. Retranscrire les données, les lire et les relire. Suite à quoi de premières idées de thèmes émergent.
2. Générer des codes initiaux, c'est-à-dire des thèmes principaux en collectant des données intéressantes pour chaque code.
3. Faire une relecture générale et isoler des citations en lien avec chaque thème.
4. Reprendre l'ensemble pour voir si cela rentre dans les codes. Autrement dit, si chaque donnée correspond à un entretien et se retrouve ou non dans l'ensemble des entretiens. Créer un arbre à thèmes.
5. Définir et nommer les thèmes.
6. Ecrire le rapport final grâce au tableau constitué, regroupant les thèmes, les sous-thèmes et les citations.

**Table 1** Phases of thematic analysis

Phase	Description of the process
1. Familiarizing yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

**Figure 3 : Tableau des phases d'une analyse thématique (9)**

L'analyse des données a été faite à deux en collaboration avec notre directrice de mémoire Marine Dubreucq afin de rester le plus objective possible, de ne pas interpréter de façon subjective les

informations et d'utiliser de façon exhaustive les données collectées. Cela avait aussi un but de triangulation des données pour croiser les analyses ainsi que les données d'analyse elles-mêmes. Farmer et al. définissent la triangulation comme « une approche méthodologique qui contribue à la validité de résultats de recherche lorsque plusieurs méthodes, sources, théories et/ou chercheurs sont utilisés. » (10) Ici, nous avons utilisé la triangulation des enquêteurs ou des chercheurs multiples impliquant 2 personnes analysant les données (10).



## Résultats et analyse

Suite aux entretiens, l'analyse thématique a retrouvé deux thèmes principaux pour répondre à la question : « Comment les sages-femmes s'ajustent-elles à la prise en charge d'une collègue en salle d'accouchement ? » :

- 1) Le contexte particulier d'assister une collègue sage-femme pour son accouchement.
- 2) L'impact sur la prise en charge.

L'élaboration des thèmes est détaillée dans l'arbre thématique ci-dessous (Figure 4).

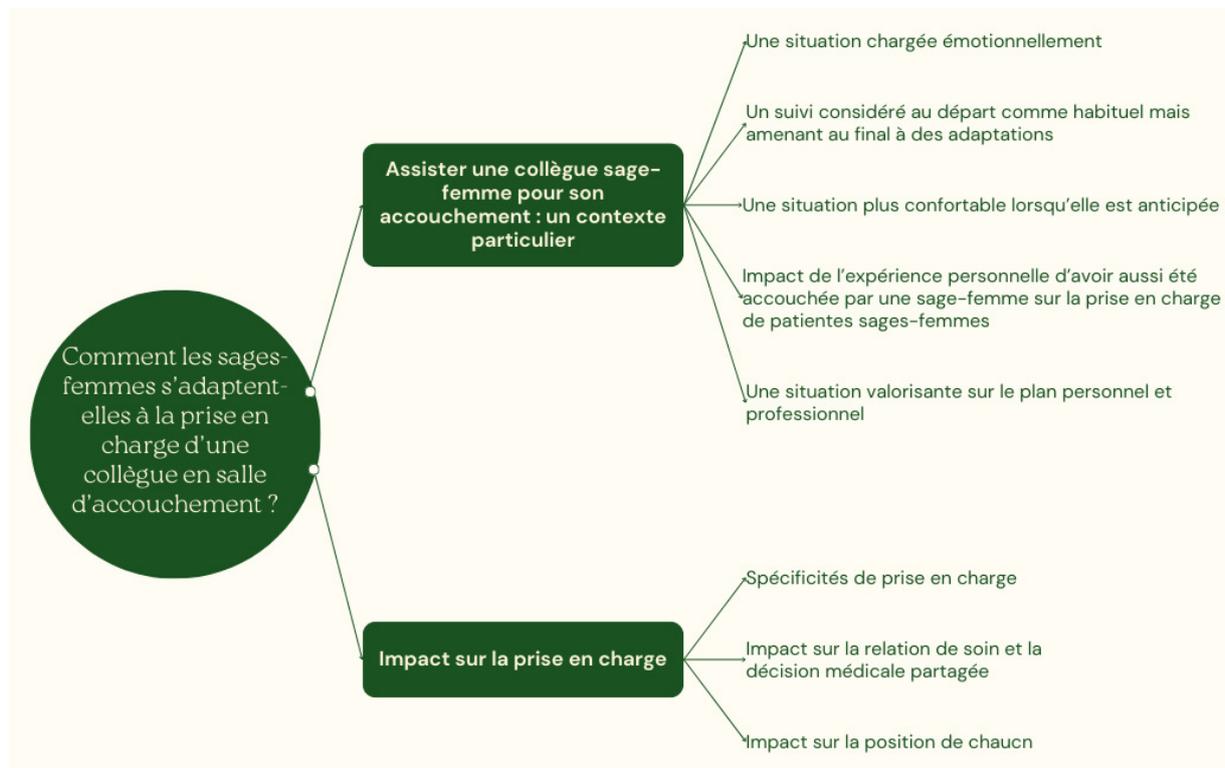


Figure 4 : Arbre thématique

La grille de recueil de données construite à partir des entretiens est consultable sur demande. Elle contient tous les verbatims exploitables pour la construction de l'analyse.

Cette analyse nous permettra de déceler les possibles spécificités de la prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement, et d'identifier les possibles adaptations mises en place qui en découlent. L'analyse nous aidera aussi à déterminer si la prise en charge d'une patiente sage-femme a un impact sur la relation de soin et notamment sur la décision médicale partagée.

## 1. Assister une collègue sage-femme pour son accouchement : un contexte particulier

### 1.1 Une situation chargée émotionnellement

Le suivi de l'accouchement d'une collègue peut entraîner chez la sage-femme soignante un **sentiment de malaise ou une peur d'être jugée** par sa patiente sage-femme (SF2, 4, 5, 8 et 9).

La première cause de ce sentiment est le fait de manquer d'expérience, notamment quand la sage-femme est néo-diplômée « Quand c'est la première année, on a toujours ce truc où on ne se sent pas encore comme les autres » (SF9), ou quand c'est la première fois qu'elle s'occupe de ce type de patiente. En effet, SF8 éprouve « plus de pression dans le sens où c'était les deux premières sages-femmes que j'accouchais. » (SF8), parce « qu'on n'a pas trop de confiance en soi encore. » (SF9).

La confiance en soi de la sage-femme va beaucoup jouer dans le niveau de stress de cette prise en charge particulière. « J'ai confiance en mes capacités. » (SF1). « Parce qu'en vieillissant, tu as aussi plus d'aplomb. » (SF3). « J'avais confiance en mon métier à moi de sage-femme. » (SF5). Le fait d'être à l'aise dans son équipe et faire confiance à ses collègues permet d'être plus à l'aise dans la prise en charge de ce type de patiente. « Quand tu es dans un établissement que tu connais et que tu as confiance en ton équipe, en ton auxiliaire de puériculture, tu n'as pas spécialement besoin d'avoir un stress en plus. » (SF5).

Ce sentiment de pression provient également de l'expérience de sa patiente. Une sage-femme qui suit une patiente plus expérimentée éprouvera du stress supplémentaire : « Elle connaît mieux que moi. » (SF9). Cette sensation est d'autant plus présente quand « c'est la collègue qui nous a formé quand on était étudiante. » (SF9). En effet, les rapports entre la sage-femme formatrice et l'étudiante se modifient : elles sont devenues collègues. Cette relation change encore pour mettre en place une relation soignant-soignée. Ce n'est pas le plus naturel qu'une personne avec moins d'expérience prenne en charge une personne plus expérimentée. De là découle ce sentiment de pression supplémentaire dans cette prise en charge.

Ce stress provient d'une crainte d'être jugée dans sa prise en charge, notamment « par rapport à mes compétences. » (SF4). Parfois, les sages-femmes patientes « regardent tout et commentent tout. On a l'impression qu'on est surveillé ou qu'on va être jugé dans ce qu'on fait. » (SF8). A cause de ce type d'expérience, les sages-femmes s'infligent une pression supplémentaire et ont plus « d'appréhension » (SF4), même si leur patiente ne leur fait pas ressentir cela de façon volontaire et prononcé.

Cette peur d'être jugée peut provenir également de la position du co-parent, quand celui-ci appartient au domaine médical et que l'on pratique un geste de sa spécialité. « Son conjoint est échographiste. A un moment, j'ai fait une écho pour regarder la présentation du bébé. J'ai attendu qu'il soit parti pour la faire. J'étais plus à l'aise comme ça. » (SF2). Assister une collègue sage-femme pour son accouchement génère une peur que cela vienne endommager la relation.

La prise en charge d'une patiente sage-femme, avec toutes les spécificités qu'elle comporte, peut être source de stress quand la sage-femme va accompagner une de ses collègues pour son accouchement. La sage-femme peut ressentir une **pression pour être encore plus appliquée** et cela génère une **situation chargée d'émotions négatives**. Les sages-femmes nous ont confié avoir une appréhension de suivre cette patiente particulière. « Au début, toujours une petite pression de se dire « Est-ce que ça va être conflictuel ? Est-ce que ça va être facile ? » » (SF2). « Tu mets plus de cœur parce que ça reste quand même ta collègue qui sait nos protocoles. Elle savait exactement ce qu'on pouvait faire à quel moment. » (SF5). « Je ne savais pas qu'elle était sage-femme. C'est quand on regarde le dossier qu'on voit sa profession. Donc, à ce moment-là, on se dit toujours : « J'espère qu'elle va réussir à déconnecter. » Elle est sage-femme, mais on a hâte que tout se passe comme elle a envie, et qu'il n'y ait pas de complications. » (SF9).

L'analyse thématique a rapporté que la pression de cette prise en charge peut provenir de la sage-femme elle-même ou de l'équipe. La pression auto-infligée est décrite par les SF2 et 5. La peur de décevoir une patiente sage-femme qu'elles connaissent et qu'elles estiment entraîne une pression du travail bien fait. « Je dirais que j'aurais tendance à avoir la même prise en charge sur une sage-femme lambda, mais sage-femme collègue, ce n'est pas que j'ai une prise en charge différente, mais qu'il y a une pression de moi-même en plus. Et que la différence, elle se joue plus là que sur le fait que ce soit une sage-femme. [...] On n'a pas envie de décevoir, on a envie que ça se passe bien, on a envie qu'ils soient contents à la fin. » (SF2). « Elle m'avait beaucoup aidée pendant mes études. Donc je me suis dit : « Il ne faut pas non plus que je la déçoive parce qu'elle m'a énormément formée. » » (SF5). Mais la pression peut être mise par l'équipe. « Les filles m'avaient un peu collé la pression au début. C'est pas non plus hyper confortable. [...] Tu es un peu séchée quand même à la fin de ta journée. [...] Quand tout est fini, tu es contente. » (SF3) A la fin de la prise en charge, la pression redescend quand tout s'est bien passé.

Cette pression supplémentaire présente spécifiquement dans la prise en charge d'une patiente sage-femme peut entraîner des oublis dans cette dernière. « Vu que je voulais aller vite, c'est vrai que je n'ai pas pensé à poser un cathéter. » (SF1).

Les sages-femmes nous ont raconté qu'elles avaient une volonté de bien faire pour que tout se passe bien. Elles sont plus impliquées dans ce type de prise en charge et ont une pression supplémentaire du travail bien fait. « On est quand même peut-être encore plus en alerte d'une urgence, d'une pathologie qui peut arriver pendant le travail. Et puis, on a à cœur de vouloir que tout se passe bien, même si des fois, on ne dirige pas tout. » (SF8). « Quand elle arrive, on se dit : « Tiens, elle est sage-femme. » Donc on se met un peu de pression parce qu'on veut que tout soit parfait comme les gens ont envie. On a envie de faire toujours plus pour que ça se passe toujours encore mieux. » (SF9).

Cette volonté de bien faire est appuyée, d'après les sages-femmes interrogées, par le fait qu'elles s'assurent de faire de bons choix pendant la prise en charge. « Je pense que j'y réfléchi un poil plus, que finalement ma prise en charge est la même, mais que j'y réfléchis deux fois quand même avant. » (SF2).

Les questionnements sur la prise en charge ne s'arrêtent pas à l'accouchement. En effet, les sages-femmes rapportent qu'à posteriori, elles remettent en question leur prise en charge, notamment s'il y a eu des complications à l'accouchement. « Est-ce que si j'avais plus surveillé et moins essayé de les mettre tout de suite ensemble, est-ce qu'elle aurait quand même fait une détresse respiratoire ? C'est la question que je me pose après. Que je me poserais moins sur une autre patiente. » (SF2).

La pression de bien faire est majorée quand la sage-femme connaît sa patiente. Elle n'a pas envie de la décevoir, et sait qu'elle aura un retour très concret de sa prise en charge. « Son périnée, j'aimerais bien qu'elle m'en fasse un retour positif quand elle aura repris une activité sexuelle. Il y a ça aussi, l'autre crainte que j'ai. Parce que je suis sûre de la revoir. » (SF3).

D'autre part, le fait d'accompagner une patiente sage-femme **impacte directement la vie personnelle et familiale des sages-femmes** qui les prennent en charge.

Quand une sage-femme demande à une collègue de la suivre pour son accouchement, c'est pour qu'elle vienne s'occuper spécialement d'elle, en dehors d'une garde. « Je suis venue spécialement pour elle. » (SF1) ou encore « C'était convenu que je sois là si je n'étais pas en train de travailler. » (SF2). En effet, cela permet, entre autres, d'avoir une personne supplémentaire au cas où il y aurait besoin de gestes techniques nécessitant une équipe plus nombreuse. Par exemple : « S'il y a une hémorragie, on aime mieux être deux, s'il y a une réanimation, on aime mieux être plusieurs. » (SF6).

Quand une sage-femme s'engage à venir pour l'accouchement d'une collègue, elle banalise son temps libre pour être disponible au cas où sa collègue l'appellerait car son travail commence. Cet engagement impacte directement la vie personnelle de la sage-femme. Cela induit un terrain favorable à la

confusion des rôles. En effet, la sage-femme accompagnante a un niveau d'engagement semblable à celui d'un conjoint ou d'un membre de la famille proche. « A partir du moment où elle était à 36 semaines, c'était sûr que je ne partais plus le week-end. » (SF1). « Je pourrais le faire, mais l'investissement, je n'ai pas envie de le prendre. Je n'ai pas envie d'être disponible 24h/24h, 7j/7j, de 38 à 42 semaines. Tout simplement. J'aime trop ma vie, j'aime trop mes week-ends, j'ai envie de pouvoir me dire « Allez, on part, on fait ci, on fait ça. » Donc je le fais pour des copines sages-femmes. Mais je veux ma vie privée. » (SF7).

Cet engagement implique le fait de venir en plus de son temps de travail, même si la fatigue est présente. « J'avais travaillé tout le dimanche. [...] Je n'avais dormi que 30 minutes depuis une garde très chargée. [...] À la naissance, ça faisait 56 heures que je n'avais pas dormi. [...] J'étais lessivé complet. » (SF5).

D'autre part, le fait de revenir en dehors d'une garde impacte la responsabilité de la sage-femme. En effet, SF3 explique : « Je ne reviendrais pas [en dehors de si c'était une collègue]. Puis en même temps, on n'est pas assuré en dehors de ses horaires de travail. » (SF3). C'est-à-dire que s'il y a un problème, c'est la responsabilité de la sage-femme qui est engagée. Cela montre bien que c'est un réel engagement de la part de la sage-femme quand elle vient spécialement pour accoucher une collègue, il s'agit d'un traitement privilégié qu'elle n'accorderait pas à d'autres personnes.

Enfin, le suivi d'une patiente sage-femme a une **charge émotionnelle positive** sur la sage-femme qui fait l'accouchement. Le fait d'être choisie par une sage-femme est **valorisant** sur le plan personnel (la sage-femme se sent comme être une « bonne » amie), mais aussi sur le plan professionnel (elle se sent être une « bonne » professionnelle à qui on fait confiance pour suivre son accouchement).

Les sages-femmes expriment une fierté d'avoir suivi leur collègues sages-femmes. Elles ont conscience que cette prise en charge est particulière et en retire des sentiments positifs. Elles rapportent trouver cela valorisant d'être sollicitée par une collègue. En effet, cela veut dire que cette dernière leur fait confiance pour leur confier la prise en charge de son accouchement. « Elle m'a remercié plus que tout au monde et elle me remercie encore aujourd'hui. Elle m'a dit que j'étais parfaite et qu'elle aurait pas pu avoir mieux. Des choses qui sont très sublimes et très agréables à entendre. » (SF5). Cela leur donne d'ailleurs plus d'assurance et de confiance quand elles sont choisies. « Ce qui m'a donné plus d'assurance, c'est de savoir qu'elles m'avaient choisies, qu'on se connaissait déjà et qu'on avait débriefé, enfin, on en avait discuté avant. » (SF8). Elles n'ont donc pas besoin de faire leurs preuves et peuvent plus anticiper la prise en charge.

La fierté que ressentent les sages-femmes provient aussi du fait d'avoir respecté leur projet de naissance. « On avait débriefé et elle était contente. Elle m'avait bien remerciée de l'avoir laissé pousser une heure un quart. Tout s'était bien passé. » (SF5). Elles disent aussi être satisfaites d'avoir pu gérer leur stress. « J'étais plutôt contente de moi dans le sens où je n'ai pas laissé transparaître ce stress. Je me suis dit : « Je suis fière de moi, je n'ai pas paniqué. » [...] J'étais vraiment contente de la relation qu'on a eue. [...] C'était un peu une phase de : « Waouh, j'accouche les collègues. » Je l'ai accouché, ça s'est bien passé malgré la patho, tout le monde va bien. J'étais vraiment contente de moi. » (SF1).

Certaines sages-femmes, notamment quand elles ont été choisies par leur collègue, leur demande un retour à posteriori (SF1, 6 et 7). Les sages-femmes interrogées ont toutes rapporté des retours positifs, ce qui est valorisant pour la professionnelle de santé. « Savoir ce qu'elle avait ressenti, est-ce qu'il y a des choses que j'avais bien fait ou mal fait. « Franchement c'était super. J'ai adoré, tu étais là pour moi. Mais tu nous as aussi laissé notre place. » » (SF1). « Globalement, elles sont toujours contentes de ce qu'on fait comme accompagnement, quelle que soit la finalité de l'accouchement. » (SF6).

## 1.2 Un suivi considéré au départ comme habituel mais amenant au final à des adaptations

Les sages-femmes rapportent **ne pas se projeter d'une façon particulière** dans la manière dont elles pensaient prendre en charge leur collègue. Elles rapportent souhaiter garder la même façon d'être et la même façon de travailler, sans anticipation particulière. « On verra bien » (SF2).

Au moment de la prise en charge, les sages-femmes interrogées maintiennent de façon unanime que leur **prise en charge est identique** lorsqu'elles suivent une patiente pour son accouchement, que celle-ci soit sage-femme ou non. « Je ne trouve pas que, pour les trois fois, j'ai mis des choses en place particulièrement parce que c'était une sage-femme. » (SF1).

