

Sages-femmes : quel devenir ?

La formation des sages-femmes a été profondément modifiée par les changements récents qui entourent la naissance, mais aussi par l'introduction des travaux de recherche liés à l'universitarisation.

Odile Montazeau, sage-femme, enseignante

Mon métier de sage-femme enseignante a commencé au temps où nos mains renseignaient sur la croissance fœtale, sa position et son poids, nos oreilles sur son bien-être.

Nous avions le temps d'écouter les dires de la femme. Nos yeux apportaient beaucoup sur son état général. Un matériel assez sommaire validait notre jugement pragmatique.

Mon propre apprentissage reposait sur une transmission orale, une gestuelle précise, acquise par le mimétisme et la forte identification aux sages-femmes dont j'admirais le savoir-faire.

Un travail théorique et une analyse constante de la mécanique obstétricale nous faisaient progresser d'une année à l'autre.

Une confiance dans le déroulement normal des événements donnait aux sages-femmes une sérénité relative.

Le slogan était « Le plus urgent est le plus souvent d'attendre ». Le médecin intervenait sur leur appel, dans les accouchements dystociques. Bien sûr, il y avait des drames, des pleurs autour de l'enfant mort ou malformé, mais la vie reprenait son cours. Nous avions confiance dans le « Progrès ». Le raisonnement médical était, pour l'essen-

tiel, acquis au pied du lit de la gestante ou de la parturiente quand l'obstétricien vérifiait notre progression et nos compétences.

En ce dernier tiers du XX^e siècle, les femmes échappaient enfin à la malnutrition donc au rachitisme, à la misère, au travail harassant et pouvaient avoir des enfants dans de bonnes conditions.

J'achevais mes études avec la généralisation de la PPO (psycho-prophylaxie-obstétricale dite accouchement sans douleur). Elle nous a rendu encore plus gratifiant ce métier avec la maîtrise par le couple de cette étape de la vie qu'est une naissance. La plénitude de la grossesse nous sautait aux yeux au décours d'un couloir de consultations, d'une salle d'accouchement sans douleur, sans idéalisa-

tion une fois la contraception rentrée progressivement dans la vie des femmes.

Dix ans de pratique en salles d'accouchement dans plusieurs établissements me ramenèrent en CHU où la transmission d'une expérience clinique me fit choisir l'enseignement.

Les premières années, ce fut un réel plaisir de me situer dans cette transmission orale et pratique. La théorisation était importante sur le diagnostic, le pronostic et l'analyse du partogramme. Nous discutions des conduites à tenir et de la pertinence des interventions plus ou moins intempestives. La mécanique obstétricale de l'accouchement physiologique n'était pas encore désuète, l'accompagnement du couple comptait aussi, mais ne se théorisait pas comme aujourd'hui.

Les pathologies de la grossesse étaient enseignées en dernière année d'études : les femmes mal ou non suivies arrivaient en état éclamptique ou avec une MAP sévère (menace d'accouchement prématuré) ou avec les saignements cataclysmiques d'un placenta prævia.

Je vivais comme privilège le fait d'avoir le temps. Le temps avec les étudiants sages-femmes (ESF) et les couples, car j'étais détachée des effectifs, échappant pour un moment aux contraintes de la charge de travail qui augmentait pour les collègues. Ce temps qui rétrécit, qui se « gère », qui manque.

En quelques années, les choses ont changé. Un paradigme s'impose en France : toute grossesse et accouchement sont a priori à risque ; ils seront jugés normaux a posteriori (paradigme contraire aux Pays-Bas et pour l'OMS).

Le monitoring du cœur fœtal en continu devient la règle, mettant fin aux déambulations des parturientes. L'enregistrement des contractions utérines rassure et rend désuet pour les ESF l'apprentissage clinique de l'évolution de « la dynamique utérine », la main sur le ventre de la femme. Les quelques essais de la télémetrie ambulatoire sont

« La mécanique obstétricale de l'accouchement physiologique n'était pas encore désuète, l'accompagnement du couple comptait aussi, mais ne se théorisait pas comme aujourd'hui. »

utilisés pour les femmes motivées et les sages-femmes convaincues, dans certaines maternités, quand la disponibilité le permet.

La généralisation de l'anesthésie péridurale (ADP) immobilise en position couchée les femmes, 63 % de moyenne nationale en 1998, 80 à 90 % chez les primipares dans certains établissements. La douleur de l'accouchement disparaît... Les salles de naissance deviennent silencieuses. Les ESF sont bouleversés en revenant des stages extérieurs (hors maternité-école) où elles découvrent les cris et soupirs des parturientes refusant l'APD dans quelques maternités ou n'y ayant pas l'accès, faute d'anesthésistes disponibles.

