

**Laura Moser**

Volée Mars 2004

Programme de formation d'infirmières,  
infirmiers HES

## **- LA THEORIE DE LA CESARIENNE AU SERVICE DU CONFORT -**

**L'accompagnement des femmes dans le processus de  
décision du mode d'accouchement**

Mémoire de fin d'étude présenté à la  
Haute école de santé

**La Source**

1004 Lausanne

Février 2008

Sous la direction de Mme Maria Grazia **BEDIN**

## Remerciements

- Je tiens à remercier Mme Maria Grazia Bedin, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse, ses conseils, sa disponibilité et surtout d'avoir tenté l'aventure du mémoire avec moi.
- Merci à Mme Charlotte Gardiol pour le temps et l'intérêt accordé à mon travail de recherche. C'est avec reconnaissance que j'ai pu faire un bout de chemin avec elle dans l'élaboration de mon travail.
- Merci à Mme Isabelle Defalque ainsi qu'à l'équipe de la maternité de la clinique de La Source qui m'a permis de me développer dans ce domaine par son soutien et ses encouragements, et qui m'a toujours mis sur de nouvelles pistes de réflexion.
- Merci aux personnes qui ont enrichi mon travail par leur engagement aux entretiens, j'ai aimé ce moment de partage autant pour mon travail que sur le plan personnel.
- Merci aux collègues et spécialement à Sarah Mayreder pour l'aide, les conseils, l'intérêt porté à ma recherche ainsi que de m'avoir soutenu dans l'élaboration de ce travail.
- Merci à ma famille pour l'aide, le soutien et l'encouragement et particulièrement à mon mari Lionel d'avoir été celui qu'il me fallait durant tout ce temps.

## Résumé

Actuellement, les femmes veulent autant que possible accoucher dans le confort et sans douleur. Jusqu'à une époque récente, les femmes ne pouvaient donner naissance sans solliciter tout leur être et cet ensemble complexe d'hormones de l'amour. Or, aujourd'hui cela s'inscrit dans l'histoire de l'humanité ; la plupart des femmes sous nos latitudes deviennent mères sans devoir s'imprégner de ces forces. Que peut-on comprendre de cette évolution ?

Par ailleurs, c'est un sujet qui relève de nombreuses polémiques quant à la question de l'implication du monde médical ; les médecins gynécologues y sont-ils également favorables ? Où alors, est-ce au confort de l'institution ? Quel plateau économique ?

La question qui se pose dans ce travail de type exploratoire et descriptif est celle de la place de l'infirmière au milieu de cette problématique. J'avance qu'il y a un travail à faire en terme d'accompagnement auprès des futures mamans qui se posent la question de la césarienne de convenance et ceci en regard de la promotion de la santé. Je me questionne sur la perception que les professionnels ont de ce phénomène de césarienne et ce qu'ils perçoivent de leur rôle en matière d'information et de guidance dans la prise de décision.

Mais les infirmières peuvent-elles encore faire quelque chose ?

Dans cette recherche les concepts de la promotion de la santé et de l'accompagnement infirmier ont été abordés. La mise en lien de ces concepts avec mes objectifs de recherche on servi à construire une trame d'enquête : entretiens et réflexion autour des résultats obtenus.

Les trois entretiens ont été menés auprès de soignantes diplômées : infirmière et infirmière/sage-femme, sur la base du cadre théorique et des objectifs de recherche.

Dans les diverses étapes de la dissection des résultats d'entretiens, certaines thématiques ressortent distinctement et font l'objet de thèmes pour la partie « analyse et discussion » du travail. Il s'agit surtout des aspects de l'évolution de la société, des besoins de la maman et du bébé autour de l'accouchement ainsi que la considération des limites médicales dans la décision du mode d'accouchement.

L'analyse de ces résultats met en évidence que les femmes ont besoin d'un accompagnement et d'informations par rapport aux différents modes d'accouchement afin qu'elles puissent faire leur choix en toute connaissance de cause et selon leurs valeurs.

Il en ressort également que cela en revient au rôle de l'infirmière d'aborder ce sujet en terme de promotion de la santé. Par ailleurs, il en résulte qu'elle a toutes les compétences pour se rendre responsable de cette tâche.

Tout au long du travail j'utilise le terme « soignant/e », ce terme désigne l'infirmier/ère ainsi que l'infirmier/ère – sage femme.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute école de la santé La Source.
---