« On ne fait jamais ça d'habitude. Donc pourquoi elle plus qu'une autre ? » (SF3). Le constat est « que ce soit une sage-femme ou pas, elle a besoin de soins. » (SF4). « Je me suis comportée en tant que professionnelle, c'était une patiente lambda pour moi. » (SF8). Les sages-femmes soignantes disent traiter la patiente sage-femme comme n'importe quelle patiente et ne pas faire de distinction entre elles. « Je ne me comporte pas différemment et je ne prends pas plus de pincettes. Je fais la même chose avec tout le monde. » (SF7).

Les sages-femmes rappellent ne pas déceler de modification de leur pratique. « La prise en charge, c'est presque des automatismes, dans la manière de préparer la patiente, d'expliquer, et de faire les choses. Parce que pour moi, c'était une maman. » (SF8).

Par exemple, la surveillance du rythme cardiaque fœtal est décrite comme habituelle par les sages-femmes interrogées. SF1 et SF9 s'accordent pour dire qu'elles ont été assidues de la même façon que pour une patiente lambda. « Je n'ai pas ressenti de différence de ce point de vue-là. On fait des surveillances monitoring intermittentes pendant le travail, notamment parce qu'elle voulait aller dans le bain. On ne capte pas bien, comme pour tout le monde. Et ça ne m'a pas plus inquiété que pour quelqu'un d'autre. [...] J'enlève le son, je le mets au minimum pour tout le monde. Je fais la même chose. » (SF9).

Ainsi, les sages-femmes interrogées rapportent ne pas se sentir plus interventionnistes. « Je reste la même, c'est-à-dire que je préviens mon obstétricien s'il y a des choses qui vont moins bien. Mais sinon, je ne suis pas plus interventionniste. Non, parce que de toute façon, on verra bien ce qui se passe et on interviendra bien assez tôt. » (SF8) ; « Je ne romps pas à tire-larigot, je ne l'ai pas proposé et elles ne me l'ont pas demandé. » (SF1). Sur le plan relationnel, SF6 détaille qu'elle ne cherche pas non plus à envahir le couple en restant en permanence avec eux parce qu'elle les connaît, et qu'il est important de les laisser entre eux.

De façon globale, les sages-femmes interrogées nous rapportent que leurs gestes ne changent pas quand elles suivent une patiente sage-femme. Cependant, leur intention dans la prise en charge est modifiée, sans que cela n'engendre de modification de leur pratique. « De mon expérience de sage-femme qui a accouché des sages-femmes, [...] on a une petite voix dans la tête en plus qui dit « Là, il se passe ça, là, il se passe ça. » Mais les événements, ils sont plus forts que nous. Donc forcément, on se laisse porter [dans le suivi du travail]. » (SF2). SF6 nous raconte qu'elle espère d'autant plus que les choses se passeront bien quand elle accouche une collègue, mais elle « essaie de ne pas dépasser les limites parce que c'est une collègue. Il y a une volonté, c'est une chose, mais il faut aussi rester dans les limites de ce qui est acceptable. » (SF6).

Finalement, les sages-femmes qui accouchent des sages-femmes se laissent la plupart du temps « guider par elles » (SF1). SF2 avait prévu « d'adapter en fonction de leur attitude. Et ils ont eu une attitude tellement facile que je n'ai rien eu besoin de faire. » (SF2). Et quand il faut intervenir parce qu'une pathologie s'installe : « Je ne me suis pas dit "Qu'est-ce que je fais ? C'est ma copine et collègue." Non, c'était vraiment ma patiente et elle avait besoin de ça, le bébé avait besoin de ça. » (SF1).

Quant au nombre d'examens gynécologiques, elles l'ont pratiqué « comme à une autre patiente » (SF6), « pas plus, pas moins. » (SF3). SF5 décrit cela comme : « C'était vraiment pour moi comme si c'était une patiente lambda alors que c'était une sage-femme. » (SF5).

### 1.3 Une situation plus confortable lorsqu'elle est anticipée

La grande majorité des sages-femmes interrogées (SF1, 3, 5, 6, 7 et 8) se disent être **détendues** à l'idée de suivre une patiente sage-femme pour son accouchement. « Ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. » (SF1). SF7 revendique qu'au contraire, si elle avait peur, elle « ne le ferait pas. » (SF7) afin d'éviter de transmettre un sentiment négatif à sa patiente.

L'analyse thématique retrouve deux possibilités amenant une sage-femme à accompagner une collègue lors de son accouchement : Soit la sage-femme qui fera l'accouchement est choisie par la parturiente au préalable, soit elle ne l'est pas.

**Lorsque la sage-femme n'est pas choisie**, plusieurs configurations se présentent.

Il arrive qu'une patiente sage-femme ait demandé à une sage-femme de la suivre pour son accouchement mais que celle-ci ne soit pas disponible lorsque le travail débute. (SF6) La collègue se voit alors le choix entre les sages-femmes présentes sur la garde soit pour commencer le suivi du travail, soit pour tout l'accouchement : « Il y en a que j'ai accueillies en travail, mais après, qui avaient choisi des collègues pour accoucher. » (SF9).

La sage-femme de garde peut aussi suivre lors de sa garde une collègue connue du service. Cela peut être parce qu'elles sont collègues dans deux centres proches (SF8 et 9), ou alors parce que la sage-femme enceinte a un lien avec une personne de l'équipe (SF3 et 4), par exemple quand elle est « une amie d'une autre sage-femme qui est en salle d'accouchement. » (SF4). Souvent, cette situation se fait de façon impromptue : « Celle que j'ai accouchée, je la connaissais par le diplôme universitaire (DU) d'acupuncture, mais c'est un hasard total. Je ne savais pas qu'elle était enceinte. » (SF9).

Si les patientes sages-femmes ne sont pas connues du service et ne se présentent pas comme telles, le vocabulaire utilisé permet souvent à la sage-femme qui fait l'accouchement de repérer que sa patiente appartient au corps médical (SF3 et 6). « Elle me sort des mots. Je me dis « Oh là là, elle a l'air hyper calée. » Donc après, quand j'ai ouvert le dossier, je me suis dit « Ah ben oui, elle est sage-femme. » (SF3).

Entre professionnels de garde, le statut de sage-femme est précisé dès la présentation de la patiente en relève, alors que dans la pratique courante, la profession de la patiente est rarement incluse dans les informations transmises entre équipes. L'explication apportée par SF8 « pour être un petit peu prévenu » montre une intention d'adapter la prise en charge et que cela rassure les sages-femmes d'anticiper celle-ci.

**Lorsque la sage-femme est choisie au préalable**, cela est due à plusieurs types de **liens** qui unissent la sage-femme patiente et celle en exercice.

Le premier lien auquel nous pensons est celui de l'amitié, que la sage-femme enceinte fasse partie de l'équipe ou non (SF1, 2, 3, 5, 6, 7, 8). Cela s'accompagne d'une demande spécifique à la sage-femme pour être présente lors de l'accouchement : « On est très amies, elle m'a appelé personnellement pour que je sois là. » (SF1). Pour SF7, c'est d'ailleurs une raison sine qua non pour choisir sa sage-femme lors de son accouchement : « Si elles m'ont choisie pour être leur sage-femme, c'est que j'ai été plus qu'une collègue et qu'on était quand même amies à l'extérieur. » (SF7). « Je n'ai pas souvenir de connaître une sage-femme qui a demandé à quelqu'un qui était complètement en dehors de son cercle amical." » (SF6). Cette proximité rassure les patientes qui connaissent le professionnel de santé qui les prendra en charge pour cette étape importante de leur vie. SF3 analyse cela comme « la sécurité de la personne que tu connais, la sécurité que t'offre l'autre » (SF3). La sage-femme se présente comme une personne de confiance auprès de qui la patiente peut être sereine pour affronter les étapes que sont celles d'un accouchement.

Quand elles ne sont pas amies ni collègues directes, un lien préexistant a été mis en lumière par les entretiens pour mener à cette demande. Ce lien se crée dans une relation soignant-soignée. En effet, la sage-femme est parfois celle qui a accompagné la naissance de l'aîné (SF1), celle qui suit la grossesse (SF9), anime les cours de préparation à l'accouchement (SF3), ou est présente dans le service de grossesse pathologique lors d'une hospitalisation de la patiente sage-femme (SF4).

Que le lien créé soit professionnel ou amical, la décision d'une collaboration entre les deux sages-femmes pour l'accouchement de l'une d'elle se fait souvent « naturellement » (SF5), « spontanément » (SF5), « comme une évidence » (SF6). C'est ce que décrit la SF3 : « Je pense que c'était un accord presque tacite initial d'évidence. » ou encore la SF6 : « C'était presque une évidence, avant même d'être enceinte, elle savait qu'elle voulait que ce soit moi qui suive sa grossesse, son accouchement. »

Le fait de connaître sa patiente au préalable et de savoir qu'elle va l'accompagner pour son accouchement facilite la prise en charge et permet à la sage-femme d'être plus détendue. Quand une sage-femme connaît sa patiente, la « relation de confiance est déjà présente. » (SF1) ce qui rend la prise en charge plus apaisante. De plus, cette prise en charge est donc anticipée : « Je les avais suivies. Je les connaissais par cœur, je savais quel poids l'enfant faisait, comment il était. Je les connaissais. » (SF7).

#### 1.4 Impact de l'expérience personnelle d'avoir aussi été accouchée par une sage-femme sur la prise en charge de patientes sages-femmes

Les sages-femmes 2, 6 et 8 rapportent une **expérience personnelle d'accouchement** dont l'analyse thématique retrouve un **impact sur la façon dont elles ont elles-mêmes pris en charge des patientes sages-femmes.**

SF2 et 8 considèrent s'être comportées comme des mamans et avoir « laissé vraiment les collègues gérer » (SF8). Quand elles ont été prises en charge par leur collègue pour leurs propres accouchements, elles ont senti qu'il n'y avait « pas de différence par rapport à une patiente lambda » (SF2). Le fait de prendre complètement la position de patiente montre qu'elles s'attendaient à recevoir une prise en charge par leurs collègues semblables à celle qu'ils ont pour toute femme accouchant dans la maternité.

SF6 avait un projet d'accouchement à domicile, pour lequel elle a demandé à deux collègues sages-femmes hospitalières de l'accompagner. SF6 était une patiente avec un projet qui n'était pas fermé, dès que les sages-femmes qui l'accompagnaient n'étaient plus à l'aise ou avait besoin de médicaliser la prise en charge, elle se laissait guider et n'émettait pas de résistance.

« J'ai accouché avec des collègues de la maternité qui ne font pas d'accouchement à domicile, mais que j'ai débauché pour le faire. Tout en leur disant que c'était elles qui étaient les « maîtres » de la situation et que je ne m'opposais à rien. À partir du moment où elle me disait : « Là non, ça le fait pas », eh ben ça ne le fait pas. [...] Et mon collègue, je lui avais dit : « Tu arrives à la maison, tu me dis « Je ne le sens pas », c'est « Ok tu ne le sens pas. C'est comme ça. Tu peux très bien me dire : « Là, jusqu'à présent, je le sens. », puis sur le moment, avoir une crainte, un truc qui fait que tu me dis « Non, je ne le sens plus. C'est comme ça, on part à la maternité. » » Et je lui avais dit « Si tu veux me poser une voie, si tu préfères que j'aie un cathéter, on pose le cathéter. Moi, je m'en moque, tu fais comme ce qui te rassure. » [...] Je leur ai dit : « La finalité, c'est que je veux qu'on aille bien toutes les deux. Ça se passe d'une manière ou d'une autre. J'ai une césarienne, j'ai une voix basse. » (SF6)

Ses collègues sages-femmes se sont rendus disponibles pour faire un accouchement à domicile et sont, dès lors, sortis de leur zone de confort et du cadre médico-légal. Se posent alors des questions de responsabilité et d'administration, ainsi que d'éthique dont nous discuterons plus tard.

SF6 s'est sentie « vraiment patiente » (SF6). Cependant en creusant, nous avons identifié qu'elle a eu des gestes de sage-femme en s'examinant lors du travail pour justifier la hauteur de présentation à ses collègues qui l'accouchaient. Elle le remarque en disant « Je l'ai fait parce que je suis sage-femme, mais ce n'était même pas conscientisé. Ça a été un réflexe de sage-femme, je sais très bien que je ne l'aurais pas fait si je n'avais pas été sage-femme. » (SF6). Elle rapporte cependant qu'au moment de l'expulsion, la douleur ne lui permettait plus de raisonner dans une position de sage-femme, pensant mourir de douleur à ce moment-là : « Dans ma tête en même temps, je me suis dit : « Tu sais très bien que tu ne vas pas mourir. » » (SF6).

Pour la SF8, plusieurs ajustements ont été faits pour son accouchement dû au fait qu'elle était sage-femme. Le médecin gynécologue-obstétricien a donné son accord pour un déclenchement de convenance, devant des facteurs qui auraient pu présenter un risque de dystocie des épaules (petite taille maternelle, et fœtal dont le poids était estimé supérieur à la norme), mais surtout du fait de l'impact de son expérience professionnelle traumatique, d'ailleurs partagée avec l'obstétricien qui a validé le déclenchement de convenance (décès fœtal en cours d'accouchement suite à une dystocie des épaules). « L'obstétricien qui me suivait était celui qui suivait la patiente qui a perdu son bébé. Il avait aussi été marqué. » (SF8). Sa sage-femme a aussi adapté sa prise en charge au moment de l'accouchement, réalisant les premiers soins de réanimation du bébé sur le ventre de sa mère avant de l'emmener en salle de réanimation. SF8 « pense qu'elle me l'a laissé un peu plus longtemps sur moi qu'elle ne l'aurait fait avec une autre patiente et un autre bébé dans cet état-là à la naissance. » (SF8).

Nous nous intéressons à présent aux **sages-femmes qui ont eu plusieurs enfants** (c'est-à-dire les SF2, 3 et 8). L'analyse des verbatims a permis d'analyser comment leur expérience d'avoir été accouchée par une sage-femme a influencé le choix de leur sage-femme pour l'accouchement suivant. Nous traiterons en même temps les raisons ayant, de leur point de vue, fait qu'elles aient été choisies par leurs collègues pour leurs accouchements. Cela permettra de voir s'il y a une influence quelle qu'elle soit.

SF2 déclare avoir privilégié « le critère copine à la façon d'accompagner les dames » pour le suivi de sa première grossesse, et la façon de travailler pour les suivantes. Parmi les collègues sages-femmes qu'elle a accompagnées pour leur accouchement, celle qui lui a demandé spécifiquement était une collègue avec laquelle elle n'était pas particulièrement proche. Les raisons pour lesquelles sa collègue l'aurait choisi seraient, selon elle, sa façon de travailler et son expérience (elle dit faire « partie des plus anciennes » dans une équipe avec de nombreuses nouvelles diplômées).

SF8 déclare l'inverse : elle a privilégié la façon de travailler et l'expérience de la sage-femme soignante pour sa première grossesse car elle avait besoin d'être « coachée » (SF8), avant de choisir l'amitié pour ses grossesses suivantes car « j'avais déjà accouché une fois ». Elle était donc plus sereine. Parmi les patientes sages-femmes qui l'ont choisie pour l'accouchement, les deux ont privilégié l'amitié pour la choisir elle, comme elle l'avait fait pour sa dernière grossesse.

SF3 dit encore qu'elle n'a pas choisi le lien d'amitié du tout mais l'expérience de la sage-femme « Il a dix ans de plus que moi. » (SF3) et le suivi global de sa grossesse et de son accouchement, c'est-à-dire que le sage-femme qui l'a accompagnée à l'accouchement suivait également sa grossesse. Elle déclare encore « qu'il y en avait juste trois ou quatre sur les cinquante avec qui je ne voulais pas tomber », sans pour autant souhaiter être suivie par une sage-femme en particulier. La patiente qui l'a choisie pour l'accompagnement de son accouchement l'a fait car c'était « une copine » dont elle a suivi toute la grossesse en haptonomie. On retrouve la recherche d'un suivi global dès la grossesse et jusqu'à l'accouchement.

Notre analyse montre donc que les sages-femmes n'ont pas les mêmes critères pour choisir la sage-femme qui les prendra en charge pour leur accouchement, mais que ces critères évoluent en fonction des expériences vécues. Nous échangerons sur ces résultats dans la partie discussion.

### 1.5 Une situation valorisante sur le plan personnel et professionnel

Selon les sages-femmes interrogées, plusieurs facteurs peuvent contribuer au choix par une sage-femme du professionnel de santé qui l'accompagnera lors de son accouchement. D'après le sous-thème précédent, les sages-femmes ayant eu l'expérience d'un accouchement rapportent avoir les critères suivants : la relation d'amitié, la façon de travailler ainsi que l'expérience. Nous retrouvons ces éléments dans les choix de la population générale de sages-femmes.

Les **qualités personnelles perçues** de la sage-femme influencent ce choix : l'optimisme, le fait de savoir mettre à l'aise, d'être apaisé et d'apaiser, la volonté de respecter leur projet (SF1, SF7) : « J'ai cette capacité à réussir à mettre à l'aise et à apaiser les choses qui fait que les gens se sentent bien avec moi » (SF1). « Mes copines qui m'ont choisie pour être leur sage-femme savaient que je respecterais toutes leurs volontés. » (SF7). Les valeurs personnelles partagées ont un grand rôle, comme celle de la confiance : « J'ai vraiment confiance, et comme elles me voient tellement avoir confiance en elles, elles ont confiance en elles. » (SF7).

Tout de suite après le lien d'amitié vient la « **façon de travailler** » (SF5) comme critère principal de choix de sa sage-femme lors de son accouchement (SF5, 6, 7). Le choix peut se tourner vers une sage-femme qui a une façon de travailler qui « ressemble énormément » (SF5) à sa propre pratique professionnelle. Le fait de ne pas être surpris par les choix de sa collègue peut rassurer lors de sa propre prise en charge. Et même si les façons de travailler des deux collègues ne sont pas exactement les mêmes, ce critère peut toujours être présent. SF6 interprète cela ainsi : « Je suis très poussée sur la physiologie et j'interviens peut-être moins que d'autres. Peut-être que c'est ça aussi qui attire. » (SF6). Les sages-femmes qui l'ont choisie lui disent : « Tu es calme en toutes circonstances et même face à l'urgence, tu gardes ton calme. Tu ne fais pas des gestes à courir partout. » (SF6). A contrario, cette façon de travailler ne plairait pas à tout le monde, et certaines sages-femmes ne la choisiraient pas justement pour cette raison-là. Cela prouve bien que la façon de travailler de la personne qui accompagne son accouchement est un critère prédominant dans le choix de sa sage-femme.

**L'expérience professionnelle** joue beaucoup dans le choix de sa sage-femme. En effet, une sage-femme plus expérimentée aura tendance à être plus choisie qu'une jeune diplômée. C'est une des raisons qui ont mené SF6 à être choisie pour suivre sa collègue : « Elle avait peut-être besoin de quelqu'un d'un peu plus d'expérience. » (SF6).