La préparation à la naissance devient un lieu d'information sur le fonctionnement du plateau technique et ses protocoles.

L'échographie rend tout fœtus suspect : trop gros, trop petit, trop bas pour le terme, pas assez descendu un mois plus tard...

Dans ce contexte sociétal hanté par l'utopie de « la santé absolue », de l'enfant « parfait », du « risque zéro », comment rétablir une « confiance » dans la vie ? Les ESF sont paralysés et muets, faute de trouver les mots adaptés aux situations d'angoisse des femmes, faute de trouver les clefs du savoir-être dans « l'asepsie verbale » prônée dans les cours de psychologie...

L'obsession de « l'enfant à tout prix », et tout de suite, remplit le service de gestantes à risque. Ces femmes alitées aux histoires médicales invraisemblables, laissent incrédules les ESF en début de formation. Ils/elles venaient se former pour accompagner les grossesses et accouchements physiologiques. Mais ne doivent-ils/elles pas être capables de dépister la pathologie dans le programme de leurs compétences ?

Les écoles de sages-femmes sont rattachées à la faculté de médecine et la maternité-école du CHRU. Ceci implique de découvrir l'obstétrique dans une maternité de type III qui draine toutes les grossesses à risque de la région. Les stages en maternité de type I et II ne sont pas toujours possibles pour toutes. Discours paradoxal de la sage-femme enseignante qui parle de physiologie et de bas risque les deux premières années d'étude.

Depuis 1990 s'est instauré, sous couvert du discours sécuritaire, une concentration des lits-maternités. Les petites et moyennes maternités ont fermé au profit des plateaux techniques. Les contraintes du taux d'occupation des lits conduisent à standardiser l'accouchement. Administration de prostaglandines, rupture de la poche des eaux, perfusion d'ocytocine et APD qui permet à la femme de supporter cet accouchement « accéléré ». C'est ainsi que sur une semaine, je n'ai trouvé aucun partogramme de primipare sans uti-

lisation de médication renforçant les contractions utérines, pour les Travaux Pratiques « analyse du partogramme » dans la maternité-école de 4000 accouchements/an.

Après l'accouchement, les ESF sont très investis dans l'accompagnement des mères désirant allaiter. Mais les protocoles de nursing du bébé, rigoureux pour échapper aux infections nosocomiales liées au gigantisme des structures, ne facilitent pas le spontanéisme. La relation mère-enfant ne se met pas en place facilement. Souvent, la nouvelle mère se sent dépassée, débordée avec son nouveau-né. Elle sort au 2^e ou 3^e jour de suites de couches, en pleine montée laiteuse non régulée.

Trois points restent pour moi inquiétants dans la transmission des savoirs. D'abord, la non-évaluation des pathologies induites par ce regroupement en maternité de type III pour les femmes de la population évaluée à bas risque. Ensuite la non-évaluation psychoaffective de la déshumanisation de cette naissance instrumentalisée. La procréation et la filiation tendent à se réduire à la seule dimension biologique, au détriment de la fonction symbolique de la parentalité et de sa dimension sociale. Enfin, la validité d'une formation des futurs professionnels sur ces plateaux techniques. Nous induisons une perpétuation de la vision techniciste de la naissance, sans pouvoir intégrer les travaux de théorisation sur le savoir ancestral accumulé par les femmes et les sages-femmes depuis l'Antiquité. Par exemple sur la mobilité en cours de travail et d'accouchement ou encore sur les postions pour mettre au monde (apports du travail de B. Gasquet).

Ces exemples conduisent à réfléchir sur la formation des futurs professionnels de la naissance afin que ces connaissances puissent être acquises. Elles pourraient réinstaurer un rôle majeur dans la prise de contrôle de la naissance par les femmes elles-mêmes. A l'heure où « la clinique » est très dévalorisée, les sages-femmes doivent reprendre la parole au quotidien, ne pas se résigner et transmettre aux étudiants sages-femmes leur savoir clinique. Arrêter de se taire, quand un jeune médecin interne ne peut appréhender cette parturiente dans sa singularité, ou telle autre femme, qui leur semble, par leurs connaissances solides de sage-femme, ne pas relever de cette conduite à tenir standardisée...

Yvonne Knibielher dans *Accoucher* a ces mots forts à propos des sages-femmes: « La médicalisation n'a pas bousculé seulement leur travail au quotidien, elle a brouillé l'image, de la profession ».

« La relation mère-enfant ne se met pas en place facilement. Souvent, la nouvelle mère se sent dépassée, débordée avec son nouveau-né. »

.../...