# Table des matières

<b><u>1</u></b>	<b><u>INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
1.1	THEME DE LA RECHERCHE ET MOTIVATIONS.....	1
1.2	OBJET DE RECHERCHE .....	1
<b><u>2</u></b>	<b><u>PROBLÉMATIQUE .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
2.1	CONTENU DE LA PROBLEMATIQUE.....	3
2.1.1	LA CESARIENNE VS L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE .....	3
2.1.2	LA PEUR DE LA DOULEUR – LES CRAINTES LIEES A L'ACCOUCHEMENT .....	5
2.1.3	LE DROIT A L'INFORMATION ECLAIREE.....	7
2.2	QUESTION DE RECHERCHE.....	9
2.3	BUT, OBJECTIFS ET INTERET DE LA RECHERCHE .....	9
2.3.1	BUT.....	9
2.3.2	OBJECTIFS .....	10
2.3.3	INTERET DE LA RECHERCHE.....	10
2.4	DELIMITATION DU SUJET .....	11
<b><u>3</u></b>	<b><u>CADRE THÉORIQUE .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
3.1	REFLEXION PREALABLE .....	12
3.1.1	L'ACCOMPAGNEMENT INFIRMIER .....	13
3.1.2	LA PROMOTION DE LA SANTE.....	15
<b><u>4</u></b>	<b><u>MÉTHODOLOGIE .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
4.1	METHODE DE RECHERCHE.....	18
4.2	METHODE D'ELABORATION DE L'INSTRUMENT DE RECHERCHE .....	18
4.3	CHOIX DE LA POPULATION.....	19
4.4	PRESENTATION DES PERSONNES INTERROGEES .....	20
<b><u>5</u></b>	<b><u>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS .....</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>PERSPECTIVES INFIRMIÈRES.....</u></b>	<b><u>38</u></b>

**8 CRITIQUE DE LA RECHERCHE ET CONCLUSION ..... 42**

**8.1 EN REGARD DE LA METHODE DE RECHERCHE ..... 42**

**8.2 EN REGARD DU CONTENU DE MA RECHERCHE..... 42**

**9 BIBLIOGRAPHIE ..... 44**

**10 ANNEXES ..... I**

ANNEXE 1 ..... I

ANNEXE 2 ..... II

ANNEXE 3 ..... IV

ANNEXE 4 ..... V

# 1 Introduction

## 1.1 Thème de la recherche et motivations

Lors de mes expériences de stage dans le milieu de la maternité, en clinique, j'ai pu constater que le nombre de césariennes était relativement élevé, en comparaison aux accouchements par voie basse et que les césariennes de convenance n'étaient pas rares. Les femmes venaient accoucher sous le diagnostic « césarienne électorale » alors qu'en réalité il s'agissait d'une césarienne dite « de confort » ou « de convenance », c'est-à-dire : sur demande maternelle. Cela m'a interpellé sur le choix du mode d'accouchement – césarienne ou voie basse - dont nous, les femmes, disposons aujourd'hui.

Suite de mon interrogation : au confort de qui ? De la maman ? Du nouveau-né ? De la sage-femme, des gynécologues ou même de l'institution ? Qu'est-ce qui est recherché dans cette pratique ?

Lorsque certaines femmes venaient en consultation prénatale pour un traitement de fer ou autre, j'ai quelques fois eu l'occasion de discuter du choix du mode d'accouchement avec elles lors de la pose de perfusion. Dans ces moments j'ai pu saisir quelques raisons du choix de la césarienne de convenance mais je n'étais pourtant pas satisfaite de laisser la patiente seule avec ses représentations et ses craintes qui pouvaient la pousser à éviter l'accouchement physiologique, celui par voie basse. Insatisfaite, car de toute évidence la patiente n'était pas clairement informée de tous les enjeux des deux modes d'accouchement.

En tant que future infirmière, ma porte d'entrée est très petite car je ne suis ni sage-femme, ni gynécologue, et mon rôle n'est ni de suivre la grossesse de la maman, ni de la préparer à l'accouchement ni même de mener un entretien médical avec elle. Néanmoins, il y a des moments où l'infirmière rencontre la future mère (notamment lors de consultations prénatales en ambulatoire) et c'est précisément par cette porte que je veux entrer pour démontrer mon rôle infirmier face à cette problématique. C'est ce moment que j'aimerais saisir afin de pouvoir accompagner la patiente et lui fournir tout ce dont elle a besoin, information claire et complète, pour lui permettre de choisir librement le mode d'accouchement qui lui convient réellement.

J'ai choisi ce thème parce qu'il m'intéresse particulièrement en vue de mes projets professionnels qui sont de faire une formation de sage-femme après ma formation d'infirmière, par ailleurs je serais d'autant plus confrontée à des situations d'accompagnement de futures mères.

Au sens large, je me questionne sur la manière dont les futures mères sont accompagnées, comment elles font leur choix en matière d'accouchement et en quoi je peux devenir une aide à la prise de décision.

## 1.2 Objet de recherche

Dans cette recherche, il me semble important de définir le taux de césariennes et à quoi ces résultats sont dus, non seulement pour démontrer qu'il est en croissance depuis quelques années mais également pour pouvoir interpréter ce phénomène. De quel genre de césariennes parle-t-on et pourquoi ont-elles lieu d'être ?