L'ancienneté dans l'équipe impacte aussi. Une sage-femme présente depuis longtemps dans l'équipe, connue, sera plus choisie qu'une sage-femme qui vient d'arriver (SF1 et 2). SF2 interprète cela comme suit : « Je fais partie des plus anciennes. [...] On n'a pas forcément envie d'être confrontée aux nouvelles sages-femmes quand on accouche. » (SF2).

Si la sage-femme a déjà une expérience dans le suivi d'une collègue sage-femme, cela pourra jouer dans le choix de sa sage-femme (SF1). Cela rassure : « J'ai déjà suivi mon amie et collègue une fois, ce qui fait que les filles savent que j'aime bien, que ça ne me stresse pas plus que ça, que ça se passe bien. [...] Elles se sentent peut-être plus en confiance en disant " Je sais que je ne mets pas en stress l'équipe à côté et que, elle, elle est contente de le faire." » (SF1).

De plus, un autre critère qui fait que les sages-femmes patientes choisissent telle ou telle sage-femme pour leur accouchement est celui des compétences supplémentaires dans la prise en charge. En effet, avoir passé un Diplôme Universitaire (DU) d'acupuncture ou une formation d'haptonomie est un atout pour être choisie par une collègue. (SF3 et 7). « Je suis acupuntrice aussi, c'est quand même un outil très, très précieux parce qu'on prépare vraiment toute la grossesse aussi en acupuncture. » (SF7).

## 2. Impact sur la prise en charge

### 2.1 Spécificités de prise en charge

Bien que les sages-femmes interrogées aient dans un premier temps rapporter n'anticiper aucun changement dans leur prise en charge, on retrouve dans les verbatims des éléments montrant au contraire une certaine adaptation dans les prises en charge décrites.

Cela se présente dès la **présentation de la patiente en relève où il est précisé son statut de sage-femme**. Cela montre une volonté d'adapter la prise en charge. En effet, s'il y a besoin d'être prévenu, c'est que cette prise en charge est atypique, que ce soit par les réactions, connaissances et attentes dues au statut de la patiente, ou de la modification de prise en charge qui en découle, comme l'introduction d'une perfusion d'ocytocine en cours de travail rapportée par SF9 : « Peut-être que **le fait qu'elle ait été sage-femme m'a aussi un peu influencée**, parce que je voyais qu'elle voulait que ça avance. [...] Elle était sage-femme, je ne suis pas contre du syntocinon... » (SF9).

Connaître sa patiente peut entraîner une **crainte supplémentaire de mal faire**, donnant lieu à une demande de second avis plus rapide auprès des collègues par rapport à une autre prise en charge. « J'informais toujours l'autre de ce qui se passait, de, où j'en étais, juste pour garder l'objectivité. Parce que justement, il ne faut pas dépasser les limites quand c'est ta copine. Au contraire. » (SF7).

Des modifications parlantes de prise en charge pourraient être **l'expérimentation de pratiques** dont la sage-femme n'a pas l'habitude. Par exemple, SF1 a piqué le bébé de sa collègue au sein, ce qu'elle n'avait jamais fait : « Quelque chose que je n'aurai pas fait sur une autre patiente. [...] Je lui ai dit que si ça ne la dérangeait pas, je le piquais au sein. Elle m'a dit que ce serait trop cool. » (SF1). Les sages-femmes peuvent aussi mettre plus **d'application dans leurs gestes**. Cela s'exprime chez SF3 par le fait de s'appliquer davantage pour suturer le périnée de sa patiente sage-femme : « J'ai pris je ne sais pas combien de temps à lui suturer les quelques points que je lui ai faits. » (SF3). Dans les modifications de geste plus que de prise en charge globale, se trouve la **gestion du rythme cardiaque fœtal**. SF5 trouve que « c'est le truc le plus stressant quand tu es sage-femme » (SF5), ce qui l'a amené à cacher le monitoring de la vue de sa patiente, diminuer le son du monitoring, et éteindre les transmissions présentes dans les salles d'accouchement. Sa patiente sage-femme « ne voulait pas connaître le rythme, mais c'est de mon initiative à moi d'avoir [mis en place ces modifications.] » (SF5). SF7 prend le parti de faire écouter le rythme cardiaque à sa patiente sage-femme quand celui-ci est bon, semblant vouloir prendre à témoin la patiente sage-femme sur l'absence d'un rythme cardiaque fœtal pathologique. « Les autres patientes, peut-être, je leur dirais juste : « Tout va bien, le bébé va bien. » Elle, je lui fais peut-être un peu plus écouter pour qu'elle se rende compte à l'oreille que la fréquence cardiaque est normale. » (SF7).

➤ **Vigilance accrue, plus de disponibilité**

Nous avons vu que la disponibilité accrue commence dès **l'engagement personnel** de venir en dehors d'une garde pour une collègue. « Je ne le ferai pas pour tout le monde, pour les copines. Pour les copines sages-femmes. » (SF7). Cette notion n'est pas présente uniquement dans les relations amicales : une sage-femme choisie par une collègue pour prendre en charge son accouchement, même si elles ne sont pas amies, viendra spécifiquement pour s'occuper de sa collègue.

Cependant, l'engagement n'est pas que personnel. En effet, **l'engagement professionnel** est également plus important que pour une patiente lambda. « J'étais prête à rester si elle me le demandait. » (SF1). La situation de SF4 nous l'exprime aussi : sa patiente sage-femme lui avait demandé d'être présente s'il y avait une césarienne en urgence. Ce à quoi elle lui a répondu « Si le travail me le permet et que tu as besoin, que ton mari n'est pas là, alors oui je serai là. » (SF4). Alors que d'habitude, cela se passe de la façon suivante : « Je l'emmène devant le bloc et puis je transfère le dossier à mes collègues. » (SF4). Sa patiente, puisqu'elle était sage-femme, a donc eu un traitement privilégié. La sage-femme pousse l'adaptation de la prise en charge pour rester présente pour sa patiente. On peut se demander jusqu'où elle irait, et à quel moment cela sortirait du cadre professionnel. Ici, SF4 a pris cette décision en accord avec sa collègue de garde et parce qu'elle savait que la charge de travail le permettait.

A posteriori de la prise en charge, les sages-femmes se remettent en question et en tirent des enseignements pour la modifier la prochaine fois si besoin. Les sages-femmes racontent être **satisfaites** de leur prise en charge de leur patiente sage-femme. Elles ont dans l'ensemble, un **bon vécu** de ce type de suivi. « Quand tout est fini, tu es contente. » (SF3). « Ça s'est super bien passé. » (SF5). « Une fois qu'on a fait la rencontre, que le travail est lancé, et que la relation, elle est là, je trouve que c'est super chouette et que ça se passe toujours bien. » (SF9). D'autres sages-femmes en **ressortent un apprentissage pour avoir une prise en charge plus adaptée** si la situation se reproduit. « [De réduire autant la distance avec ma patiente] ça m'est arrivé une fois, ça ne m'arrivera pas deux fois. » (SF4).

D'autre part, les sages-femmes ont montré une **disponibilité ciblée** dans la prise en charge de leurs collègues. Comme, la plupart du temps, elles ne sont pas de garde et n'ont donc qu'une seule patiente à s'occuper, cela leur permet de n'être « vraiment là que pour elle » (SF5) et de « s'occuper d'elle pleinement. » (SF1). Cela est un des points centraux de l'adaptation. Le fait d'être une sage-femme pour une femme devrait être le cadre habituel mais ne l'est pas en pratique.

SF1 nous exprime que « peut-être parce que c'était [son] amie » (SF1), elle a plus agi dans la précipitation que pour une autre collègue et a donc oublié de mettre le cathéter à sa patiente avant la pose de la péridurale par l'anesthésiste. En effet, elle voulait la **prendre en charge rapidement** et « se dépêcher parce que ça allait vite et qu'elle avait mal. » (SF1). Elle précise que même l'anesthésiste lui a fait la remarque que ce genre d'oubli ne lui arrivait jamais en temps normal. Nous verrons plus tard le rôle de l'implication émotionnelle dans la réaction face à une situation d'urgence, et plus spécifiquement lors de complications obstétricales ou néonatales.

Cette vigilance et cette **attention accrue** sont très présentes chez la SF4. Elle nous rapporte : « Je répondais toujours très rapidement quand c'était elle qui sonnait, comme d'habitude, mais j'avais une petite intention, j'étais hyper attentive. » (SF4). Ou bien : « On prenait particulièrement soin d'elle et on répondait tout le temps à ses sonnettes rapidement de par le statut. Elle avait un peu un truc favorisé dans le service. » (SF4). Ou encore : « Pour être totalement honnête, je pense que j'avais une tendance à répondre plus rapidement ou plus en premier. » (SF4).

#### ➤ Petites attentions

Trois des neuf sages-femmes interrogées ont évoqué des petites attentions faites à leur patiente (SF1, SF3 et SF4). Cela se traduit de plusieurs manières.

Pour SF3, c'est par le **choix de la salle** : « La salle était dispo, je lui avais bloqué tôt le matin. [...] Tu récupères la plus belle salle, ce qu'on fait à peu près toutes dans ces situations-là. » (SF3).

Pour SF1, cela passe par la **décoration de la chambre** en maternité : « On avait fait une petite surprise : on avait décoré la chambre, comme ça, quand je l'ai ramené dans la chambre elle était contente de trouver les petites surprises. » (SF1).

Enfin, pour SF4, cela passe par des **cadeaux** : « J'ai quand même acheté des choses pour elle, pour la gâter. Et ça, je n'ai jamais fait ça pour personne. De toute ma carrière, je n'ai jamais fait ça. » (SF4).

On peut se demander si le nombre d'année d'expérience joue dans l'implication financière de ce type de patiente. En effet, SF4 a moins d'un an d'expérience. Cependant, on remarque que c'est également le cas de SF5, qui ne rapporte pas du tout cela. A posteriori, SF4 réalise qu'elle s'est « fait dépasser » dans cette prise en charge. Elle déclare : « Jamais je ne dépasse la barrière. Je suis hyper sympa, mais toujours professionnelle. » (SF4). Elle affirme que cette relation s'est installée pour les raisons suivantes : « Le fait que je la suivais tous les jours, mais c'est aussi le fait qu'elle avait mon âge, qu'elle était aussi sage-femme et que c'était aussi l'amie d'une collègue. » Elle regrette maintenant que la

limite ait « tellement été franchie ». (SF4). SF4 s'est sentie débordée par cette relation où elle n'a pas réussi à mettre de limite, jusqu'à s'impliquer financièrement dans cette relation. A noter cependant que l'implication financière est minime dans le sens où elle a acheté un paquet de barres chocolatées à sa patiente. Mais cet exemple nous montre qu'une telle disparition du lien professionnel est possible. Il faut donc en avoir conscience pour éviter de le reproduire. Cet exemple issu des résultats vient illustrer la difficulté plus présente à s'ajuster dans la relation. Nous verrons dans la discussion que la relation médecin malade quand le patient est lui-même professionnel de santé entraîne des modifications dans la proximité ou la distance qui s'établie.

Malgré tout, **l'expérience de la sage-femme a un impact sur sa pratique**, notamment sur sa confiance en soi. Ce gain de confiance peut lui permettre de garder la juste distance avec sa patiente, même si celle-ci exerce le métier de sage-femme.

- Tolérance qui n'aurait pas été d'actualité pour une patiente lambda et perception du risque modifié

Le premier point qui ressort des entretiens est le fait que, face à une patiente sage-femme, les équipes **osent se laisser plus de temps** (SF2, 8 et 9). SF2 rapporte : « J'ai appelé au bout des 30 minutes, et puis, d'un commun accord, on a décidé de la faire pousser un peu plus longtemps. [...] Comme c'est une collègue, on lui a laissé un petit peu plus de temps. [...] Parce que c'est une collègue sage-femme et femme de gynéco donc c'est un peu particulier les décisions qui sont prises dans ces moments-là. » (SF2). Pour SF8, cela s'est passé de la façon suivante : « Je l'ai laissée pousser une heure un quart. [...] Pour une patiente lambda, je ne serais pas allée si loin. En tout cas, sans l'accord express de l'obstétricien dans la salle. » (SF8). Les sages-femmes interrogées précisent qu'il n'y avait pas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal à ces moments-là : « Le tracé était parfait. » (SF2 et 8). SF8 explique ce choix et cette latitude d'intervention plus longue par le fait que ça aurait été « un échec pour moi et pour elle de ne pas lui avoir donné ce qu'elle souhaitait depuis le début. Alors qu'elle m'avait choisie pour l'accoucher. » (SF8). Le fait d'être choisie comme sage-femme pour accompagner une collègue pousse donc les professionnelles à **se rapprocher au plus près du projet de naissance** de leur collègue.

Pour coller au plus près du projet de sa collègue, l'argument qu'elle soit sage-femme est pris en compte dans les décisions qui sont prises. En effet, la patiente de SF1 a accouché d'un petit bébé et « le pédiatre voulait absolument mettre des compléments. » (SF1). SF1 a donc essayé de « négocier un peu

pour « Aller elle n'a pas envie d'en donner, on essaie. » Il a dit : « Ok, mais franchement c'est bien parce que c'est elle, c'est bien parce que c'est toi. » » (SF1). En effet, de par leur statut de sage-femme, les **protocoles sont adaptés** (SF1, 5 et 7). Le protocole a été adapté une nouvelle fois par SF7 : « Normalement, elle ne peut pas accoucher en maison de naissance comme c'est un utérus cicatriciel. Mais comme c'est une collègue, on a fait une exception. » (SF7). La patiente de SF5 avait demandé à faire la surveillance post-césarienne « en salle d'accouchement et pas en salle de réveil » (SF5) du bloc général, comme c'est prévu habituellement. La profession de sage-femme de sa patiente influence donc sa prise en charge au moment de son accouchement.

La modification de la prise en charge peut être organisationnelle, comme pour SF5 (surveillance de césarienne en salle d'accouchement), ou médicale comme pour SF1 (ne pas donner de compléments à son bébé) et SF7 (prise en charge en maison de naissance d'un utérus cicatriciel). Dans ce cas, pour la sage-femme soignante, sa collègue patiente a une connaissance supérieure aux autres patientes, ce qui lui permet de se laisser plus de liberté dans la prise en charge. En effet, elle se dit que s'il y a un problème ou si son enfant montre des signes d'hypoglycémie par exemple pour la SF1, sa patiente le verra et alertera. Elle considère donc sa patiente comme ayant des compétences médicales et des réflexes qu'une autre patiente n'aurait pas. Avec cet argument, elle remet en cause les protocoles ou tente de les alléger pour se mouler aux souhaits d'accouchement de sa patiente. Les protocoles étant présents pour réduire les risques, la sage-femme considère que le risque qu'elle prend, en ne suivant pas le protocole, est contrebalancé par le fait que sa patiente soit sage-femme.

Suite à cela, SF5 et SF9, rapportent qu'elles sont **moins interventionnistes** face à une patiente sage-femme. « C'est sûr qu'on était vraiment partis pour faire un accouchement par voix basse, mais si ça n'avait pas été elle, je pense qu'on aurait certainement fait une césarienne. » (SF5). En effet, pour une autre patiente dans le même contexte (ventouse sur une primipare avec un bébé en occipito-sacré non-engagé), elle explique qu'ils auraient sûrement pris la décision de faire une césarienne. L'équipe du bloc était prévenue et prête, mais ils ont tenté au maximum la voie basse, malgré le fait que « pour le risque de réanimation néonatale, on aurait carrément pu faire une césarienne. » (SF5). « Je trouve qu'on se donne plus de temps parce qu'on a envie que ça marche comme ils aient envie. Je trouve qu'on met plus de temps à décider d'une césarienne, plus de temps à décider d'une extraction. » (SF9). Quand nous lui avons demandé si la décision d'attendre ou de pousser plus longtemps venait de la sage-femme ou de la patiente qui faisait une demande explicite, elle nous a répondu : « C'est la sage-femme qui fait. Pas la patiente. En tout cas, moi, j'ai fait pousser la patiente une heure, elle ne s'est pas rendu compte qu'elle a poussé une heure. » (SF9). Nous pourrions nous demander pourquoi les sages-femmes ne sont pas, au contraire, plus interventionnistes avec ces patientes, pour que tout le

monde aille bien justement. L'explication de SF9 est la suivante : « Avant d'appeler le gynécologue, on essaye à fond parce qu'on veut que ça marche comme ça avant. [...] Qu'elle y arrive, et qu'elle se dise qu'elle a réussi toute seule. » (SF9). Elle poursuit sa réflexion : « Il faut se dire que, peut-être, on peut se laisser plus de temps de manière générale, parce qu'il n'y a aucun problème derrière. » (SF9). Nous discuterons de la prise de risque plus marquée lorsqu'il s'agit d'une collègue sage-femme.

Cette perception du risque est plus ou moins influencée par les mises en garde d'autres professionnels. SF3 accompagnait une patiente sage-femme ayant un utérus cicatriciel et ayant un travail plutôt long, et a été mise en garde par la gynécologue de garde. Elle lui a répondu qu'elle était confiante et déclare « Je pense que je suis restée **impartiale**. » (SF3). Elle dit avoir géré ce risque augmenté comme pour une autre patiente dans le même contexte. Mais ce n'est pas le cas de toutes les sages-femmes interrogées.

D'autre part, SF1 révèle un autre privilège accordé aux sages-femmes qui accouchent : « Dire, par exemple à l'anesthésiste : « Ecoute, c'est une collègue, dépêche-toi. » Pour quand même **faire jouer un peu les relations**. » (SF1).

Par rapport à l'équipe, une sage-femme qui accouche sur son lieu de travail pourra **choisir l'équipe** qui l'accompagnera au moment de son accouchement (SF5 et 6). Il ne s'agit pas ici du choix de la sage-femme, que nous avons déjà abordé, mais du choix des autres professionnels présents : « A quel médecin se référer s'il y avait un problème. Ce n'était pas forcément le médecin de garde. » (SF6). Cela peut être soit un choix précis du médecin par exemple, mais aussi un choix par exclusion, si la patiente ne veut pas de certaines personnes de l'équipe auprès d'elle.

En outre, pour SF6, cet accompagnement entraîne de **sortir de sa zone de confort professionnelle** en faisant quelque chose dont on n'a pas l'habitude. Elle déclare : « Je ne fais pas beaucoup de suivi de grossesse, mais en tout cas, la sienne, je l'ai suivi. » (SF6).

### 2.1.2 *Gestion des complications obstétricales et néonatales*

La gestion des complications obstétricales ou néonatales est évoquée par 5 des 9 sages-femmes interrogées (SF2, 3, 4, 5 et 6).

La première adaptation en cas de complication lors de l'accouchement est que la plupart des sages-femmes enceintes demandent à une sage-femme **de venir spécialement pour elles**. En effet, cela permet d'avoir **une personne supplémentaire** au cas où il y aurait besoin de gestes techniques nécessitant une équipe plus nombreuse. Par exemple : « S'il y a une hémorragie, on aime mieux être deux, s'il y a une réanimation, on aime mieux être plusieurs. » (SF6).