.../... Il me semble important aussi d'enseigner l'histoire de la médecine et l'anthropologie. En effet, cette question de posture pour accoucher montre l'importance de l'histoire et de l'aspect culturel dans la constitution de la science. Ainsi, en France, la mécanique obstétricale est héritière de la médecine anatomo-pathologique du XIX^e siècle considérant le bassin osseux fixe. Ces connaissances accumulées ont été faites sur l'étude des cadavres, bien sûr, immobiles.

Un dernier aspect récent me préoccupe dans la formation des étudiants sages-femmes, c'est l'obligation de recherche dans le travail de fin d'études. Ce travail de recherche doit reposer sur une méthodologie, axée sur des bases épidémiologiques. Or, la pression est forte dans les maternités hospitalo-universitaires, car une partie du budget est liée à la recherche comme dans les autres services. Les sages-femmes, jusque là « récalcitrantes », se voient guidées par des collègues auxiliaires de recherche pour rappeler les protocoles à leur mémoire et augmenter les effectifs des femmes dans les groupes des études... Les protocoles sont apparus nécessaires, incontournables. Ils permettent à chaque membre du personnel de s'adapter vite aux situations types définies. Les protocoles sont la sédimentation de ces nouvelles normes déduites des moyennes statistiques. Celles-ci sont en permanence remises en question, moulonnées au travail statistique. Alors les protocoles changent, et les équipes courent après la dernière version...

Comment peut-il en être autrement, dans ces structures de 20 000 consultations prénatales ou plus par an, et 4 000 à 5 000 accouchements ?

Le nouveau cursus des études de sages-femmes devrait en faire des collaborateurs/trices moins critiques et formatés pour « la recherche »...

Le Dr Donatien Mallet signale une confusion redoutable sur le plan éthique dans cette vision du soin et de la recherche : « Lorsque le soignant est à la fois chercheur et clinicien, n'est-il pas pris dans une tension entre les fins et les moyens ? La demande du soigné est d'être considéré comme une fin en soi. Le soignant dans l'idéal aspire au bien de l'autre, conceptualisé comme une fin en soi. Soigné et soignant se rejoignent sur cette visée commune. À l'inverse, le chercheur considère le patient d'abord comme un moyen, instrumentalisé pour une fin. La personne souffrante, considérée dans son individualité, n'est pas la finalité du protocole de recherche. Elle n'est que le moyen utile à la visée théorique que serait une meilleure connaissance sur l'efficacité du traitement. »

Mon inquiétude redouble en réfléchissant aux

modifications sur la formation des sages-femmes avec l'application des principes de Bologne dans le cadre de l'uniformisation européenne des études. Pour favoriser la mobilité des étudiants avec des « passerelles » d'un cursus à l'autre, les premières années reposeront sur l'approche théorique des fondamentaux. L'alternance stages/cours sera différée ; la spécialisation professionnelle s'effectuera à partir de la 3^e année de licence. L'imprégnation avec les professionnels sages-femmes sera reculée dans le temps. Ceci diminuera, à coup sûr, le processus d'identification professionnelle, et l'acquisition du savoir clinique déjà en perdition avec la surenchère des examens para-cliniques.

Dans ce double mouvement où la grossesse entre de plein pied dans le champ de la médecine curative, la médecine elle-même subit une transformation aussi importante qu'inquiétante, en se croyant « science ». Comment rappeler cette vérité élémentaire que la grossesse et la naissance ne sont pas des maladies pour les femmes en bonne santé ?

Dans une société donnée, l'accouchement ne s'invente pas individuellement, bien qu'expérience intime, il dépend du politique et de l'économie. Dans notre société contemporaine, la vision du corps et de la santé est modelée par le savoir médical officiel sur le corps et ses applications techniques qui instrumentalisent l'être humain. La majorité des femmes, en s'en remettant au corps médical pour la naissance de leurs enfants, ne font que partager l'opinion générale : la médecine la plus technique est la plus sécuritaire et garantit la meilleure santé possible. Elles sacrifient la prise en compte de leur vécu subjectif.

Dans ce contexte de domination du discours médical, le XXI^e siècle a fait de la maternité un événement très médicalisé.

Enseigner en école de sages-femmes consiste aujourd'hui à faire prendre conscience de ces faits, à éveiller un esprit critique, à donner sens au terme responsabilité citoyenne : comment se positionner pour que l'équité des soins perdure ? Pour échapper à la médecine à « deux vitesses » mise en place et majorée par les dernières lois ? Comment dégager les conditions d'une naissance qui garde la charge émotionnelle et affective avec les garanties de sécurité et de respect ?

Le futur peut devenir propice à la dénonciation de l'instrumentalisation niée du corps durant la grossesse et l'accouchement. Futur où les femmes, soutenues par leurs compagnons, refuseront cette dépossession d'un événement important : la perpétuation de la vie. Mais, à l'instar de J. Gélis, nous savons que : « La naissance témoigne d'une société pour le meilleur et le pire ». ■