En ce qui concerne la césarienne sur demande maternelle, et à partir de mes expériences de stages en maternité, je chercherai à :

- comprendre les raisons (des futures mères) du choix de la césarienne de confort,
- savoir ce que les infirmières et professionnels de la santé en pensent ainsi que percevoir leur rôle et leur implication dans l'information aux patientes,
- saisir les compétences et les informations dont j'ai besoin et que je dois pouvoir transmettre à la future maman pour la guider dans son choix du mode d'accouchement en regard de la promotion de la santé.

La césarienne est également un phénomène de société puisque elles ont évolué ensemble comme le décrit Rosset (2007) : « *Il y a dix ans, la demande d'une césarienne aurait fait l'effet d'une bombe alors que aujourd'hui les médecins ou les gynécologues ne sont plus les seuls qui programment des césariennes mais c'est une demande de la mère* ». (p. 53).

Les mentalités semblent avoir changé ; accoucher est devenu ce qu'appelle Jeanrichard (2005) un « *lifestyle event* » (p.34). Tout doit être parfait, y compris le fait de fonder une famille. La naissance doit être maîtrisée. Par exemple, on ne doit plus à tout prix passer par la souffrance pour enfanter et on peut choisir de garder son corps « *d'avant* » même après une grossesse.

Mais qu'en est-il du nouveau-né ? Ses besoins en arrivant au monde et dans son adaptation à la vie extra-utérine font également, et surtout, partie de cette recherche car il est le premier concerné, avec sa maman, par sa naissance. Selon plusieurs articles dans la revue médicale *Sage-femme.ch* l'accouchement physiologique comble tous les besoins de la mère et du bébé sur le plan physique comme sur le plan physiologique. La pratique de la césarienne prive maman et bébé de ces nécessités. J'y fais référence plus loin dans ma recherche.

En ce qui concerne le droit des patients en matière d'information, selon le fascicule *L'essentiel sur les droits des patients* (2005) il est émit : « *Pour pouvoir se prononcer et donner ou non son consentement libre et éclairé, le patient doit avoir été bien informé par le professionnel de la santé* ». (p. 6).

Il existe également une charte des droits de la parturiente (1988) rédigé par le Parlement européen, concernant uniquement les droits concernant la maternité. L'infirmière étant professionnelle de la santé et que le devoir d'informer fait partie de ses obligations, l'évocation de ce droit ne sera donc pas négligé dans ma recherche.

Le recueil de ces données me permettra de construire des connaissances autour de ma problématique et d'adapter mes représentations afin de considérer la future maman, de pouvoir l'informer et la guider dans ses choix.

## 2 Problématique

### 2.1 Contenu de la problématique

#### 2.1.1 La césarienne vs l'accouchement par voie basse

Qu'est-ce que la césarienne et quelles en sont les indications ?

Dans le livre de Samama (1983) il est dit que : « *La césarienne consiste à extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale. Les risques maternels sont minimes et les indications sont essentiellement fœtales et ont pour but une diminution de la mortalité et de la morbidité.* » Et selon Meneux (2002) : « *Les raisons qui conduisent une femme au bloc pour mettre au monde son enfant sont fort diverses* ». (p. 9). Il existe des indications essentiellement médicales telles que la césarienne d'urgence, ou la césarienne programmée pour des conditions peu favorables à l'accouchement par voie basse.

Les indications peuvent être liées à la mère, au bébé ou à des causes mécaniques, voici quelques exemples toujours selon Méneux(2002), dans le livre qui s'intitule *L'accouchement par césarienne* (p. 9-13. )

Les raisons peuvent être :

- Maternelles : → Hypertension artérielle, forme grave de diabète ou néphropathie sévères. Certaines infections de la mère peuvent également contaminer le bébé au moment de la naissance.
- Fœtales : → Bébé trop gros ou présentation anormale, cordon ombilical autour du cou, souffrance fœtale (repérée par monitoring en salle d'accouchement). La césarienne permet d'extraire un enfant « en bon état » avant que n'apparaissent des lésions cérébrales définitives.
- Mécaniques : → Les femmes présentant un bassin trop étroit ou une tumeur, un kyste ou un *placenta praevia*.<sup>1</sup>

En dehors de ces indications purement médicales on parlera alors de césarienne de convenance.

Cependant la césarienne de convenance n'a pas fait la preuve de son bénéfice pour le bébé et la maman et, elle reste une intervention chirurgicale avec ses risques, bien que ces derniers semblent aujourd'hui nettement moins évidents. Par exemple, dans un article intitulé *La césarienne, un choix comme un autre?* du journal « Le Temps » (2005) il est noté que : « *Le travail d'expulsion lors d'accouchement par voie basse, exerce sur les muscles respiratoires du nouveau-né une pression qui l'aide à évacuer le liquide amniotique et à affronter le contact avec l'air.* » Ce phénomène d'adaptation n'a pas lieu lors de la césarienne ce qui implique, selon Odent (2005) : « *[...] certains soins qui sont abusivement pratiqués en routine, comme l'aspiration gastrique[...]* » (p.33) Et ces soins abusifs, nous le verrons plus loin, ne permettent pas à l'enfant de s'attacher à sa mère selon ses besoins. Cependant je tiens à préciser que je mets en question le bénéfice de la césarienne de convenance et non celle dont l'indication est médicale.