SF3 admet que si le travail s'était moins bien passé ou s'il y avait eu des complications, elle aurait **passé plus facilement la main**. Le fait de se mettre en retrait lors de la prise en charge de complications permet au binôme sages-femmes soignante et patiente de garder des liens plus neutres. Ces liens ne sont déjà pas banaux du fait de cet accompagnement dans une période très intime de leur vie de femme. Cependant, le souhait de passer la main à l'arrivée d'une complication permet de ne pas s'impliquer dans un souvenir négatif ou difficile, qui pourrait rester ancré pour la patiente, et ainsi troubler leur relation postérieure à cette prise en charge.

Cette relation précédant l'accouchement rend **l'annonce d'une complication plus difficile** que pour une patiente classique. « J'ai senti que j'ai eu dur à lui annoncer la nouvelle. Elle était dans son lit avec l'hémorragie. Elle me dit : « C'est grave N. ? » Je lui ai répondu : « On va y aller, j'appelle le médecin. » J'ai eu dur à dire que c'est chaud. » (SF4). « J'étais plus désolée pour elle de voir que le bébé partait en néonatalogie que de l'issue de l'accouchement. L'accouchement, vraiment, je ne vois pas comment on aurait pu changer les choses. Le passage en néonatalogie, pour moi, c'était un petit peu le coup de grâce à la fin. La pauvre, elle s'est payé le travail, l'échec d'extraction, la césarienne, derrière la néonatalogie, ça faisait beaucoup. » (SF2).

Cela revient aux points précédents où les sages-femmes veulent que l'accouchement de leur collègue se passe le mieux possible. Quand ce n'est pas le cas, c'est plus difficile pour elles de l'accepter et de l'annoncer à leur patiente. On en revient au sentiment d'être jugée négativement. Le fait de ne pas avoir « réussi » l'accouchement peut entraîner chez les sages-femmes soignantes un sentiment de déception. « On n'a pas envie de décevoir, on a envie que ça se passe bien. » (SF2). Elles ressentent une pression dans ce type d'accompagnement pour que l'accouchement se passe au mieux. Elles peuvent donc ressentir un sentiment de culpabilité quand ce n'est pas le cas.

Quand la gestion des complications est de surcroît faite par soi-même, cela est **plus difficile émotionnellement** parlant. SF5 témoigne suite à la réanimation du fils de son amie : « Côté personnel, ce n'était vraiment pas facile. De savoir que c'était le fils de B. qui était sur la table de réanimation, c'était vraiment le moment le plus intense de toute la naissance. » (SF5). Elle décrit vraiment cela comme un moment « horrible » (SF5). Cela est sûrement dû au fait que la pression est plus importante quand l'enfant est le fils d'une amie et collègue. Il n'y a pas la même distance dans la relation de soin entre une sage-femme et une patiente classique ou avec une patiente sage-femme connue. L'implication émotionnelle est majorée, nous y reviendrons dans le chapitre qui traite de ce thème.

D'autre part, quand sa patiente est sage-femme, nous savons « que les mots vont avoir beaucoup plus d'impact, si tu lui dis « On va rompre, le liquide est teinté. » » (SF5). En effet, **l'évocation des complications ou d'éléments négatifs du travail va avoir plus d'impact** sur la patiente sage-femme. A la connaissance de ceux-ci, la patiente fera les liens de ce qu'un élément comme un liquide teinté signifie ou évoque comme complications, ce que ne fera pas une patiente classique, qui n'aura que les explications que la sage-femme lui donne.

Pour pallier cela, certaines sages-femmes, à la demande de leur collègue patiente, **taisent des informations évoquant un travail difficile pour ne pas inquiéter** la future maman. C'est ce qui s'est passé pour SF5 : sa patiente avait anticipé en lui demandant de ne pas lui communiquer d'informations sur la couleur du liquide ou sur le tracé du rythme cardiaque. « Je pense que je l'aurais plus tenu au courant si ça avait été une patiente lambda. Je pense que j'aurais déjà débuté des informations sur la césarienne. » (SF5). Le fait de ne pas dire cela à sa patiente sage-femme lui évite de penser au côté médical de son accouchement et des complications potentielles, et ainsi de rester dans sa bulle de future maman.

### *2.1.3 Place du père / position / inclusion*

Dans le suivi d'une patiente sage-femme, la soignante a souvent une relation privilégiée avec la maman, au moins de par leur métier. Il est également important de **donner sa place au papa**. SF1 raconte le moment où elle massait la future maman pendant le travail : « Montrer à son homme : "Je ne veux pas non plus me mettre entre vous." Le but, c'est que c'est quand même le papa. Donc il a massé aussi, je lui ai montré comment faire. » (SF1).

La relation privilégiée entre la sage-femme et sa patiente implique aussi une **relation privilégiée avec le papa**. En effet, SF1 décrit la relation avec les conjoints de patientes sages-femmes comme : « c'était vraiment différent. Dans le sens où comme leur femme étaient très confiantes envers moi, il n'y avait pas cette question de « On ne la connaît pas. » De création de lien de confiance. « Comme elle lui fait confiance, moi, je lui fais confiance. » » (SF1). La relation professionnelle est donc modifiée : « C'est être entre amis dans une relation professionnelle. » (SF1).

Le papa peut avoir des notions de maïeutique de par le métier de sa femme, ou bien parce qu'il travaille lui-même dans ce domaine. Le père peut donc être **plus informé et aidant** dans la prise en charge. SF2 a apprécié les gestes du conjoint obstétricien de sa patiente : « Quand je l'ai examiné, il préparait la serviette et la culotte après, il aidait sa femme à se réinstaller. » (SF2). Mais il est aussi important qu'il **reste dans son rôle de père** : « Il était très, très professionnel parce qu'il savait ce qu'il fallait faire, mais à la fois sans être intrusif dans mon suivi et dans ma façon de l'accompagner. » (SF2).

Bien que la relation avec sa femme soit particulière de par leur métier commun, si le papa ne travaille pas dans le milieu médical, il faut **l'informer et l'inclure comme n'importe quel coparent**. « C'est aussi important que lui comprenne un peu. Qu'il nous dise bien : « Là, je n'ai rien compris » ou « Là, j'ai compris ». Parce qu'on a souvent des mots entre collègues où parfois, le conjoint ne peut absolument rien comprendre. Donc je lui avais bien dit de m'arrêter s'il y a quelque chose qu'il ne comprend pas. » (SF5). La future maman lui expliquait aussi ce qu'il se passait. C'est pour cela que c'est important de l'inclure et lui expliquer les choses comme un coparent qui n'a pas de connaissances médicales, tout en sachant que cela se fera de façon particulière par le fait que sa femme est sage-femme.

#### *2.1.4 Importance / rôle de l'équipe*

Au-delà du binôme sage-femme/patiente, **l'équipe** prend aussi une place particulière, il est donc important que sa présence soit favorable à la prise en charge et la relation de soin.

L'équipe alentour peut **ne pas être aidante en étant envahissante**. Les collègues présents sur place peuvent être tentés d'envahir la collègue qui est sur le point d'accoucher. La sage-femme qui la prend en charge incarne donc le rôle de « protéger » en quelque sorte sa patiente des irruptions des collègues, « éviter qu'il y ait un défilé dans la chambre. » (SF6). D'autre part, la patiente de SF2 a eu un échec d'extraction suivi d'une césarienne. SF2 rapporte que les collègues « sont arrivés dans la pièce

en faisant une tête de six pieds de longs à la place d'être « cocoonant ». [...] Et j'avais trouvé ça un petit peu déplacé. » (SF2).

A l'inverse, l'équipe peut être présente **en soutien**. En effet, quand la patiente est une collègue, toute l'équipe se sent concernée. « Tout le monde est venu dans la salle à l'encourager pour qu'elle pousse. » (SF1) ou encore « Toutes les collègues de nuit sont restées, toutes les collègues de jour sont arrivées, tout le monde attendait dans le bureau. » (SF9). Les collègues veulent s'assurer que l'accouchement se passe bien et être présents en soutien si besoin.

La sage-femme qui suit une patiente exerçant le même métier peut s'appuyer sur l'équipe pour **déléguer**, en cas de complications notamment. SF3 a réalisé une délivrance artificielle sur une collègue et amie, ce qu'elle regrette aujourd'hui. En effet, sa patiente lui a rapporté plus tard qu'elle avait fait régulièrement des cauchemars suite à cet acte invasif. Savoir qu'elle a causé ce traumatisme chez sa collègue a eu un impact psychologique sur la sage-femme qui a fait l'accouchement. Elle ne reproduira pas cette expérience à l'avenir : « Si c'est sur ma garde, s'il y a des troubles du rythme, la césarienne j'irai, mais la délivrance artificielle, c'est sûr que je ne le ferais pas. » (SF3). Elle considère la délivrance artificielle comme un acte invasif et violent pour beaucoup de femmes, et ne veut pas être associée à cela quand elle suit une collègue et amie. L'équipe joue aussi un rôle important quand il s'agit de passer le relais. SF8 explique l'importance de s'appuyer sur les collègues de garde. « Dans une équipe, il y a toujours d'autres sages-femmes qui peuvent prendre le relais. Il ne faut pas se retrouver en difficulté. » (SF8). En effet, elle considère que la possibilité de déléguer est primordiale, que sa patiente sage-femme soit connue ou non. Dans ce genre de situation, la prise de décision peut être modifiée, et déléguer peut être la solution pour ne pas prendre de mauvaises décisions. (SF8).

Enfin, la sage-femme peut aussi **demander des avis** à ses collègues présents sur place. Comme pour n'importe quelle garde, être au moins deux permet de se concerter et s'assurer de la prise en charge découlant d'une situation. Mais dans le cas spécifique de la prise en charge d'une sage-femme, cela implique d'autre chose. En effet, les sages-femmes enceintes font souvent appeler à une sage-femme spécifique qui revient en dehors de ses gardes pour être présente à leur accouchement. Dans ce contexte, la sage-femme peut se retrouver avec beaucoup de fatigue, notamment si elle enchaîne plusieurs gardes, n'a pas dormi depuis un long moment... « C'est vrai que je demandais pas mal d'avis à mes collègues. [...] J'avais beaucoup, beaucoup de fatigue qui était en train de s'accumuler et je pense

que de pouvoir vraiment parler avec tes collègues et d'avoir un deuxième avis, ça fait toujours du bien. » (SF5). SF6 va plus loin en parlant de « garde-fou » pour nommer l'autre collègue de garde, « pour ne pas qu'il y ait un emballement émotionnel à aller trop loin, parce qu'on a très envie de faire plaisir à la personne qui accouche. » (SF6). En effet, l'équipe de garde peut aider la sage-femme à rester objective, ce qui peut être plus remis en cause quand nous accouchons une personne connue ou avec laquelle il y a des liens spéciaux.

## 2.2 Impact sur la relation de soin et la décision médicale partagée

### 2.2.1 *Echange sur ce que veut la patiente pour prendre une décision partagée / anticipation de la prise en charge*

Un échange a toujours lieu pour savoir ce que veut la patiente sage-femme. Cela permet, au-delà de prendre une décision partagée, d'anticiper la prise en charge et de l'ajuster si besoin.

SF3 rapporte que la discussion n'engendre pas de prise en charge particulière puisqu'il s'agit d'un suivi sans demande particulière de la part de la patiente sage-femme, cela fait qu'il « n'y avait pas de truc drivé avant. » (SF3). En effet, dans la prise en charge globale, la patiente « ne voulait pas de péridurale » (SF3), c'est ce que SF3 appelle un suivi « classique. » (SF3). Nous avons cependant relevé des modifications dans sa prise en charge.

En outre, à chaque fois qu'une sage-femme suit une patiente elle-même sage-femme, un **échange au préalable** est réalisé pour « prendre en considération tout ce qu'elle voulait pendant le travail et ce qu'elle ne voulait pas. » (SF5). Cette discussion est importante pour « poser les choses, pour savoir « Comment tu envisages ton accouchement et qu'est-ce que tu attends de moi ? » » (SF8). Cela a pour but que la sage-femme se prépare à cette prise en charge d'une patiente particulière, pouvant amener des demandes particulières. Elle trouve aussi que « c'est quand même une sacrée responsabilité » (SF8) d'accompagner une patiente sage-femme. Ainsi, quand cela est possible, c'est-à-dire quand la patiente fait la demande au préalable, il est préférable d'avoir ce temps d'échange pour anticiper la prise en charge et en discuter ensemble avec sa patiente, afin que la décision soit partagée entre ce que la patiente veut et ce qu'il est possible de faire.

Cet échange et cette anticipation comprennent aussi le fait de savoir qui sera de garde le jour de l'accouchement afin de **se projeter dans la prise en charge**. En effet, pour la sage-femme qui suit le travail, « savoir qui est de garde » (SF5) permet de diminuer le stress que peut provoquer ce type d'accompagnement. Cela lui permet « d'être mise en confiance dans sa propre équipe » (SF5) et de rassurer également sa patiente qui sait alors que « si j'avais besoin d'un coup de main, j'avais des collègues qui étaient à côté et c'est des collègues qui étaient supers. » (SF5). Cette anticipation de la prise en charge est primordiale pour que la sage-femme arrive en confiance pour accompagner sa collègue.

D'autre part, il existe le cas où la patiente n'est pas connue et avec qui la discussion ne peut donc pas avoir lieu pendant la grossesse. Au moment de la prise en charge en salle de naissance, la sage-femme **s'enquière de façon plus précoce des attentes** de cette dernière pour son accouchement. SF6 en atteste : « Je lui ai peut-être demandé un petit peu plus tôt s'il y avait des choses qu'elle ne voulait absolument pas ou qu'elle voulait. » (SF6). SF8 déclare qu'elle a « pu quand même aborder ce qu'elle souhaitait pour son accouchement le moment venu » (SF8) afin d'adapter la prise en charge en fonction.

### *2.2.2 Inclusions dans la prise de décision*

La **discussion précédant la prise en charge** permet déjà d'inclure en quelque sorte la patiente dans le type d'accompagnement qui sera proposé pendant le travail. SF2 adapte sa prise en charge au souhait de sa patiente sage-femme qui « avait parlé du fait d'essayer sans péridurale. » (SF2).

Lors de l'accouchement, la plupart des sages-femmes **n'incluent pas plus leurs patientes dans la prise de décision** quand ces dernières sont des collègues sages-femmes (SF1, 2, 3 et 8). En effet, pour ces sages-femmes, ce choix est fait car « ce n'était pas sa place, je crois que ça ne m'est même pas venu à l'idée » (SF1), ou encore « la décision me revenait, sauf si elle me disait non. » (SF3). Cependant, elles préviennent leur patiente d'un acte pour lui dire ce qu'elles font : « c'est quelque chose que je fais avec tout le monde et pas parce que c'était elle » (SF1). Cette décision de ne « pas inclure plus qu'une patiente classique » (SF2) sa patiente sage-femme est expliqué de la façon suivante : « Je ne voulais pas que, parce que c'était une sage-femme, je puisse me laisser influencer sur ma manière de travailler. » (SF8). De plus, le fait qu'elle soit sage-femme ne change pas nécessairement la prise de

décision : « Ce n'est pas parce que c'était une sage-femme qui n'aurait pas voulu de délivrance dirigée que je serai allée dans son sens. » (SF8).

Face à cela, les patientes peuvent être d'accord de **laisser décider la sage-femme** pour leur prise en charge. La patiente de SF1 lui a répondu lors de la décision de s'installer à l'accouchement : « Pas de souci. Dis-moi ce qu'il faut que je fasse. » (SF1). La patiente de SF5 n'a pas non plus cherché à discuter avec SF5 de sa prise en charge : « Il n'y avait pas de « Tu devrais faire ci, tu devrais faire ça. » Non, c'était vraiment une patiente lambda que je prenais en charge. » (SF5). Elle rajoute même que cette prise en charge était agréable car, du fait que sa patiente était sage-femme et l'avait choisi pour son accouchement, elle avait besoin de « moins de justification. Dû au fait qu'on travaille exactement de la même façon. » (SF5). En effet, leurs arguments pour les prises de décision sont les mêmes, sa patiente se laisse donc guider dans la prise en charge et n'intervient pas plus qu'une autre patiente dans la prise de décision. Cette situation pourrait rapidement devenir très inconfortable en cas de désaccord.

En réaction à la prise de décision par la sage-femme soignante, la sage-femme patiente peut être **réticente à ses choix de prise en charge**, voire en **opposition avec ses décisions**. SF5 rapporte le cas d'une sage-femme venant accoucher dans une maternité qui n'était pas son lieu d'exercice, et qui a refusé l'introduction du syntocinon dans sa prise en charge. SF5 a réagi de la façon suivante : « Tu vas te justifier parce que si tu décides d'en mettre, c'est qu'il y a besoin d'en mettre. » (SF5). SF8 rapporte un cas similaire, dans lequel sa patiente s'est opposé à la rupture des membranes. La réaction de SF8 a été de lui dire : « Ok pour cette fois-ci, mais au prochain examen, tu me laisseras être sage-femme et rompre comme je le sens. » (SF8). La prise de décision s'est alors faite à deux pour trouver un compromis qui convienne aux deux sages-femmes de cette relation de soin. Une patiente, au lieu de s'opposer à une décision de prise en charge active de sa sage-femme, a fait l'inverse : « Elle s'est rompue elle-même. » (SF7). En effet, elle souhaitait accélérer le travail mais sa sage-femme estimait qu'il n'était pas nécessaire de rompre la poche des eaux, elle a alors procédé au geste elle-même : « Elle met les doigts dans son vagin. Elle me dit « Clac ! Eh ben voilà, je l'ai fait. » » (SF7). Ici, la sage-femme soignante se retrouve spectatrice de la prise en charge de son accouchement par la patiente. Elle subit sa prise en charge malgré des tentatives de justifications. La perception du risque n'est pas la même pour la sage-femme qui prend en charge la parturiente que pour la sage-femme qui accouche. Cela entraîne donc la parturiente à prendre des risques que la sage-femme, ne vivant pas le travail elle-même, ne prendrait pas. La patiente s'est appropriée la décision médicale.

En outre, d'autres patientes sages-femmes sont **actives dans les décisions qui sont prises**. Cela peut être de leur propre chef, pas forcément en réaction à une décision de leur sage-femme. C'est, par exemple, la patiente de SF3 qui a décidé de s'installer pour les efforts expulsifs en invoquant la raison suivante : « On s'installe parce que, le temps de faire les papiers, sinon vous allez être en retard. » (SF3). Cela montrait à SF3 qu'elle avait envie d'accoucher avec elle, et qu'elle connaissait les devoirs administratifs qui accompagnaient un accouchement. D'autre part, SF9 a complètement inclus sa patiente dans la prise de décision. Elle l'a considéré comme une collègue plus qu'une patiente en lui montrant le tracé du rythme cardiaque de son bébé qui commençait à être pathologique et en lui disant : « Moi, je te mettrai une péridurale. Tu veux bien une péridurale ? » Elle avait dit « Oui. » » (SF9). Elle admet qu'à une patiente lambda, elle « lui aurait expliqué ce qui se passait sur le tracé, mais je n'aurais pas retourné le tracé pour dire « Regarde. » » (SF9). En lui demandant son avis et en lui demandant de valider sa prise en charge, elle l'a plus impliqué dans la prise en charge qu'une patiente classique.