---

<sup>1</sup> Le *placenta praevia* est une localisation anormale du placenta dont une partie va effleurer l'orifice interne du col ou le recouvrir, ce qui va rendre l'accouchement par voie basse impossible.



## Le lifestyle event

Aujourd'hui, dans notre société moderne, l'accouchement semble avoir perdu le sens qu'il avait autrefois. Jeanrichard (2005) en parle dans un éditorial, elle nomme le « lifestyle event » comme cela :

*« Dans notre société moderne, on construit tout d'abord sa carrière et la femme – ou le couple – pense à l'enfant relativement tard, souvent au delà de la trentaine. En plus, le couple a envie de continuer d'avoir une qualité de vie élevée et de ne pas trop faire de sacrifices alors il se décide pour un seul enfant. Quand on pense que le nombre d'enfant par couple suisse est de 1,4 – ce que veut dire que beaucoup de couples n'ont qu'un enfant – c'est vraiment un lifestyle event d'en « faire » un ! Après on doit se décider pour le mode d'accouchement, qui est souvent une césarienne de convenance (...) c'est tellement plus agréable de pouvoir choisir la date de la naissance. » (p.34)*

En choisissant la césarienne de convenance, la femme se soumet entièrement au pouvoir médical et de cette manière on la « fait » mère de manière planifiée et claire, la responsabilité en est totalement déléguée au médecin. Dans un exposé de Witzig en Mai 2007, elle dit qu'« à l'époque tous les processus autour de l'accouchement étaient en lien avec la toute puissance de la religion, alors qu'aujourd'hui les sciences naturelles ont développé leurs propres modèles et références. » Ce n'est que du temps ou les femmes ont commencé à accoucher à l'hôpital que cette aventure commença à être perçue comme un événement douloureux qui échappait à la femme. Elle dit aussi que ce n'est qu'à partir des années 70 qu'il s'agissait d'introduire la naissance sans violence et donc avec le moins de douleurs possible, « la parturiente à la possibilité de choisir la quantité de douleurs et d'impondérable qu'elle se sent prête à accepter » (p.42) Je peux comprendre que la proposition de ne pas souffrir soit enviée et acceptée, mais posons-nous la question : au détriment de quoi ?

Certes, la technique d'aujourd'hui est une raison de l'augmentation des césariennes mais ce n'est pas la seule raison. Comme Odent (2007) le dit : « Il s'agit d'une incompréhension quasi culturelle des besoins de base de la femme qui accouche et l'oubli du mécanisme hormonal (...) » (p.34). Quelle est l'importance de ce mécanisme hormonal ? Il semble que la sécurité qu'apporte la césarienne efface l'intérêt physiologique de l'accouchement par voie basse. C'est ce que nous allons voir dans le paragraphe suivant.

## Les besoins fondamentaux de la maman et du nouveau-né

Michel Odent est un obstétricien de réputation internationale et auteur de plusieurs ouvrages. Il défend l'accouchement par voie basse en le ramenant à son état naturel, quasi mammalien. Sur le site internet « [mamanpourlavie.com](http://mamanpourlavie.com) » il résume ses 25 années de recherche ainsi : « J'ai appris que les êtres humains sont des mammifères. Ils s'isolent pour mettre au monde leur progéniture. Ils ont besoin d'intimité. Il en est de même pour les êtres humains. Il faut constamment se référer à ce besoin d'intimité ». En effet, il compare les animaux et les êtres humains en mettant en évidence que tous les deux ont les mêmes besoins hormonaux et physiologiques tels que par exemple : ne pas se sentir observé, besoin de silence et de se sentir en sécurité. Pour en revenir aux racines même de la naissance on en viendrait à la déshumaniser puisque même lors d'accouchement par voie basse, en salle de travail, trop de personnes sont présentes et s'agitent autour de la parturiente ; les lumières ne sont souvent pas tamisées et il y a trop de bruits tels que le monitoring, l'appareil à tension automatique et le va-et-vient des professionnels de la santé.

## Qu'en est-il des besoins du nouveau-né ?

La grossesse et la naissance ne doivent pas être vues comme un processus de fabrication, car ainsi on exclut que le nouveau-né a des besoins fondamentaux autour et lors de la naissance. Selon Bodart Senn (2007), « *pour l'enfant, la césarienne est incisive non seulement parce que dans 5% des cas le scalpel blesse l'enfant mais également parce qu'elle le prive de cohérence et de sens. (...) ce sentiment est très important pour bâtir un environnement sûr et vivre des expériences significatives.* » De quoi parle-t-on ? L'enfant a besoin de sentir une interaction entre lui et sa mère, il doit pouvoir sentir que sa mère a confiance en elle et en lui, qu'ils sont « partenaires » l'un de l'autre et qu'ils s'aident mutuellement à traverser la crise de la naissance. Il doit également pouvoir ressentir de sa mère qu'elle est responsable de sa venue au monde, que c'est elle aussi qui désire cette vie.