### 2.2.3 Explications délivrées

#### ➤ Vocabulaire utilisé

Le fait de suivre une patiente sage-femme impacte la relation de soin de par le vocabulaire qui est utilisé. En effet, les sages-femmes n'ont **pas besoin de vulgariser** les termes techniques puisque leur patiente les comprendra. Elles utilisent le même vocabulaire médical de par leur métier commun. C'est ainsi que SF2 a évoqué l'utilisation du « Néopuff » dans la réanimation du bébé de sa patiente. « On peut se permettre d'employer des termes médicaux, parce qu'on sait qu'elle va comprendre, tout en se retournant vers le compagnon et en lui expliquant parce que lui, il ne comprend rien. » (SF2). Elle trouve cela plus agréable de ne pas avoir à chercher ses mots pour expliquer une situation. C'est ce même vocabulaire qui permet parfois de savoir que sa patiente travaille dans le domaine médical. En effet, quand « elles viennent en disant : « Je suis une primipare de tel âge, Rhésus plus, Toxoplasmose négative, Streptocoque B négatif, je contracte depuis telle heure, j'ai rompu à telle heure... » » (SF9), la sage-femme se doute que sa patiente exerce un métier médical par les mots qu'elle utilise et les informations qu'elle transmet. Le vocabulaire échangé est commun, les deux protagonistes de cette relation de soin « parlent la même langue ». Il ne faut cependant pas oublier de vulgariser pour le papa s'il est présent et étranger à ces termes techniques.

### ➤ Degré d'informations apportés

Le degré d'informations apportées diffère en fonction de ce dont il est question.

Une sage-femme ayant une patiente sage-femme sera « peut-être **moins dans l'explication des gestes techniques.** » (SF1). Le fait d'avoir « une patiente terriblement informée » (SF2) dispense de tout expliquer puisqu'elle comprend d'elle-même, contrairement à une patiente lambda où la sage-femme « aurait expliqué au fur et à mesure ce qu'il se passait. » (SF2).

Cependant, cette **diminution d'informations n'est pas d'actualité quand le papa est présent** et n'est pas familier au milieu médical. « De toute façon, t'es obligée d'expliquer ce que tu fais parce qu'il y a le papa qui est à côté et que tu ne le laisses pas de côté. » (SF3). Cet apport d'explication peut être fait par la sage-femme ou par la patiente elle-même.

A l'inverse, on assiste à une **augmentation du degré d'informations apportées** à certains moments clés du suivi du travail. « Je disais plus de choses sur son col quand je l'examinais. » (SF8). Cela permet à la patiente, qui a des connaissances en maïeutique, d'avoir une vision plus précise de son col et ainsi voir l'avancée du travail de façon plus fine qu'une patiente classique. Cela peut être, dans cet exemple, le fait de savoir si son col est effacé ou non, la hauteur de la présentation...

## 2.3 Impact sur la position de chacun

### 2.3.1 Diminution de la proximité

#### ➤ Passage plus facile au tutoiement

Sur l'utilisation du vouvoiement et du tutoiement, les sages-femmes rapportent plusieurs cas de figure.

Deux sages-femmes (SF2 et 3) sur les neuf interrogées déclarent avoir gardé l'utilisation du vouvoiement, comme elles le font pour toutes leurs patientes. Il n'y a alors **pas d'adaptation grammaticale du langage**. SF3 est allée jusqu'à maintenir le vouvoiement alors même que sa patiente s'était mise à la tutoyer : « Elle m'a tutoyé, mais moi non. » (SF3). On peut interpréter cela comme si la patiente souhaitait réduire la distance avec sa sage-femme, mais que la sage-femme tentait de la maintenir.

L'inverse s'est également présenté (SF2 et 7), c'est-à-dire que le tutoiement est maintenu entre les deux acteurs de la relation de soin. Soit parce que celles-ci se connaissaient avant et utilisaient déjà le tutoiement, soit parce qu'il est d'usage sur leur lieu professionnel de tutoyer ses patientes et de se faire tutoyer en retour. SF2 rapporte que « ça aurait été bizarre de passer au « vous. » » (SF2), tandis

que SF7 déclare : « Il n'y a pas cette distance qu'on m'a appris à mettre à l'école et pour autant, ça n'enlève rien au professionnalisme. » (SF7).

Enfin, un **passage du vouvoiement au tutoiement** peut s'opérer (SF1, 4, 6 et 9). Cela peut venir de la patiente, comme pour SF4 : « Elle l'a amené en disant « Mais tutoies, moi. On peut vraiment se tutoyer moi aussi je suis sage-femme. » (SF4), ou être initié par la sage-femme : « On demande aux patientes si on peut les tutoyer, notamment au moment de l'accouchement. Et là, je lui ai demandé directement. » (SF9). Cela crée « moins de distance » (SF9) entre la sage-femme et sa patiente. La parole peut être la manifestation que la barrière professionnelle avec sa patiente est franchie : « Quand elle est revenue de sa césarienne, elle a dit : « Elle, c'est ma chérie d'amour. » Et moi, je lui ai dit « On ne se quitte plus bébé. » » (SF4). SF4 atteste à posteriori que cette réaction était « vraiment décalée » et que c'est quelque chose « que tu peux dire avec ta copine avec qui tu déliras. » (SF4). Cela montre à quel point ces relations avec une patiente sage-femme peuvent être sources de rapprochement.

#### ➤ Variation ou non dans le rapport au toucher

La plupart des sages-femmes (SF1, 5, 6 et 7) ne trouvent **pas de variation dans le toucher** avec une patiente sage-femme ou une patiente qui ne l'est pas. « Pas moins, pas plus de distance. Quand j'avais besoin de la masser, quand elle avait mal, je la massais comme je fais avec les autres patientes. » (SF6).

En opposition, SF2 et 4 déclarent avoir été **plus tactiles** avec leur patiente sage-femme : « Je suis assez tactile avec mes patientes et là, je dirais que je l'étais peut-être un petit peu plus que d'habitude. » (SF2).

#### ➤ Rapport à la pudeur par les différents acteurs de cette relation de soin

Plus de la moitié des sages-femmes (SF2, 3, 5, 6 et 8) ont rapporté qu'il n'y a **pas eu notion de pudeur** lors de la prise en charge, notamment lors des examens gynécologiques. « Il n'y avait aucune pudeur. » ou encore « Je l'ai examiné comme une femme lambda. » (SF3). SF5 énonce que sa patiente n'a eu « aucune appréhension. » (SF5), elle n'a pas eu « l'impression qu'elle ait été tant pudique que ça. » (SF5). SF8 évoque deux techniques pour ne pas entraver cette pudeur et ne pas créer de gêne au moment de l'examen. La première est qu'elle fait « toujours de la même manière, que ce soit quelqu'un que je connais, que je ne connais pas, quelqu'un que j'examine pour la première ou la

sixième fois pendant le travail ou parce qu'elle arrive en consultation. » (SF8). Le fait de ritualiser peut permettre de se détacher et de moins s'impliquer émotionnellement. Pour cela, elle compartimente son suivi du travail : « Au moment des actes techniques, j'étais sage-femme et je faisais abstraction de notre lien amical. » (SF8). Cela permet de prendre de la distance dans la relation avec sa patiente. Celle-ci est plus mince qu'une relation soignant-soigné lambda de par leur métier commun ainsi que leur lien de collègue et d'amitié. Cela permet de ne pas avoir de gêne mais également de ne pas en créer chez sa patiente.

Il arrive que, si la sage-femme n'éprouve pas de pudeur vis-à-vis de sa patiente, ce ne soit pas le cas pour la patiente. En effet, la **patiente sage-femme peut ressentir une appréhension** quand elle imagine son propre examen gynécologique. La patiente de SF1 lui a confié : « Je pensais que ça me ferait bizarre, mais en fait je m'en moque. » (SF1).

Nous pouvons nous demander d'où provient la pudeur potentielle des patientes sages-femmes. Cela peut être une variation personnelle ou le fait d'accoucher dans la maternité où elles travaillent. « Il faut se mettre en tête que ça sera des collègues à vie, mais elles auront vu ses parties intimes. » (SF5). Il faut donc s'y préparer. Le fait de connaître l'équipe ou de choisir sa sage-femme peut permettre d'avoir déjà une relation de confiance, indispensable lors de ces moments intimes.

D'autre part, la **sage-femme soignante peut aussi éprouver de la pudeur** dans ces moments intimes (SF2, 4, 7 et 9). Elles décrivent cela comme « gênant » (SF2) ou « bizarre. » (SF9). La pudeur est notamment ressentie avant le dévoilement de l'intimité : « La proposition du premier examen est peut-être moins naturel à ce moment-là. » (SF2). Elles l'expliquent par le fait que leur patiente est sage-femme et que cela « limite la distance professionnelle. » (SF4). Finalement, on retrouve que cette gêne ou ce moment de réflexion avant de proposer l'examen n'est présent que quand la sage-femme connaît la patiente dont elle s'occupe. Le fait de franchir cette limite de l'intimité avec une personne connue accentue la notion de pudeur par rapport à une personne inconnue : « On passe un cap dans cette amitié. » (SF7) ou « Ça ne le fait pas quand c'est une sage-femme que je ne connais pas. C'est juste le fait d'être dans l'intimité d'une personne qu'on connaît qui est plus perturbant. » (SF9). Or cette pudeur est vite levée par le fait que la patiente soit finalement très à l'aise avec ces examens, et le côté professionnel du geste reprend le dessus.

### 2.3.2 Point de vue de la sage-femme qui fait l'accouchement sur le comportement de la sage-femme qui accouche

#### ➤ Pas de difficulté à trouver sa place de patiente

SF1, 5 et 9 attestent que les sages-femmes qu'elles ont suivies pour leur accouchement étaient dans une « position de patiente. » (SF9). En effet, elles ne regardaient pas le rythme cardiaque fœtal, ne se posaient pas de questions sur leur prise en charge, se mettaient « dans leur bulle » (SF5) de future maman. « Je ne l'ai pas du tout sentie sage-femme. » (SF9). « Une femme qui accouche, ça reste une femme qui accouche. Même sage-femme. » (SF2). Les patientes sages-femmes en témoignent aussi : « Je suis enceinte et je mets tout de côté. Je connais les informations mais je suis la patiente. » (SF5).

#### ➤ Confiance en la sage-femme

Les patientes sages-femmes ont confiance en l'accompagnement que propose leur sage-femme (SF2, 5, 6, 8). Elles n'ont « rien fait ou dit qui mettent en doute les prises en charge. » (SF2). La patiente de SF5 lui a dit : « Je te fais confiance, votre décision sera la meilleure pour moi. » (SF5). Pour SF8, qui a été choisie par ses patientes collègues, atteste : « Elles savaient comment je travaillais. On a partagé des gardes ensemble, on se connaissait. Je n'ai pas eu besoin de faire mes preuves. Elles n'ont pas eu un regard professionnel. » (SF8).

#### ➤ Difficulté à trouver sa place (être parturiente et sage-femme)

Toutes les sages-femmes interrogées rapportent que leurs patientes et collègues ont eu une difficulté à trouver leur place à un moment de la prise en charge. L'analyse thématique rapporte plusieurs éléments le montrant.

Le fait d'accoucher sur son lieu de travail peut perturber la parturiente qui se trouve patiente sur son lieu de travail. Cela peut entraîner un stress d'accoucher quand on est soi-même sage-femme. « Elles auraient honte d'appeler trop tôt ou d'arriver trop tôt. Elles se mettent beaucoup de pression par rapport à ça. Elles accompagnent elles-mêmes des femmes à faire ça, donc tu imagines « si elles ne réussissent pas elles-mêmes. » (SF7).

Quand ce type de patiente est enceinte, elle n'en reste pas moins sage-femme. Les connaissances médicales qu'elles ont assimilées et utilisées lors des prises en charge de leurs patientes, leurs sont maintenant attribuées à elles-mêmes. Elles sont dès lors dans le rôle de la patiente, mais gardent leur savoir de soignante : « Je suis à 3 centimètres, je sais que je suis en travail. » (SF1). Leurs connaissances

de sage-femme sont mises en avant quand elles expliquent la prise en charge à leur conjoint par exemple. Le fait d'être de l'autre côté de la relation de soin peut être perturbant pour les sages-femmes enceintes. La patiente de SF1 a accouché en même temps qu'une patiente qui n'avait pas de péridurale et « avait hurlé à la mort. » (SF1). Sa patiente lui a confié que « même si on sait, ça fait peur quand même. » (SF1). Il s'agit de la même scène qui peut avoir lieu lors d'une garde lambda, mais les positions des protagonistes sont remaniées. La sage-femme enceinte voit donc cette scène d'un autre point de vue, elle est « à l'envers du décor » (SF1). Au moment de mettre au sein son bébé, sa patiente a également eu la réaction suivante : « « Je suis perdue, je ne sais plus comment faire, en plus il est tout petit. » C'est normal, tu es maman maintenant, tu n'es plus sage-femme. » (SF1). Cela indique le souhait de la sage-femme qui fait l'accouchement que sa collègue qu'elle accouche n'interfère pas dans la prise en charge du fait de ses connaissances. La sage-femme lui demande donc de se rapporter uniquement à son expérience et non à sa formation. Il y a alors une ambiguïté entre la position de soignante et de patiente car la sage-femme a le savoir de cette prise en charge, mais le vit maintenant comme patiente, ce qui change son point de vue, son implication, et sa façon de vivre les choses.

Les sages-femmes ont observé que leurs patientes sages-femmes étaient plus actives dans leur prise en charge. Elles attribuent cela à leur profession : « Elles se mobilisent peut-être plus parce qu'elles savent que c'est ce qu'il faut et que c'est important. » (SF7).

Un exemple concret qui montre que les parturientes éprouvent quelque fois une difficulté à quitter leur rôle de sage-femme est le monitoring. « Pendant la péridurale, elle me dit : « Il y a un truc, mais je crois que c'est une perte de signal. » » (SF3). « Elle a jeté un œil sur le monitoring. » (SF6).

La patiente, dans cette difficulté à trouver sa place de soignée, se raccroche aux choses qu'elle connaît. Elle discute donc avec la sage-femme comme des collègues. Elles comparent notamment leurs maternités ou leurs protocoles. Dans cette discussion, la femme enceinte n'est pas patiente mais collègue sage-femme de la personne qui la prend en charge. « Vous faites comme ci, nous on fait plutôt comme ça. » (SF8). Ces discussions peuvent même atteindre la demande de justifications dans les choix de la prise en charge. « Tantôt elle avait des questions, le côté sage-femme passait un peu par-dessus. » (SF8). SF9 pensent même que le fait de « poser plein de questions de sage-femme » (SF9) est le symptôme du fait qu'elle « n'a pas quitté son rôle de sage-femme pendant tout le début du travail. » (SF9), notamment « qu'elle n'a pas déconnecté entièrement parce que ça n'avancait pas. » (SF9).

Les arguments que la patiente donne lors de son travail marquent la barrière fine entre son côté sage-femme ou parturiente. La patiente de SF3 a utilisé des paroles de sages-femmes quand elle a cédé à vouloir la péridurale pour un travail qu'elle souhaitait physiologique au début : « « Il m'en faut une, sinon je ne vais pas être capable d'accueillir mon enfant correctement. » Ça, c'était un mot de sage-

femme. » (SF3). De son côté, la patiente de SF5 a dit préférer avoir une césarienne qu'une ventouse difficile sur un bébé qui montre des signes d'hypoxie : « Tout le monde aurait eu cette réflexion en tant que sage-femme. » (SF5).

La patiente sage-femme aura également des demandes pouvant être exagérées, montrant qu'elle ne met pas la limite entre être une sage-femme en service ou hospitalisée. La patiente de SF4 est allée jusqu'à demander si elle pouvait faire une lessive car elle a « vu que vous aviez une machine à laver. » (SF4).

Face à ces difficultés rencontrées par les parturientes de quitter leur rôle de sage-femme, les soignantes tenteront de les aider à vivre leur expérience de jeune maman.

### 2.3.3 Côté sage-femme

- **Besoin de certaines sages-femmes de recentrer la patiente dans un rôle de parturiente et non de sage-femme**

SF5 nous relate qu'elle a dorloté sa patiente pendant l'accompagnement pour qu'elle **se sente en sécurité et rentre paisiblement dans sa peau de future maman**, et cela a commencé dès les cours de préparation à l'accouchement. « Elle est sage-femme, donc je n'avais pas grand-chose à lui apprendre. C'est juste de vraiment, avec son compagnon, la mettre dans sa bulle de « je ne suis plus sage-femme, je suis vraiment enceinte et c'est moi qui vais accoucher. » » (SF5).

Les sages-femmes rapportent qu'**installer un lien de confiance avec sa patiente l'aide à lâcher prise** et rentrer dans son rôle de parturiente. La patiente de SF5 était réticente à une prise en charge active. Mais de l'oxytocine a été nécessaire pendant son travail. La sage-femme a donc tenté de la mettre en confiance par des discussions pour pouvoir avoir une prise en charge optimale de cette patiente et de son accouchement. « Ça a plutôt été au démarrage quand on a fait connaissance toutes les deux, je pense qu'elle avait besoin de savoir à qui elle avait affaire, et moi aussi de savoir comment ça allait se passer pour la suite. » (SF8).

La sage-femme va tenter de créer un lien de confiance entre la parturiente et la professionnelle de santé qui s'occupe d'elle. Elle procède donc à des **explications supplémentaires** de ses gestes ou des choix de sa conduite à tenir ainsi qu'une **justification** sur ce qui les motive. « Elle me dit : « Le cœur, il

est comment ? J'ai peur. Écoute son cœur. » Alors qu'on surveillait, et que tout allait bien. À chaque fois, il faut les recentrer, j'ai l'impression. » (SF7).

Les sages-femmes rapportent le besoin que leurs patientes adoptent une position plus passive et n'interfèrent pas dans la prise en charge, en leur parlant parfois de façon ferme. « Elle me dit : « Tu as vu toutes les contractions que j'ai ? » Je lui ai répondu : « Oui, oui. Ne t'occupes pas de ça, ce n'est pas ton problème, c'est le mien ». (SF6). « Elles sont en plein travail, puis d'un coup : « Ça va le cœur ? Les BDC, ils sont comment ? Et là, tu... » Voilà. « Arrête, laisse-moi gérer. » » (SF7). Cela vient du souhait des sages-femmes de permettre à leurs patientes de se concentrer sur leur accouchement et leur expérience, afin d'être plus disponibles à l'accueil de leur enfant, en prenant de la distance par rapport à leurs connaissances sur de possibles complications obstétricales.

Pour leur faire oublier leur côté sage-femme, les soignantes tentent **d'orienter les discussions sur ce que vit la patiente**. Cela passe par des sujets comme le couple, le bébé qui arrive... « Je faisais en sorte que la discussion ne soit pas trop longue sur le côté médical parce que j'essayais d'avoir toujours à l'esprit qu'elle avait le droit d'être aussi future maman et pas sage-femme dans ce contexte. » (SF8).