Les hormones jouent également un rôle important lors de l'accouchement comme le dit Odent (2005) : « *le respect des processus physiologiques de la naissance permet la mise en place naturelle et spontanée d'une série d'éléments favorisant le processus d'attachement entre la mère et son enfant (...)* » (p.33).

Lors de la naissance par césarienne, le fait de devoir aspirer le bébé semblerait également avoir des incidences néfastes sur son rapport à l'oralité et, par conséquent, sur sa capacité à téter par la suite. L'accouchement par voie basse contient toutes les clés du succès pour le nouveau-né en terme d'adaptation à la vie extra-utérine, de reconnaissance de la mère et de familiarisation avec ce « nouveau monde ». Il permet à l'enfant de naître à son rythme et à celui de sa mère tandis que lors de la césarienne, il est soudainement sollicité en étant « arraché » du ventre de sa mère et n'a pas la possibilité de se reposer. Cela provoque chez lui un état de stress qui s'ensuit souvent d'un syndrome de détresse respiratoire, d'asthme, d'allergie ou autre. Des études évoquent même le diabète, des affections cardiaques ou des troubles psychiques qui seraient encore peu connus. On connaît les effets mécaniques de l'ocytocine dans la physiologie de l'accouchement mais il paraît qu'elle a aussi des effets comportementaux et cela serait une bonne raison de revoir les besoins fondamentaux de l'accouchement par voie basse.

### **2.1.2 La peur de la douleur – les craintes liées à l'accouchement**

Quelles sont les représentations des femmes face aux deux modes d'accouchement ?

Les raisons exprimées par les femmes peuvent varier et ne sont pas toujours claires. Parfois les femmes craignent la déformation de leur corps lors des toutes dernières semaines de grossesse ou les souffrances de l'accouchement par voie basse ainsi que les risques de souffrances fœtales. La plupart du temps, il s'agit également de craintes liées aux possibilités de séquelles, des lésions périnéales entraînant une incontinence urinaire, voire anale ou des troubles sexuels comme elles sont décrites dans le livre du Dr Sylvain Meyer (2005) intitulé *Osons en parler*.

Que signifie « mettre un bébé dans l'agenda » ? Certaines femmes choisissent de planifier la naissance pour mieux gérer leur agenda. Elles craignent, par exemple, de ne pas pouvoir compter sur la présence de leur mari pour cause professionnelle, etc. Ici, je fais référence à une situation que j'ai vécue avec une patiente dont le mari était un homme d'affaire très occupé et dont la césarienne a été programmée afin qu'il puisse prévoir d'être présent. L'accouchement passé, monsieur est reparti avec l'avion suivant.

Il y a aussi un phénomène de société, la conservation de la beauté du corps est devenue très importante. Les femmes ne veulent pas être trop déformées pendant la grossesse et veulent retrouver leur corps « d'avant » le plus rapidement possible et sans trop souffrir. Cette

conservation de la beauté du corps est-elle aussi importante que la venue au monde d'un enfant ?

Une autre forme de peur existe, celle de mourir ou de perdre l'enfant durant l'accouchement, la peur de ne pas maîtriser ce moment. Selon Eliane Perrin, Dr en sociologie aux HUG<sup>2</sup>, à l'époque, les efforts de l'accouchement étaient admirés, considérés, respectés, reconnus socialement car il y avait un enjeu de la vie et de la souffrance. Aujourd'hui les choses ont changé mais les peurs ancestrales de la douleur restent. Cela peut sembler contradictoire car de nos jours, il existe plusieurs anesthésies, dont l'anesthésie péridurale, la rachianesthésie ou très rarement l'anesthésie générale qui sont toujours proposées à la patiente par un médecin anesthésiste en consultation environ un mois avant le terme de la grossesse. Le Breton (1995) dit dans son livre:

*«Aujourd'hui à l'hôpital, dès qu'une douleur nous assaille, il faut immédiatement un traitement pour la stopper. Les seuils de tolérance semblent avoir nettement diminués sous nos latitudes et, idéalement, la douleur ne devrait plus exister. Moins nous faisons l'expérience de la douleur, plus nous la craignons et elle est source d'angoisse. Si la douleur est terrorisante, elle est traumatisante et inacceptable lorsqu'on a les moyens de l'éviter. »*

Le choix du type d'accouchement dépend des références culturelles et sociales des femmes et du sens qu'elles donnent à la souffrance. Quoi qu'il en soit, cette peur de l'accouchement par voie basse est naturelle et a lieu d'être car pour les femmes qui enfantent pour la première fois c'est une rencontre avec l'inconnu donc une perte de maîtrise totale des événements. Odent (2007) décrit le phénomène de perte de maîtrise en ces propos : *« Lorsque une femme accouche par elle-même, sans médicaments, il y a un moment où, de toute évidence, elle a tendance à se couper du monde, comme si elle partait sur une autre planète ».* (p.35) C'est un comportement que nous n'osons plus avoir semble-t-il, de peur d'avoir l'air déplacé, nous n'avons plus l'habitude dans notre société ou tout doit être maîtrisé et contrôlé.

En plus, je pense qu'entre les informations que l'on peut trouver sur Internet et ce qu'en racontent les amies, les futures mamans sont trop bien informées (!). Elles trouvent tout ce que l'on ne dit jamais sur les accouchements. Et les professionnels de la santé ne sont apparemment plus les seuls « références santé ». Malheureusement, dans divers articles je lis que les personnes qui alimentent les sites Internet ou les discussions entre amies sont souvent celles qui ont mal vécu leur accouchement et qui conseillent la césarienne qui selon elles, n'entraîne pas de douleurs. Reste à définir de quelles douleurs elles parlent.

Comme cité plus haut, les conséquences post-accouchement effraient et repoussent de nombreuses femmes, voici deux témoignages tirés du journal FEMINA (2007) qui illustrent bien ces propos :

« Une césarienne sans hésitation »

C. 33 ans, célibataire, sans enfants

« Le jour où j'aurai un bébé, je veux une césarienne. Après avoir entendu les histoires d'accouchement de mes trois sœurs et de mes copines, ça me fait froid dans le dos. Ma pire angoisse ? L'épisiotomie, cette césure que le gynécologue fait entre le vagin et l'anus pour éviter que tout se déchire au passage du bébé. La plupart des filles qui n'ont pas accouché ne connaissent pas cette pratique. C'est peut-être mieux. Moi on me l'a racontée et j'ai vu mes copines marcher en canard et souffrir le martyr, même des semaines après. En discutant j'ai aussi appris qu'on pouvait devenir incontinente. C'est flippant. Niveau vie sexuelle, un accouchement se fait également ressentir. Là, ce sont mes copains qui m'ont avoué que le sexe de leur femme n'était plus aussi élastique. Bref, pour moi ce sera une césarienne sans hésitation. J'ai déjà eu une opération de l'appendice, donc je connais les douleurs et j'ai déjà une cicatrice. »

<sup>2</sup> Hôpitaux universitaires de Genève

### « Une opération plutôt qu'un cauchemar »

J. 34 ans, mariée, deux enfants

Mon premier accouchement par voie naturelle s'est mal passé. Ma mère m'avait bercée d'histoires sur la beauté de mettre au monde un enfant. La réalité a été toute autre. J'ai vécu l'accouchement comme une agression. Mon mari aussi a été traumatisé. Quand on a déposé mon fils sur mon ventre je me suis posée la question s'il était mon ami ou mon ennemi. Nous avons d'ailleurs mis plusieurs heures avant de lui donner un prénom. Du coup, pour le deuxième, je voulais une césarienne, je ne voulais pas revivre ce cauchemar. Tout s'est bien passé. Bon, la cicatrice n'est pas si petite que ça ! Depuis je milite auprès de mes copines pour la césarienne, il n'y a aucune raison de culpabiliser. Même si j'avoue que rétrospectivement, et malgré la souffrance, j'aurais eu des regrets de ne jamais avoir accouché naturellement. »

### 2.1.3 Le droit à l'information éclairée

La césarienne est un phénomène qui se répand et devient un sujet duquel on parle de plus en plus et dont on revendique ses bienfaits, parfois même « à tort et à travers ».

*« La tendance actuelle est d'impliquer de plus en plus le patient dans les processus de prise de décision en obtenant un consentement éclairé. Le choix de la mère est donc un facteur qui influence le mode d'accouchement et la décision de césarienne ne revient plus au seul accoucheur. Chaque accoucheur peut être confronté à une demande de césarienne en l'absence d'indication médicale classique. Une césarienne électorale sur demande maternelle peut s'envisager si la patiente est complètement informée et qu'elle démontre une compréhension claire des risques et des implications de l'intervention. »  
(Hohlfeld, Marty, 2004, p. 2204)*

Comme le décrit le Dr Hohlfeld (2004) dans un article de la revue *Médecine et hygiène* concernant la gynécologie et l'obstétrique: « *Les choix de la patiente doivent se baser sur une information loyale incluant une description détaillée sur les avantages et les inconvénients des deux modes d'accouchement. (...) Les soignants doivent informer en tentant de persuader sans contraindre.* » (p.2202).