Si les mots ne suffisent pas, la sage-femme aura tendance à proposer à la parturiente de se recentrer sur l'accouchement qu'elle est en train de vivre. Pour cela, elle met son rôle de future maman en avant pour la placer au centre de la prise en charge. Elle tente de **focaliser leur patiente sur leur corps** et ce qu'elles sont en train de vivre. « Je lui dis de mettre les doigts dans son vagin, je dis « Mais regarde, tu la sens sa tête, elle est là. » « Oui, je la sens. » [...] Quand on s'est installé pour l'accouchement, elle me dit : « Mais c'est trop tôt là. » Je dis : « Bah non, la tête est là. » Mais elle ne me croyait pas. Je dis : « Je vais prendre un miroir pour te montrer. » » (SF7).

- [Pouvoir soutenir une maman / trouver sa place en tant que sage-femme qui fait l'accouchement / difficulté ou non à rester dans son rôle de sage-femme](#)

Lors des entretiens, certaines sages-femmes (SF1 et 4) nous ont dit avoir eu des **difficultés à s'affirmer, se positionner comme sages-femmes soignantes** lors de la prise en charge de l'une de leurs collègues. Elles ont éprouvé une complexité à garder une distance avec leurs patientes sages-femmes.

« Je lui tiens la main, vraiment comme une amie. La barrière a tellement été franchie. Je suis passée accompagnante, je me suis fait dépasser. Plus du tout sage-femme. J'ai pris une place qui n'était pas ma place. Ça m'a posé beaucoup de questions parce que normalement, je ne fais jamais ça. Il y a le fait que je la suivais tous les jours, oui, mais c'est aussi le fait qu'elle avait mon âge, qu'elle était aussi sage-femme et que c'était l'amie d'une collègue. » (SF4).

Par ces critères, le processus d'identification s'est mis en place de façon très forte, ce qui a diminué la distance professionnelle entre les deux protagonistes de la relation de soin, allant jusqu'à l'effacer complètement. SF4 a eu du mal à créer un lien professionnel du fait que sa patiente exerce le même métier qu'elle. « Comment rester professionnelle alors qu'elle est aussi sage-femme ? » (SF4).

Face à cela, elles ont voulu **garder ou établir une distance afin de pouvoir soutenir cette patiente** qui est avant tout une future maman. « J'ai dit : « Je vais juste aller la voir et être calme et neutre. Pas non plus dans l'autre extrême. » On a parlé tranquillement, j'étais tout à fait polie, simple. Mais en fait : « Non, je n'ai pas l'énergie ni la disponibilité. J'ai du travail qui m'attend. Voilà, mais courage à toi. » Je l'ai esquivé. » (SF4). Suite à cette expérience, elle envisage le futur suivi d'une collègue sage-femme d'une façon très différente : « Je pense que je la verrais comme une personne qui a un métier. Oui, c'est le même que moi, elle est sage-femme, mais ça ne change rien. Mais je serais un peu plus vigilante à mettre une distance professionnelle. Je laisserais moins la possibilité à que ça se produise. Toujours bienveillante, mais je mettrais une distance professionnelle un peu plus importante. » (SF4). « Il faut arriver à garder sa part soignant et ne pas se laisser embarquer par le côté émotionnel, garder sa droiture. » (SF6).

L'analyse des verbatims nous apprend que l'expérience de la sage-femme a un impact sur sa pratique. Il peut y avoir une **évolution de la pratique générale**, qui n'est pas spécifique au fait de suivre des patientes sages-femmes. « J'ai fait des formations qui m'ont fait voir le travail de sage-femme différemment et que ma façon de travailler a changé depuis. » (SF1). « Je pense qu'il y a une évolution, mais c'est une évolution qu'on a globalement. Déjà parce qu'on évolue dans notre carrière, [...] parce qu'il y a une évolution des pratiques, une évolution aussi dans notre côté à l'aise. » (SF6).

Cette expérience implique un **gain de confiance et de professionnalisme face à une patiente sage-femme**. « C'était un gros service, ce qui fait que j'ai gagné en confiance. C'était juste ça qui me manquait. Et je pense que la prochaine fois, tu es sage-femme ou tu n'es pas sage-femme, ça ne me

change rien. Je vais juste te soigner, c'est tout. Je pense que j'aurai plus confiance en moi, moins de toute l'appréhension d'être jugée. Je crois que je n'aurai plus cette peur de jugement. » (SF4).

« Je pense qu'il y a une évolution parce qu'on gagne de la confiance en soi. Au tout début, toutes ces patientes-là, je me disais : « Elles ont plus de 30 ans, elles font ce métier déjà depuis 10 ans. Elles sont sages-femmes et en plus, ce sont des femmes, ce sont elles qui vont accoucher. Donc elles savent mieux que moi ce qu'il leur faut avec toutes ces connaissances et tout ce qui se passe. » Et finalement, maintenant, je me dis qu'on gagne de la confiance en soi, de l'expertise et que, forcément, c'est bien plus simple pour prendre en charge par la suite. » (SF9).

Ensuite, d'autres sages-femmes (SF1 et 7) ne considèrent pas les sages-femmes qu'elles accompagnent pour leur accouchement comme des patientes. Cela implique une modification des positions de chacun dans cette relation, et donc une **modification de la place de la sage-femme**. « C'est plutôt des amies que j'accompagne dans un moment hyper intime que des patientes que je suis. » (SF1). « Jamais je ne me suis comportée comme une sage-femme et elle comme une patiente. On était sur un point d'égalité. Il n'y a pas de soignant au-dessus et de patients. » (SF7). Cela devrait être toujours le cas selon le principe de la décision médicale partagée et de la délivrance d'une information claire et loyale. Nous en discuterons dans la partie suivante.

Enfin, certaines sages-femmes (SF1, 2, 7 et 9) se sont **senties complètement sages-femmes**. Elles ne se sont pas mises en porte-à-faux devant leurs patientes et collègues. Elles ont trouvé leur place en tant que sages-femmes qui suivaient l'accouchement sans difficulté. « Je ne me suis pas dit : « Qu'est-ce que je fais ? C'est ma copine et collègue. » Non, c'était vraiment ma patiente et avait besoin de ça, le bébé avait besoin de ça. » (SF1). « Je suis restée vachement dans mon rôle de sage-femme. » (SF9). Pour cela, les sages-femmes disent faire abstraction du fait que leur patiente est sage-femme, ou n'y porte pas une importance qui pourrait leur infliger une pression dans l'accompagnement. SF6 pense « Bon elle est sage-femme, elle est sage-femme. » (SF6) comme un non-événement ou n'impliquant pas un suivi particulier. Cela indique qu'elles n'ont pas eu de mal à ce que chacun prenne sa place : elles en tant que soignantes, et leurs collègues en tant que patientes.

## Discussion

A notre connaissance, notre travail de mémoire est une des premières études qualitatives qui explore le sujet de la prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement. Dans la littérature, nous retrouvons quelques travaux traitant de la prise en charge médicale d'un soignant, mais aucun n'est spécifique de l'accompagnement des sages-femmes, d'autant plus pour leur accouchement.

Suite à l'analyse de nos entretiens, nous avons retrouvé deux thèmes principaux répondant à la question : « Comment les sages-femmes s'ajustent-elles à la prise en charge d'une collègue en salle d'accouchement ? » L'analyse a montré qu'assister une collègue sage-femme pour son accouchement crée un contexte particulier, chargé d'émotions pour la sage-femme qui accompagne la prise en charge. Nous avons retrouvé un impact dans le fait de prendre en charge une collègue à différents niveaux : sur la prise en charge privilégiée, sur l'évaluation du risque et la prise de décision, ainsi que sur la position de la sage-femme soignante et soignée.

Par cette discussion, nous tenterons d'examiner les spécificités présentes dans l'accompagnement d'une patiente sage-femme, puisqu'il y en a de nombreuses, ainsi que les adaptations que les sages-femmes soignantes introduisent dans leur prise en charge.

### 1. Être choisie par une patiente sage-femme pour suivre son accouchement, ce que cela implique :

#### 1.1 Eléments chez la sage-femme qui motivent ses collègues à la choisir pour leur accouchement

Notre analyse thématique a retrouvé plusieurs critères guidant les sages-femmes dans le choix de leur professionnel de santé présent pour leur accouchement. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer le lien d'amitié qui unit la sage-femme soignante et la parturiente, ainsi que les qualités personnelles et professionnelles de la sage-femme soignante.

Intéressons-nous à ce que la littérature apporte sur la question : Comment les patients choisissent-ils leur professionnel de santé, notamment quand ils sont eux-mêmes soignants ?

Cela a été décrit dans la population générale dans l'étude de Walch (1999) concernant les spécificités de la relation sage-femme / patiente quand la sage-femme est une amie de la patiente (11). Ainsi, « connaître le soignant avant même [la prise en charge] permet d'ancrer la relation plus profondément, plus durablement. » (12)

Plus spécifiquement, un médecin ou un professionnel de santé au sens large aura des attentes particulières pour sa prise en charge. Le choix de son soignant sera alors impacté avec les critères qu'il juge utiles, que sont « la compétence et les qualités humaines. » (12)

### 1.2 Le vécu personnel de la sage-femme influence-t-il le suivi qu'elle aura de ses collègues ?

D'après nos entretiens, nous avons déterminé que, quand une sage-femme a plusieurs enfants, le critère de choix de la sage-femme qui la prendra en charge en salle de naissance évolue au fil de ses accouchements. Quand une collègue sage-femme vient demander à cette sage-femme d'être présente à son accouchement, il s'avère que le critère de choix de sa collègue est le même qu'elle avait elle-même privilégié pour son dernier accouchement.

Cela indique-t-il que le vécu personnel de la sage-femme influence le suivi qu'elle aura de ses collègues ? Nous pouvons élargir cette question de la façon suivante : Est-ce que le vécu personnel d'un professionnel de santé influence sa pratique future ? Karine Erné y répond dans son mémoire. Elle s'intéresse à la modification de prise en charge des infirmières ayant vécues elles-mêmes une intervention. Suite à son étude, elle conclut que « toutes les professionnelles interrogées ont fait le lien entre leur vécu et leurs actions présentes. » (13) En effet, elles « pensent que le fait de « passer de l'autre côté » permettrait d'avoir une autre vision de leur pratique » et que cela implique une modification de leur pratique actuelle. Par exemple, elles distribuent plus rapidement les antalgiques ou passent plus de temps avec un patient vivant la même situation qu'elles « dans le but de répondre au mieux à ses besoins. » (13) Nous pouvons donc, grâce aux données récoltées par nos entretiens ainsi que les données de la littérature, par extension, supposer que le vécu personnel de la sage-femme influence le suivi qu'elle aura de ses collègues.

### 1.3 Répondre aux attentes spécifiques de sa patiente sage-femme

Les sages-femmes qui suivent des sages-femmes pour leur accouchement ont une disponibilité accrue envers elles : elles s'engagent personnellement à être présentes lors de l'accouchement et adaptent donc leur vie privée pour cela ; leur engagement professionnel est aussi sollicité par le fait de suivre exclusivement cette patiente et le faire de façon plus rapide qu'une patiente lambda. Par exemple, elles répondent en priorité à ses sonnettes, ou alors elles tendent à favoriser un accès rapide à une analgésie.

On appelle cette prise en charge privilégiée que décrivent les sages-femmes le traitement VIP. Dans la littérature anglo-saxonne, on décrit le traitement VIP comme un « traitement préférentiel ou spécial, comme s'il était accordé à des personnes célèbres ou riches. » (14) Ce terme est également utilisé dans le cadre de la relation de soin entre un soignant et un patient « spécial ». Ce dernier peut être une célébrité, une personne influente, ou un soignant se retrouvant patient. Le syndrome VIP fait référence aux réactions du personnel envers cette catégorie de patients.

Cette disponibilité accrue est donc une manifestation de ce traitement VIP. Elle répond aux attentes qu'ont les sages-femmes qui demandent à une collègue de les prendre en charge exclusivement, hors d'une de leur garde, mais également aux sages-femmes enceintes qui s'annoncent telles quelles à leur arrivée dans le service. En effet, de par leur statut, leurs attentes dans leur prise en charge sont modifiées. Les soignants soignés peuvent en effet avoir une exigence accrue sur « la qualité des soins, l'attente d'une disponibilité supérieure, la qualité de service. » (12) Le fait de savoir que sa patiente exerce la même profession que soi, qui est une profession médicale, « influe de façon significative sur la prise en charge. » Ce type de patient a « une attente d'une disponibilité supérieure, un certain désir d'une attention particulière aux aspects logistiques [...] mais également dans la demande d'implication du médecin. » (12)

#### 1.4 Inclusion dans la prise de décision

La plupart des sages-femmes de notre étude déclarent ne pas plus impliquer leur patiente dans la prise de décision quand celle-ci est sage-femme que quand elle ne l'est pas. Ce à quoi les patientes sont réceptives dans le sens où elles se laissent guider par la sage-femme qui les prend en charge, ou alors elles sont réticentes et émettent des oppositions avec les décisions prises par leur sage-femme. D'autre part, les sages-femmes sont en règle générale plus actives dans leur prise en charge, elles se mobilisent plus d'elles-mêmes par exemple.

Nous avons ici affaire à une relation symétrique dans le sens où les deux protagonistes ont le même savoir sur la situation. La relation symétrique est définie par Edmond Marc et Dominique Picard par la phrase suivante : « Entre égaux, il n'est ni question de pouvoir, ni de soumission, ni de hiérarchie. » (3) Cela est illustré dans nos résultats par la SF7 : « Il n'y a pas de soignant au-dessus et de patients. » (SF7). Cette prise en charge horizontale et collaborative répond au principe de la décision médicale partagée, définie par la Haute Autorité de Santé comme un modèle de décision médicale entre un professionnel de santé et un patient impliquant deux étapes que sont « l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé

individuelle d'un patient. » (7) Aussi, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé déclare dans l'article L. 1111-4 :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.  
« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.  
« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (15).

De plus, la Confédération internationale des sages-femmes décrit les compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme dont celle « d'aider les femmes à faire des choix individuels au sujet des soins qu'elles reçoivent. » (16) Le fait que la patiente soit plus impliquée dans sa prise en charge facilite donc la décision médicale partagée. Cela oblige le soignant à délivrer une explication claire, complète et loyale pour que la patiente puisse prendre une décision dans les différentes options de prise en charge qui lui sont proposées. Cette prise en charge est donc d'autant plus facilitée de par la profession du patient lui-même soignant, et « l'usage du vocabulaire médical en est un bon indicateur. » (12)

## 2. Prise en charge d'une consœur : spécificités et adaptations

### 2.1 Un suivi considéré au départ comme habituel

Les sages-femmes sont unanimes pour déclarer que leur prise en charge est identique quand elles suivent une patiente sage-femme ou une patiente lambda. Mais dans les faits, notre étude révèle que leur prise en charge a de nombreux points de contrastes.

L'étude de Sandra Tamiozzo en étude d'infirmière a rapporté la même constatation chez les infirmiers : « La majorité a affirmé dans un premier temps que, pour eux, se retrouver devant un tel patient ne change rien. Après discussion, il s'est avéré finalement que leur façon d'être est différente de celle adoptée face aux autres personnes hospitalisées. » (3)

Madeleine Lhote a interrogé des médecins qui pensent tous « qu'il faut soigner un médecin comme n'importe quel patient. » (12) Cela sera facilité par la création d'une « relation médecin-malade dans l'idéal identique à celle que l'on instaure avec chacun de nos patients. » (12)

En effet, dans l'article R.4127-305 du Code de la Santé Publique, il est inscrit : « La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né. » (17) Les sages-femmes respectent ce qui est dit dans le Serment d'Hippocrate : « Je respecterai toutes les personnes [...] sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » (18) Il est donc cohérent que les

professionnels de santé déclarent ne pas faire de différence entre leur patient soignant et leurs autres patients. Cependant, nous avons vu que des ajustements avaient finalement été mis en place dans ces prises en charge.

## 2.2 Rapport à la pudeur par les différents acteurs de la relation de soin

L'analyse thématique révèle que le rapport à la pudeur est différent selon chacun : certaines sages-femmes en éprouveront vis-à-vis de leur patiente, ou ressentiront une appréhension de la part de ces dernières, tandis que d'autres se sentiront à l'aise.

Ici encore, nous retrouvons plusieurs approches relatives à la pudeur. Cette dernière est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales comme :

La « disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, de choses considérées comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel ou de ce qui met en jeu quelque chose qui touche de près à la personnalité, à la vie intime de quelqu'un ; attitude de quelqu'un qui manifeste une telle disposition. » (19)

Pourquoi la pudeur est-elle davantage présente avec une personne connue ?

La notion de « juste distance » peut nous aider à répondre à cette question. Elle est définie par « la distance juste, ni trop loin, ni trop proche. Elle nous offre un mode d'emploi symbolique pour une éthique du soin. » (20) Cette « juste distance » du soignant vers son patient est primordiale dans la relation de soin. Cependant, lorsque nous connaissons notre soignant, il est plus difficile de trouver cet équilibre.

La « juste distance » comprend une dimension physique et une dimension morale.

Edward T. Hall a créé le terme de « proxémie », qu'il définit comme « la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. » (21) Il détermine quatre catégories : la distance intime, personnelle, sociale, et pudique.

En santé, les soignants sont amenés à « entrer dans les différentes sphères des patients » (21), notamment les sphères personnelle et intime. C'est ici qu'intervient la pudeur, autant pour le soignant que pour le patient. Il est donc essentiel que le soignant respecte une approche douce et s'enquière du consentement du soignant à chaque étape du soin.

Dans le cadre d'une relation amicale entre une sage-femme et sa patiente, la distance personnelle est déjà franchie, ce qui n'est pas le cas de la distance intime. En demandant de passer cette étape

supplémentaire notamment par le toucher vaginal, la sage-femme impacte la relation soignant-soigné, mais aussi la relation amicale qu'elle entretient avec sa patiente. C'est cela qui lui paraît embarrassant, car la « juste distance » de la relation de soin ou de la relation amicale n'est pas la même. Et si elle franchit une étape dans l'une, elle la franchit nécessairement dans l'autre.

De plus, la dimension morale de la « juste distance » est aussi impactée quand une relation amicale s'immisce dans une relation de soin. En effet, la distance est diminuée de par leur relation d'amitié. Trouver le juste équilibre est alors plus difficile.

La notion de proximité physique, la proxémie, et de proximité morale, par le lien d'amitié, rend l'équilibre de « juste distance » plus difficile à atteindre. C'est cela qui rend une pudeur plus présente entre une sage-femme et sa patiente et amie.

## 2.2 Un suivi qui amène à des ajustements, dus aux phénomènes d'identification et de contres-attitudes

Dans cette relation particulière de soignant se retrouvant patient, un phénomène d'identification peut se créer, ce qui « peut modifier sa prise en charge habituelle et sa façon de communiquer avec son patient. » (4) L'identification est un processus présent lors de l'établissement de toute relation. Il permet de comprendre l'autre en cherchant « à se mettre dans un état psychique semblable à celui-ci. » (22)

L'identification s'immisce plus facilement dans la relation quand les deux protagonistes ont des points communs. En effet, il existe des facteurs influençant l'identification tels que le genre, l'origine ethnique, la classe sociale. Dans le cas de la prise en charge d'une patiente sage-femme, le soignant et la soignée sont tous deux des professionnels de santé exerçant le même métier, parfois au même endroit, et ont souvent le même âge. Si elles sont amies, cela peut indiquer qu'elles ont également des points d'intérêts communs. Gustave-Nicolas Fischer déclare : « La similitude est un facteur retenu pour le développement des relations. » (3) Le processus d'identification est donc facilité.

Dans la relation spécifique soignant-soigné, on évoquera le terme de contre-attitude. La notion de contre-attitude est définie comme les « réactions inconscientes du soignant à la personne du patient, à ce qu'il lui fait vivre et éprouver. » Ces réactions peuvent être positives ou négatives (23). Il s'agit de mouvements d'identification propre au soignant face à son patient. Elle est donc d'autant plus prononcée quand son patient est lui-même soignant puisque le processus d'identification est facilité (24). Il est alors important d'en avoir conscience pour l'interpréter, s'en détacher et garder une attitude de neutralité bienveillante (25).

### 2.2.1 Aspects positifs

Ces mécanismes peuvent être utiles dans la relation de soin pour permettre de mieux comprendre son patient, et ainsi l'accompagner au mieux. Avoir conscience que ceux-ci se mettent en place permet de ne pas laisser place à la confusion entre soi et l'autre, et ainsi garder son « identité individuelle. » (22)

### 2.2.2 Aspects négatifs

Pour tenter de ne pas investir de façon démesurée la relation et ne pas trop s'investir émotionnellement, le soignant met en place des mécanismes de défense.

#### ➤ Premier mécanisme : créer de la distance entre soi et sa patiente

Le premier mécanisme est de créer de la distance entre soi et sa patiente et ainsi « modérer son investissement », par le temps passé ensemble ou la façon de s'adresser à sa patiente par exemple. Cela permet de « neutraliser » la relation et de réduire les effets de l'identification (22).

Les sages-femmes ont tendance à faire la transition du vouvoiement au tutoiement plus facilement lorsque que leur patiente est sage-femme et qu'elles ne se tutoyaient pas auparavant. Cependant, d'autres sages-femmes tiennent à maintenir le vouvoiement. Maintenir la distance avec sa patiente quand celle-ci introduit le tutoiement dans la relation permet de « cadrer la relation d'emblée : affirmer la place de chacun, l'un soignant, l'autre soigné. » (12)

Sandra Bonneau explique que la distance thérapeutique « peut-être diminuée par des processus d'identification du soignant. » (4) Cela peut non seulement modifier sa prise en charge, comme nous l'avons évoqué précédemment, mais aussi modifier « sa façon de communiquer avec son patient. » (4)

Dans cette relation de soin où les deux protagonistes sont des pairs, ils sont égaux. Il est donc plus facile à une sage-femme et sa patiente exerçant le même métier de tisser des liens, et donc de réduire la distance entre elles. Le fait de continuer à vouvoyer leur patiente leur permet d'être plus à l'aise dans cette relation particulière. En effet, en procédant ainsi, elles tentent de « trouver la distance mais également la proximité nécessaire et indispensable à la création d'une relation de soin. » (12)

### ➤ Second mécanisme : Accentuer les différences entre soignants et soignés

Le second mécanisme de défense « est d'accentuer les différences entre soignants et soignés », cela peut passer par l'instauration de rituels ou de comportements définissant « l'identité professionnelle du soignant. » (22) Parmi ceux-ci, nous pouvons citer « la manière de préparer la patiente, d'expliquer » (SF8) que SF8 décrit comme des « automatismes ». Elle rapporte ritualiser la prise en charge afin de ne pas créer de différence entre ses patientes et ne pas se laisser emporter par ce processus d'identification, d'autant plus fort que sa patiente exerce le même métier.

Pour accentuer la différence entre soignant et soigné, la sage-femme peut utiliser la posture professionnelle comme mécanisme de défense à cette identification supérieure. La plupart des sages-femmes ne trouvent pas de modification de proximité physique avec leur patiente quand celle-ci est sage-femme. Cependant certaines déclarent avoir été plus tactiles.

Cette proximité physique qui peut avoir lieu avec une patiente sage-femme peut être mise en relation avec la posture professionnelle de la sage-femme. La posture est définie par une « attitude, position du corps, volontaire ou non, qui se remarque, soit par ce qu'elle a d'inhabituel, ou de peu naturel, de particulier à une personne ou à un groupe, soit par la volonté de l'exprimer avec insistance. » (26) Ainsi, dans la relation de soin, la sage-femme adopte une posture professionnelle, ce qui implique une certaine distance physique avec sa patiente. Cette dernière peut être réduite dans le cas particulier d'une patiente collègue. La façon dont on attend qu'elle se comporte est donc modifiée. Cela se manifeste également lorsque les sages-femmes soignantes expriment fermement à leurs patientes de garder leur position de future maman.

Avoir conscience de ces mécanismes permet de se distancier émotionnellement ce qui pourrait biaiser son objectivité dans la prise en charge.

### 2.3 Du côté de la patiente : cacher son identité par peur d'être traitée différemment

Cependant, certaines patientes sages-femmes font le choix de ne pas indiquer leur statut professionnel quand elles arrivent en salle de naissance pour leur mise en travail. En effet, la patiente aurait peur d'être prise en charge différemment, et la soignante aurait peur de s'investir et agir émotionnellement en s'identifiant à elle.

Se pose alors la question de l'anonymat de la patiente sage-femme. On retrouve cette notion notamment chez les médecins. Certains médecins interrogés par Madeleine Lhote préfèrent rester anonymes par « peur d'être soigné différemment, que ça biaise les choses. » (12) En effet, la prise en

charge serait modifiée quand le soignant apprend que son patient est lui-même soignant. Du côté du patient soignant, celui-ci aurait des attentes particulières dans sa prise en charge. En effet, en tant que patient, les médecins souhaitent « être traité comme tout le monde et pas complètement. » (27) C'est pourquoi les données de la littérature indiquent qu'ils auraient tendance à « préciser à leur soignant leur statut de médecin ». Le Professeur Éric Galam conseille également de ne pas cacher le fait d'être médecin car cela « serait, d'une certaine façon, être malhonnête vis-à-vis du confrère qui effectue la prise en charge. » (5), notamment lié à tous les processus qui entrent en compte dans cette relation, dont nous venons de discuter.

### 3. Perception du risque modifiée

#### 3.1 Le traitement VIP, pas toujours favorable à la prise en charge de sa patiente sage-femme

La relation particulière d'accompagner un patient soignant entraîne une modification de la prise en charge par les soignants. Cependant, les patients VIP ne reçoivent pas toujours de meilleurs soins que les autres patients. En effet, une demande surnuméraire d'examens médicaux ou d'interventions peut être réalisée, à l'initiative du soignant ou du patient lui-même (28). Ce traitement spécifique s'applique suite à la pression ou à l'affectif que le soignant ressent vis-à-vis de son patient (28). De plus, un soignant se retrouvant à prendre en charge un patient qu'il connaît, comme un soignant du même service et exerçant la même profession que lui, peut le pousser à ne pas poser des questions jugées invasives, comme la consommation de drogue ou d'alcool par exemple. En effet, « un bon historique clinique est souvent compromis par crainte d'offenser le patient en lui posant des questions personnelles. » (28) Cependant, cela peut être iatrogène pour le patient car sa prise en charge ne prendra pas en compte ces spécificités si elles existent (28). Il est donc important d'avoir conscience de ce phénomène pour l'éviter au maximum, en gardant en tête que « le statut VIP ne modifie pas en fin de compte la biologie humaine sous-jacente, mais une observation préoccupante est qu'il peut entraver des soins médicaux complets. » (28).

Être confronté à un patient exerçant le même métier que soi peut susciter une crainte paralysante chez les soignants. Un soignant sûr de lui, permet de faire face aux connaissances et au statut particulier de son patient (24). Pour pallier la « perte d'objectivité médicale générée par les VIP », un leadership d'équipe est souvent assigné à « éviter tout écart par rapport à la procédure clinique standard, [...] essentielle à la pratique de la médecine. » (24) C'est pour cela que les sages-femmes ont tendance à plus se référer à leurs collègues quand elles suivent une patiente sage-femme, afin d'éviter au maximum d'être délétère dans leur prise en charge et de garder une objectivité grâce à une

personne non impliquée émotionnellement dans la prise en charge. En effet, leur perception du risque peut être moins subjective grâce au regard d'autres professionnels.

### 3.2 Impact sur la façon de délivrer l'information à la patiente sage-femme

Les sages-femmes déclarent que l'information qu'elles apportent à leurs patientes sages-femmes est plus technique, par le fait de ne pas avoir à vulgariser l'information apportée et de pouvoir utiliser des termes médicaux. Cependant, lorsqu'il s'agit de l'annonce de complications au cours du travail, elles seront plus frileuses à délivrer l'information, parfois à l'initiative de la patiente, qui ne souhaite pas être tenu au courant des éventuelles complications.

L'article L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé déclare : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. » (29) De plus, le Professeur Éric Galam indique que « l'information sur la pathologie et les soins proposés » ne doit pas être « plus légère du fait qu'il s'agit d'un soignant disposant déjà d'un certain savoir et d'une certaine pratique. » (5) En effet, il juge qu'il est important d'avoir une explication claire et complète, même si les choses ne sont pas forcément faciles à dire, s'il s'agit d'une complication dans l'avancée du travail dans notre cas. Aussi, Sandra Bonneau explique que l'utilisation d'un vocabulaire commun tend à diminuer « l'inégalité de relation pouvant exister entre le médecin et son malade. » (4) Nous pouvons nous demander si l'utilisation de termes plus médicaux ferait que l'information serait apportée avec moins d'empathie. Dans tous les cas, les sages-femmes doivent donc avoir conscience de l'importance de leurs mots et de l'information qu'elles délivrent, puisque celle-ci aura plus d'impact pour une patiente sage-femme que pour une patiente n'exerçant pas ce métier.

### 3.3 Ambivalence dans la perception du statut de sa patiente

Notre étude rapporte que les sages-femmes osent se laisser plus de temps pour se rapprocher au maximum du projet de naissance d'une patiente exerçant ce même métier. Elles vont même jusqu'à ajuster les protocoles. Elles justifient cela par le fait que leur patiente, étant sage-femme, a des connaissances et des compétences médicales et des réflexes supérieurs à celle d'une patiente classique. Mais pour autant, les sages-femmes maintiennent qu'elles souhaitent considérer leur collègue comme n'importe quelle patiente. Accompagner une patiente sage-femme implique donc une ambivalence chez les professionnels qui les prennent en charge.

Cette ambivalence se traduit par le fait que la sage-femme doit considérer sa patiente comme une future maman et non comme une sage-femme. Mais en même temps, il est demandé à la patiente

sage-femme de participer à sa prise en charge, par exemple, comme retrouvé dans nos résultats, en surveillant son nouveau-né qui aurait dû être hospitalisé en néonatalogie. L'ambivalence est définie par le Larousse comme le « caractère de ce qui peut avoir deux sens, recevoir deux interprétations. » ou encore comme le « caractère de quelqu'un qui présente ou manifeste des comportements, des goûts contradictoires ou opposés. » (30) C'est ce que font les sages-femmes quand elles agissent ainsi.

### 3.4 Changement dans la perception du risque

Les sages-femmes ont une prise en charge modifiée quand elles suivent des patientes sages-femmes pouvant se distancier des recommandations, et traduisant une perception du risque modifiée. Le niveau de risque considéré comme acceptable est abaissé. Par exemple, lors des efforts expulsifs, certaines sages-femmes ont rapporté ne pas avoir informé le gynécologue-obstétricien après 30 minutes d'efforts expulsifs comme cela est précisé dans les protocoles de l'établissement où elles travaillent.

Le niveau de risque est abaissé, du fait que leur patiente a des connaissances et des compétences que n'ont pas les autres parturientes. Les sages-femmes ont une modification de la perception du risque lorsqu'elles suivent des patientes exerçant cette même profession, alors même qu'elles connaissent les recommandations de leur établissement. Nous pouvons nous demander pourquoi elles ont pu s'en distancier. Est-ce la volonté d'être moins interventionniste pour éviter des douleurs à la patiente, liées aux risques augmentés de déchirure périnéale et de douleur chez le nouveau-né en cas d'extraction instrumentale ? (31) Ou bien la volonté de ne pas impliquer une personne supplémentaire (ici le gynécologue-obstétricien dans sa prise en charge dans un souci de respect de la pudeur de leur patiente ? Les sages-femmes interrogées ont rapporté vouloir coller au plus près de ce que leur patiente sage-femme souhaitait pour leur accouchement, cela implique le plus souvent d'accoucher par voie basse, sans aide médicale. Elles tentent donc d'adapter leur prise en charge au maximum.

D'autre part, la prise de risque peut aussi passer par une décision d'exercer dans des conditions inhabituelles, spécifiques au fait que sa patiente soit sage-femme. En effet, une des sages-femmes interrogées a demandé à des collègues hospitaliers de l'accompagner dans la prise en charge de son accouchement à domicile, impliquant pour ces sages-femmes un exercice en dehors du cadre réglementaire, pouvant avoir un impact médico-légal en cas de complications.

Le Serment d'Hippocrate déclare : « Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. » (18) Or, il faut souscrire une assurance spécifique pour réaliser des accouchements à domicile. En effet, l'article L. 1142-2 de la loi

n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce que « les professionnels de santé exerçant à titre libéral [...] sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée [...] dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soin. » (15) Une sage-femme engage sa responsabilité professionnelle en acceptant de sortir de sa zone légale d'exercice quand elle accompagne un accouchement à domicile. Or, elle engage également sa relation avec la sage-femme qui accouche. En effet, elle prend des risques qu'elle ne prendrait pas dans d'autres circonstances.

#### 4. Limites et forces

Notre travail comporte plusieurs biais de par sa méthode qualitative. Nous allons les mentionner ci-dessous ainsi que les éléments mis en place pour les contrebalancer et les limiter.

- Le biais de subjectivité.

La sage-femme rapporte sa propre expérience selon son point de vue et sa vision de la situation.

- Le biais rétrospectif.

C'est le biais de mémoire. La sage-femme interrogée relate une situation qui a pu se dérouler jusqu'à 21 ans (SF8) pour le plus grand écart de temps entre le moment des faits et le moment de narration. Le temps peut donc effacer des détails de la prise en charge évoquée ou des souvenirs peuvent être reconstruits, amenant un récit modifié par rapport au vécu initial.

Pour le contrebalancer, nous avons évoqué la situation pendant un long moment, et posé des questions précises, afin de faire remonter de potentiels détails en souvenir.

- Le biais de sélection ou de recrutement.

Toutes les personnes ayant participé à cette enquête se sont portées volontaires. Cela induit un biais de recrutement car nous pouvons supposer que les personnes ne s'étant pas manifestées pour participer avaient peut-être eu des expériences différentes (positives ou négatives) que les sages-femmes ayant accepté de participer.

Nous avons cependant recruté sur l'ensemble du territoire d'Auvergne-Rhône-Alpes en envoyant un mail à tous les Conseils départementaux de l'Ordre des Sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, afin que toutes les sages-femmes le reçoivent. Cependant, certains conseils départementaux n'ont pas relayé notre mail. Nous avons tout de même interrogé des sages-femmes provenant de maternités de niveaux différents ainsi que de maison de naissance. Cela a permis d'accéder à une grande variété de pratiques.

- Le biais de l’outil utilisé.

Les entretiens ont été réalisés en distanciel. Cela influe sur la façon de mener les entretiens, et peut aussi altérer le recueil de réaction ou de langage non verbal.

Pour le corriger, nous avons mis en place une visio-conférence avec micro et caméra, afin de récolter le maximum d’éléments. Cependant, il a été démontré que les entretiens individuels en ligne permettaient aux participants de partager un récit personnel plus complet et d’aborder plus facilement des sujets sensibles et personnels (32).

- Le biais de l’enquêteur.

Le fait d’être étudiante a pu influencer peut-être les réponses. En effet, certaines sages-femmes peuvent tenter de ne pas évoquer ce qu’elles considèrent comme des erreurs par exemple, pour ne pas décrédibiliser leur prise en charge devant une étudiante.

Pour l’effacer, nous avons tenté d’être complètement objectif et de ne pas montrer un quelconque jugement sur ce que les sages-femmes nous dévoilaient. De plus, nous avons toujours posé les questions de la même manière. Le fait que les retranscriptions soient anonymisées a également pu diminuer ce biais.

- Les biais liés à la méthode d’analyse.

Il existe quatre types de triangulation (10) mais une seule méthode a été utilisée pour cette étude : celle liée aux investigateurs, c’est-à-dire que nous avons analysé les entretiens à deux avec ma directrice de mémoire afin d’avoir un deuxième point de vue sur les interprétations ou conclusions des entretiens.

## 5. Pistes d’amélioration

Pour tenter d’améliorer les conclusions de notre mémoire, nous pourrions interroger un échantillon plus grand. Cela permettrait d’avoir plus de points de vue de sages-femmes ainsi que des pratiques différentes initialement, et ainsi étudier si ces pratiques évoluent de la même manière. D’autres méthodes de triangulation des données pourraient également être utilisées.

## 6. Perspectives

Ce travail nous a montré plusieurs perspectives d’étude.

Tout d’abord, pour compléter nos résultats, il pourrait être intéressant d’interroger les sages-femmes ayant été accouchées par une collègue afin de recueillir leurs points de vue sur ces prises en charge

(Quelles sont leurs attentes dans leur propre prise en charge et comment trouve-t-elle leur position de patiente ?) et ensuite croiser les résultats de ces deux groupes.

De plus, on pourrait s'intéresser aux raisons qui poussent certaines sages-femmes à refuser de suivre une patiente sage-femme. Les arguments sont-ils semblables aux modifications de relation que nous avons mis en lumière avec notre travail ?

De plus, la SF3 évoquait une expérience où c'était le mari de sa patiente qui était sage-femme (« Il était sage-femme et c'est sa femme que j'ai accouchée. [...] Pour moi, c'était plus inconfortable que ce soit lui qui soit sage-femme. [...] Parce que j'avais plus peur de son jugement à lui, qui était complètement extérieur. » (SF3)) Il serait donc intéressant de connaître le positionnement de celui-ci. En effet, les parturientes sages-femmes sont actrices de leur accouchement et vivent les choses, mais qu'en est-il de la place du père quand c'est lui qui est sage-femme ? En effet, il confie sa femme à quelqu'un d'autre alors qu'il pourrait l'assister dans son accouchement.

## Conclusion

Nous avons initié notre recherche car le postulat était fait que les étudiants sont évincés de la prise en charge lorsqu'une sage-femme se présentait en salle d'accouchement en tant que patiente. Nous avons donc procédé à une étude qualitative pour répondre à la question : Comment les sages-femmes s'ajustent-elles à la prise en charge d'une collègue en salle d'accouchement ? Nous cherchions à déceler les possibles spécificités de la prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement et d'identifier les possibles ajustements mis en place par les sages-femmes pour l'accompagnement de ce type de patiente. L'objectif secondaire était de déterminer si la prise en charge d'une patiente sage-femme avait un impact sur la relation de soin et notamment sur la décision médicale partagée.