Quelles que soient les raisons exprimées, qu'il s'agisse de souhaits rationnels ou parfois irrationnels, il faut considérer l'état psychologique de la patiente comme une indication et chercher à comprendre ce qu'il se passe dans sa réflexion. Dans la charte des droits de la parturiente (1988), le parlement européen dit : « *considérer que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de craintes ancestrales (...)* » (§I.) Le soignant doit se poser la question s'il s'agit de peurs et si oui, lesquelles ? Il doit pouvoir être à l'écoute de la patiente. Selon Meneux (2002) « *Seul le dialogue avec un soignant peut conforter ou dissuader la patiente du bien fondé de sa demande* ». (p.13)

Du reste, selon Huber (2005) plusieurs auteurs considèrent que si une information est correctement donnée, les patientes seraient plus à même de prendre des décisions et éviteraient des demandes dites illogiques dans des cas de grossesse sans complications particulières. Par exemple, la charte des droits de la parturiente (1988) y consacre un paragraphe dans son texte : « *Considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que dans la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permettra de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle sera confrontée* ». (§J)

Les patientes doivent être l'intérêt central dans le processus de prise de décision les concernant. Comme le mentionne le fascicule intitulé *L'essentiel sur les droits des patients* (2005), elles ont le droit à une décision libre sans qu'elles se sentent personnellement discréditées. De manière générale, le droit à l'autonomie des patientes oblige de respecter leurs choix si elles sont bien informées.

Selon Hohlfeld et Marty (2004), l'accouchement naturel doit être encouragé mais il faut éviter de mépriser les femmes qui ne partagent pas le point de vue des sages-femmes ou des médecins. Les soignants doivent informer en tentant de persuader sans contraindre. Mais est-il possible d'informer une patiente sans « forcer » en impliquant son point de vue personnel?

Il semblerait qu'il y ait encore un autre enjeu : l'implication des institutions, voire des médecins gynécologues, qui préconiseraient plus facilement la césarienne. Lors de mon dernier stage en maternité, j'ai appris par les sages-femmes et infirmières du service que ce phénomène serait d'autant plus présent dans le milieu privé. Pourquoi ? D'une part en clinique, milieu privé, ce sont les gynécologues qui font les accouchements, et non les sages-femmes comme dans la plupart des hôpitaux régionaux. Apparemment certains d'entre eux étaient plutôt favorables à la césarienne de convenance car cela leur permettait de prévoir leur temps de travail. Peut-on alors en déduire que les femmes subissent une certaine pression médicale ? La césarienne est-elle proposée ou parfois même imposée par les médecins-gynécologues ? Cela reste à vérifier car je ne sais pas s'il s'agit de rumeurs, de représentations ou de faits fondés.

Quelle est l'implication de l'institution ? Les cliniques ne sont pas équipées pour recevoir des cas de complications et exigent donc qu'à la moindre suspicion de complication, une césarienne soit envisagée. Effectivement, j'ai pu identifier ce phénomène en le rencontrant pratiquement chaque jour lors de mes expériences en stage et j'y ai été encore plus attentive lors de mon dernier stage en septembre et octobre 2007. Sur le site de la revue médicale suisse, Irion, Morales, Faltin et Boulvain (2007) mentionnent que « *Le taux de césarienne a atteint 29% en Suisse, avec des différences importantes entre hôpitaux publics et privés, sans explication simple à ce constat. L'exigence de sécurité ne peut en être la seule excuse, la césarienne comportant des risques à court et à long terme.* » Cet énoncé confirme ce que j'ai pu relever en stage mais ne permet pas de comprendre clairement les faits.

Ci-dessous, un article tiré du journal « Le Temps » du mois d'octobre 2005 :

*« (...) paradoxalement, les hôpitaux universitaires, qui concentrent pourtant les cas à risque, affichent dans l'ensemble des taux de césariennes plus bas que les autres établissements : 21% à Genève, 23.5% à Bâle, 31% à Lausanne. Et les cliniques privées pratiquent plus de césariennes (40%) que les hôpitaux publics (26%). Dans ces derniers on soupçonne parfois les praticiens privés de céder plus facilement aux césariennes de confort, voir de les susciter. Ou les cliniques privées de pousser à la césarienne planifiée pour s'épargner des prestations en urgence. C'est absurde, rétorque Jean-François Huber, gynécologue à Genève et médecin répondant de la clinique des Grangettes (32% de césariennes). Nous avons un plateau technique performant 24h/24h. Et lorsque nous faisons une césarienne, nous sommes tenus de rendre visite à notre patiente le lendemain et le jour qui suit. Ce serait donc idiot de notre part de faire des césariennes le vendredi pour partir en week-end comme on nous le reproche souvent(...) »*

Du côté des mamans, certaines à qui j'ai pu poser mes questions lors de mon stage soit en hospitalisation, soit lors des consultations ambulatoires prénatales, n'avaient pas été contraintes à faire le choix de la césarienne de confort. Mais elles ont été encouragées par les bienfaits et les facilités de cette façon de mettre au monde leur enfant, parfois de la part de leur gynécologue ou de leurs amies y ayant eu recours.

Je pense qu'il y a plusieurs facteurs qui influencent le choix - pour autant que cela reste un choix - de la césarienne de confort. Toutefois, la décision revient aujourd'hui à la mère, et à elle seule, car c'est elle qui intervient prioritairement dans les choix thérapeutiques qui la concernent. C'est à elle que revient la décision de vivre un accouchement dit « naturel », par voie basse ou non, et ceci avec notre soutien.