Nos résultats montrent qu'assister une collègue sage-femme au cours de son accouchement est un contexte d'exercice particulier et que de nombreux ajustements dans ces prises en charge sont retrouvés.

Nous pouvons donc conclure qu'il existe de grandes disparités de prise en charge entre une patiente sage-femme et une patiente lambda lors de leur accouchement. En effet, la patiente sage-femme n'est pas une parturiente comme les autres. La sage-femme doit donc ajuster son accompagnement afin de répondre au mieux à ses attentes spécifiques. Ces particularités de prise en charge sont dues en grande partie au processus d'identification qui rend la relation soignant-soigné particulière dans ce contexte. La sage-femme soignante tentera de contrebalancer ces processus par la mise en place de mécanismes de défense afin de tenter d'avoir une prise en charge la plus objective possible. Enfin, avoir une patiente sage-femme entraîne une modification de la perception du risque.



## Bibliographie

1. Vince C. L'internaute. 2021 [cité 20 nov 2023]. Prise en charge : Définition simple et facile du dictionnaire. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/prise-en-charge/>
2. Pluvinage V. Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique. 2022 [cité 22 nov 2023]. Soigner un confrère. Disponible sur: <https://www.cdm44.org/soigner-un-confrere-editorial>
3. Tamiozzo S. Soigner un soignant. La prise en charge infirmière d'un confrère. 2015; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01773663v1/document>
4. Bonneaudeau S. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Le médecin/malade : Un patient comme les autres ? [Internet]. [Paris 7]: Paris Diderot; 2011 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583\\_These\\_Medecin\\_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf)
5. Galam E. Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ? juin 2017;17(66):40.
6. 3584\_These\_Soin\_des\_Medecins-Lhote-05juil11.pdf [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584\\_These\\_Soin\\_des\\_Medecins-Lhote-05juil11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05juil11.pdf)
7. Collège National, des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique Extractions instrumentales. 2008;10.
8. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? Qual Health Res. 2016;27(4):591-608.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 1 janv 2006;3(2):77-101.
10. Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. Qual Health Res. mars 2006;16(3):377-94.
11. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife–woman relationship. Scand J Caring Sci. 2007;21(2):220-8.
12. Madeleine Lhote. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? [Internet]. 2011 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584\\_These\\_Soin\\_des\\_Medecins-Lhote-05juil11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05juil11.pdf)
13. Karine E. Importance du vécu personnel ainsi que professionnel dans la prise en charge d'un patient accueilli pour la première fois en chirurgie: point de vue des infirmières ayant déjà vécu une opération. juill 2009 [cité 12 mars 2024]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/20645480>
14. VIP TREATMENT definition and meaning | Collins English Dictionary [Internet]. 2024 [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/vip-treatment>
15. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/#:~:text=%2D%20Nul%20ne%20peut%20se%20pr%C3%A9valoir,mesures%20susceptibles%20de%20l'att%C3%A9nuer.>

16. Confédération internationale des sages-femmes. Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme ÉDITION 2018 [Internet]. 2018 [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: [https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/02/ICM-competencies-French\\_final\\_Oct-2018\\_fascicule.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/02/ICM-competencies-French_final_Oct-2018_fascicule.pdf)
17. Légifrance. Article R4127-305 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913102](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913102)
18. Ordre des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 mars 2024]. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
19. PUDEUR : Définition de PUDEUR [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/pudeur>
20. Ricard A. La juste distance. Mémoires. 2021;81(2):2-2.
21. Chatellier-Rombaut F. Influence des affects sur la `` juste '' distance dans la relation de soin en phase palliative: réflexion à partir de l'accompagnement d'un `` enfant de la lune '' majeur.
22. Roussillon R. L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. Cliniques. 2014;8(2):122-38.
23. relation-soignant-soigne\_1459520255564-pdf.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne\\_1459520255564-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf)
24. Groves JE, Dunderdale BA, Stern TA. Celebrity Patients, VIPs, and Potentates. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4(6):215-23.
25. L'essentiel du transfert et contre-transfert [Internet]. 2022 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=5qgbtCtv9Xc>
26. POSTURE : Définition de POSTURE [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/posture>
27. MACSF.fr. MACSF.fr. [cité 22 nov 2023]. Soigner ses proches. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/soigner-ses-proches-quelles-conditions>
28. Gershengoren L. Our Duty to the "VIP Patient". J Grad Med Educ. déc 2016;8(5):784.
29. Legifrance. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. 2002 [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001262582](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582)
30. Larousse É. larousse.fr. 2008 [cité 28 févr 2024]. Définitions : ambivalence - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ambivalence/2729>
31. Mulot V. Vécu de l'extraction instrumentale: étude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale. 2014;119.
32. Woodyatt CR, Finneran CA, Stephenson R. In-Person Versus Online Focus Group Discussions: A Comparative Analysis of Data Quality. Qual Health Res. mai 2016;26(6):741-9.

## Annexes

- 1) ANNEXE I : Mail envoyé aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes de la Région Auvergne-Rhône-Alpes le 08 septembre 2023 pour le recrutement des sages-femmes de l'étude.
- 2) ANNEXE II : Note d'information envoyé aux sages-femmes avant leur entretien
- 3) ANNEXE III. : Trame d'entretien
- 4) ANNEXE IV : Synopsis

## ANNEXE I.

Mail envoyé aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes de la Région Auvergne-Rhône-Alpes le 08 septembre 2023 pour le recrutement des sages-femmes de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Diane Picot et je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Bourg-en-Bresse. Dans le cadre de mon travail de mémoire, j'aurai besoin de réaliser des entretiens avec des sages-femmes.

Pourriez-vous diffuser le mail ci-joint aux sages-femmes de votre département ?

Je vous remercie de votre aide.

Bien cordialement

Bonjour,

Je m'appelle Diane Picot, je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Bourg en Bresse. Dans le cadre de mon travail de mémoire, je souhaiterais m'entretenir avec des sages-femmes ayant pris en charge des patientes, pour leur travail ou leur accouchement, qui étaient elles-mêmes sage-femme.

Afin d'avoir un maximum de variété dans mes entretiens, j'aimerais interroger :

- Des sages-femmes hospitalières,
- Des sages-femmes faisant du plateau technique,
- Des sages-femmes de maison de naissance...

Si vous vous reconnaissez dans l'un de ces profils et que vous acceptez de participer à mon mémoire, n'hésitez pas à m'envoyer un mail à [diane.picot@etu.univ-lyon1.fr](mailto:diane.picot@etu.univ-lyon1.fr)

Nous pourrions convenir ainsi d'un moment qui vous conviendra pour réaliser cet entretien.

En vous remerciant par avance de l'aide que vous m'apporterez.

Bien cordialement,

Diane Picot

[diane.picot@etu.univ-lyon1.fr](mailto:diane.picot@etu.univ-lyon1.fr)

## ANNEXE II.

### Note d'information envoyé aux sages-femmes avant leur entretien

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « L'inclusion d'une collègue sage-femme dans la prise de décision concernant le suivi de son travail en salle d'accouchement » nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

L'investigateur principal de cette étude, dont l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux s'est porté promoteur, est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Diane PICOT, étudiante sage-femme en 4ème année.

L'objectif de cette étude est de comprendre les possibles spécificités de la prise en charge d'une sage-femme par une sage-femme en salle d'accouchement.

La participation à l'étude consiste à répondre au mail transféré par les conseils départementaux pour informer de votre souhait de participer à l'enquête, ainsi que participer à un entretien d'une durée maximale de 2h, durant lequel vous pourrez être enregistrés afin de collecter les données ultérieurement.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux avec la participation du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de sous-traitant. Le délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse [dpo@ght01.fr](mailto:dpo@ght01.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

### ANNEXE III.

#### Trame d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter ?
  - Avez-vous des enfants ?
  - Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
  
- 2) Avez-vous déjà suivi une patiente pour son accouchement qui s'avérait être sage-femme ?
  - Combien de fois cela s'est-il présenté ?
  
- 3) Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez suivi une patiente sage-femme en salle d'accouchement ?
  - Y a-t-il des choses que vous mettez en place de façon systématique ?
  - Etes-vous plus vigilante à certaines choses ?
  - Dans quelle position vous mettez-vous ? Gardez-vous une certaine distance ? Ressentez-vous le regard d'un professionnel de santé ou d'une patiente en face de vous ?
  
- 4) Que ressentez-vous quand vous suivez ce type de patiente ? Est-ce une situation dans laquelle vous êtes à l'aise, avez-vous plus de craintes ?
  - Avez-vous toujours la même prise en charge ou y a-t-il une évolution depuis la première patiente sage-femme que vous avez accompagné ?
  
- 5) Vous m'avez dit en début d'entretien que vous avez suivi plusieurs sages-femmes pour leur accouchement. Dans quel contexte cela s'est-il présenté ? Collègue, amie ?
  - Qu'avez-vous comme spécificité qui fasse que vos collègues vous choisissent ?
  
- 6) Vous avez des enfants, dans quels contextes se sont passés vos accouchements ?

## ANNEXE IV.

### 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

<b>Auteur :</b> Diane PICOT	<b>Date de ce synopsis :</b> 15/08/23
<b>Directeur de recherche</b> (nom, qualification) : Marine Dubreucq	<input type="checkbox"/> envisagé <input checked="" type="checkbox"/> confirmé
<b>Titre provisoire :</b> L'inclusion d'une collègue sage-femme dans la prise de décision concernant le suivi de son travail en salle d'accouchement.	
<b>Constat / Justification / Contexte / Problématique :</b> Ayant vu plusieurs sages-femmes accoucher pendant mes stages, je me suis demandé si l'accompagnement et la prise en charge par la sage-femme de garde était modifiée au vu de la profession de la patiente. Je me suis demandé à quoi la sage-femme était particulièrement attentive du fait de son métier. Finalement, <b>Comment la sage-femme inclue sa patiente dans la prise de décision quand elle accouche ? En quoi le fait d'accompagner une sage-femme en salle d'accouchement va impacter la relation de soin ou la décision médicale partagée ?</b>	
<b>Cadre conceptuel, données de la littérature :</b> <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Sociologique <input checked="" type="checkbox"/> Autre : psychologique	
<b>Objectif(s) de recherche :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Principal</i> : Déceler les possibles spécificités de la prise en charge d'une sage-femme en salle d'accouchement et identifier les possibles adaptations mises en place par les sages-femmes pour l'accompagnement de ce type de patiente.</li><li>- <i>Secondaire</i> : Déterminer si la prise en charge d'une patiente sage-femme a un impact sur la relation de soin et notamment sur la décision médicale partagée.</li></ul>	
<b>Méthodologie / Schéma de la recherche :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif : .....	
<b>Trame d'entretien si recherche qualitative :</b> Pouvez-vous me raconter votre prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement ? A quoi avez-vous été particulièrement attentive du fait que votre patiente était sage-femme ? Comment pensiez-vous adapter votre prise en charge, qu'avez-vous fait sur l'instant, quel est votre ressenti ?	
<b>Hypothèse nulle ou alternative si recherche quantitative :</b>	
<b>Critères de jugement si recherche quantitative :</b>	
<b>Population cible et modalités de recrutement :</b> La population cible regroupe les sages-femmes ayant accompagné des patientes sages-femmes pendant leur accouchement. Pour le recrutement, je compte contacter par téléphone la cadre de salle d'accouchement pour envoyer un mail aux sages-femmes y travaillant. Celles voulant participer au mémoire pourront se manifester. J'essaierai de choisir le maximum de cas différents (plateau technique, sage-femme de garde au moment de l'accouchement, sage-femme choisie pour être présente à l'accouchement...).	
<b>Critères d'inclusion :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sages-femmes hospitalières travaillant en salle d'accouchement</li><li>- Sages-femmes de maternité de niveau 1, 2 ou 3</li><li>- Sage-femme ayant accouché une sage-femme</li><li>- Sage-femme ayant accompagné une grande partie du suivi du travail ainsi que l'accouchement</li></ul>	

<p><b>Critères de non-inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sages-femmes ne faisant que des consultations, de la suite de couche, ou du libéral</li> <li>- Sages-femmes n'ayant pas suivi de sage-femme pour leur accouchement</li> <li>- Sages-femmes refusant de participer à l'étude</li> </ul>	
<p><b>Critères de sortie d'étude :</b> Sage-femme ne s'étant pas présentée à l'entretien</p>	
<p><b>Nombre de sujets nécessaires :</b> Environ 10 sujets, et jusqu'à saturation des données, afin d'avoir un nombre suffisant d'entretiens pour avoir des cas variés à étudier.</p>	
<p><b>Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :</b> L'étude durera 4 mois :  <u>Août 2023</u> : Prise de contact avec les cadres de salle d'accouchement pour envoi des mails de demande de participation à l'étude  <u>Septembre - novembre 2023</u> : Entretiens  <u>Novembre – Décembre 2023</u> : Recueil et analyse des entretiens, Début de rédaction du mémoire  <u>Janvier 2023– février 2024</u> : Rédaction du mémoire  <u>Fin février 2024</u> : Relecture du mémoire  <u>Mars 2024</u> : Dépôt du mémoire  <u>Avril – mai 2024</u> : Soutenance du mémoire</p>	
<p><b>Lieu de la recherche :</b>  <input type="checkbox"/> Monocentrique : <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique : Sages-femmes d'Auvergne-Rhône-Alpes  <b>Justifiez de ce choix :</b> Une étude multicentrique apporte plus de diversité et de matière notamment en termes de nombre de personnes à interroger.</p>	
<p><b>Retombées attendues :</b> Déceler les spécificités de la prise en charge d'une patiente sage-femme, qui a des connaissances, une approche particulière du métier. Identifier les choses mises en place par les sages-femmes pour l'accompagnement de cette patiente.</p>	
<p><b>Aspects éthiques et réglementaires :</b>  <input type="checkbox"/> RIPH3 (MR-003)  <input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)  <input type="checkbox"/> Interne  <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004)  <input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable  <input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données  <input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité</p>	<p><b>Promoteur :</b>  <input checked="" type="checkbox"/> CHB  <input type="checkbox"/> autre : .....</p> <p><b>Autres accords à recueillir :</b>  <input checked="" type="checkbox"/> cadre (pour diffusion)  <input type="checkbox"/> chef de service  <input type="checkbox"/> DIM</p>
<p><b>Références bibliographiques :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tamiozzo S. Soigner un soignant. La prise en charge infirmière d'un confrère. 2015 ; Disponible sur : <a href="https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01773663v1/document">https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01773663v1/document</a></li> <li>2. Pluinage V. Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique. 2022 [cité 22 nov 2023]. Soigner un confrère. Disponible sur : <a href="https://www.cdm44.org/soigner-un-confrere-editorial">https://www.cdm44.org/soigner-un-confrere-editorial</a></li> <li>3. Bonneaudeau S. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Le médecin/malade : Un patient comme les autres ? [Internet]. [Paris 7] : Paris Diderot ; 2011 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur : <a href="http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf">http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf</a></li> <li>4. Madeleine Lhote. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? [Internet]. 2011 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur : <a href="http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05juil11.pdf">http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05juil11.pdf</a></li> </ol>	
<p><b>Mots clés :</b> Sage-femme, patiente, prise en charge, accouchement, spécificités, adaptations</p>	



<b>Auteur</b> : PICOT Diane	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
<b>Titre</b> : La prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement	
<b>Résumé</b> :	
<p><b>Introduction</b> – En tant qu'étudiants en maïeutique, nous sommes évincés de la prise en charge des sages-femmes lorsque celles-ci viennent accoucher. Il existe très peu de littérature sur les spécificités de prise en charge d'un confrère, et celle-ci se restreint aux professions de médecin et d'infirmier.</p> <p><b>Objectif</b> – Objectif principal : Déceler les possibles spécificités de la prise en charge d'une patiente sage-femme en salle d'accouchement et identifier les possibles ajustements mis en place par les sages-femmes pour l'accompagnement de ce type de patiente.</p> <p>Objectif secondaire : Déterminer si la prise en charge d'une patiente sage-femme a un impact sur la relation de soin et notamment sur la décision médicale partagée.</p> <p><b>Méthode</b> – Nous avons mené une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs auprès de sages-femmes ayant accompagnées des patientes sages-femmes pendant leur accouchement.</p> <p><b>Résultats et Discussion</b> – L'analyse a montré qu'assister une collègue sage-femme pour son accouchement créé un contexte particulier, chargé d'émotions pour la sage-femme qui accompagne la prise en charge. L'accompagnement d'une collègue a un impact sur : la prise en charge privilégiée, l'évaluation du risque et la prise de décision, la position de la sage-femme soignante et soignée.</p> <p><b>Conclusion</b> – Il existe de grandes disparités de prise en charge entre une patiente sage-femme et une patiente lambda lors de leurs accouchements. La sage-femme doit ajuster son accompagnement afin de répondre au mieux aux attentes spécifiques de sa patiente sage-femme. Ces particularités de prise en charge sont dues en grande partie au processus d'identification qui rend la relation soignant-soigné particulière dans ce contexte. La sage-femme soignante essaiera de contrebalancer ces processus par la mise en place de mécanismes de défense afin de tenter d'avoir une prise en charge la plus objective possible. Enfin, avoir une patiente sage-femme entraîne une modification de la perception du risque.</p>	
<b>Mots clés</b> : Sage-femme, patiente, prise en charge, accouchement, spécificités, ajustements	

<b>Title</b> : Managing a midwife patient in the delivery room
<b>Abstract</b> :
<p><b>Introduction</b> – As midwife students, we are put aside from the midwife's care when she comes to give birth. There is very little literature on the specifics of caring for a colleague, and this is restricted to the medical and nursing professions.</p> <p><b>Objective</b> – The main aim of this study is to identify the possible characteristics of taking care a midwife patient in the delivery room, and to identify the possible adaptations implemented by midwives to support this type of patient. The secondary objective is to determine whether the management of a midwife patient has an impact on the care relationship, and on the shared medical decision.</p> <p><b>Methods</b> – We conducted a qualitative study based on individual semi-directive interviews with midwives who had accompanied midwife patients during childbirth.</p> <p><b>Results &amp; Discussion</b> – The analysis showed that assisting a midwifery colleague in childbirth creates an emotionally-charged context for the midwife accompanying the care. We found that taking care of a colleague had an impact at different levels: on the preferred care, on risk assessment and decision-making, and on the position of the midwife caring for and being cared for.</p> <p><b>Conclusion</b> – There are major differences in the way midwives and ordinary patients are cared for during childbirth. The midwife must adapt her care to meet the specific expectations of her midwife patient. These specificities of care are largely due to the identification process, which makes the caregiver-patient relationship special in this context. The midwife-caregiver will try to counterbalance these processes by implementing defence mechanisms in order to provide a care as objective as possible. Finally, having a midwife as a patient alters the perception of risk.</p>
<b>Key words</b> : Midwife, patient, care, childbirth, characteristics, adaptations