Selon le Dr Hohlfeld du CHUV (2004) une césarienne électorale sur demande maternelle peut s'envisager si :

- La patiente est complètement informée
- La patiente démontre une compréhension claire des risques et des implications de l'intervention
- L'obstétricien est un partenaire dans le processus de décision
- Un formulaire de consentement a été signé par la patiente
- L'intervention a été planifiée à trente-neuf semaines de gestations révolues

Ci-dessus ressortent des points importants auxquelles je dois pouvoir être attentive afin d'être capable d'orienter le mieux possible une future mère se trouvant devant le choix du mode d'accouchement. Le point le plus important est le premier et c'est là que se situe tout mon travail ainsi que les recherches qui y sont relatives. J'ajouterais encore qu'on peut tout à fait remplacer l'obstétricien par l'infirmière dans le troisième point en ce qui concerne le partenariat avec la patiente dans le processus de prise de décision.

## 2.2 Question de recherche

Comment se passe l'accompagnement des futures mères dans le processus de décision d'une césarienne de confort ?

## 2.3 But, objectifs et intérêt de la recherche

### 2.3.1 But

Observer le phénomène et les raisons de la césarienne sur demande maternelle à travers le regard et l'expérience des soignants et mettre en lien avec les ressources littéraires. Comment les soignants perçoivent les besoins des futures mères en matière de guidance et d'information par rapport au mode d'accouchement ? A partir de ces données, chercher sur quoi l'infirmière peut s'appuyer afin de donner une information claire et complète aux femmes qui se trouvent devant le choix du mode d'accouchement. Le but de mon travail est l'accompagnement et l'aide à la prise de décision de la patiente en sachant mettre toute information autour de la naissance à profit de la future maman et ceci dans le but de promouvoir la santé.

### 2.3.2 Objectifs

- Identifier ce que les infirmières savent des raisons du choix de la césarienne de convenance.
- Entrevoir comment les infirmières perçoivent les enjeux de la césarienne de confort sur la santé de la mère et de l'enfant en lien avec la promotion de la santé.
- Saisir ce que signifie pour les soignants « accompagner » la femme dans le processus décisionnel du mode d'accouchement.
- Percevoir comment les infirmières considèrent leur rôle professionnel face au devoir d'informer.

Auprès des soignants, je cherche à savoir comment les femmes sont soutenues lors de la prise de décision de leur mode d'accouchement lorsque le choix se présente et s'il existe une aide ou une influence plus ou moins évidente du monde médical. J'aimerais également pouvoir évaluer si une information claire et complète est toujours donnée à la patiente et s'il y a consentement éclairé lors des consultations prénatales et prospecter une autre prise en charge si la première s'avère défailante. J'ai choisi de me baser sur les dires des soignants et non des futures mères car ce qui m'intéresse, c'est de cerner ce que font les soignants et ce qu'ils en pensent. De plus, il est relativement difficile de rencontrer les futures mères dans ce débat puisqu'elles sont personnellement impliquées vu leur statut. Je tiens à préciser que je ne cherche pas à controverser un certain fonctionnement du système de santé (institutions, gynécologues, etc) mais bien à développer mon rôle infirmier dans l'accompagnement et l'aide à la décision.

L'objet de recherche est lié directement à la césarienne ainsi qu'aux enjeux et aux suites de cette intervention, sur la santé de la mère et du nouveau-né à court et à long terme, sur le plan physique et psychologique. Dans cette même direction, je cherche à développer ma posture professionnelle en matière d'accompagnement et d'aide face au processus de décision cela dans un but de promouvoir la santé.

### 2.3.3 Intérêt de la recherche

Ma recherche présente un intérêt pour les soins infirmiers car je cherche à mettre en évidence l'importance du travail infirmier dans le milieu de la maternité en matière d'information et d'accompagnement. Ceci s'inscrit dans l'intention de pouvoir être un appui pour la patiente lorsqu'elle se trouve devant un choix à faire. Par exemple lorsque les soignants accompagnent des futures mères lors des consultations prénatales, en ambulatoire ou autre, et que la question du mode d'accouchement est abordée.

Cette recherche doit pouvoir servir de référence pour les soignants afin que cette information ne soit pas une option en fonction de la demande de la mère, mais bien que le sujet soit abordé d'emblée car je juge cela primordial en terme de devoirs de l'infirmière. Cette recherche doit également encourager les soignants dans leur rôle professionnel. J'espère par là que mon travail puisse être consulté par des personnes susceptibles de se poser les mêmes questions que moi, à savoir des étudiants en soins infirmiers, des professionnels de la santé voire même des futurs parents à la recherche d'informations et d'aide pour se positionner.

Enfin, d'un point de vue personnel, je cherche à confronter les faits recensés à mes pensées, mes idées et mes valeurs personnelles afin de réajuster ma posture professionnelle et de pouvoir envisager une prise en charge adaptée aux besoins individuels des patientes. Ceci parce que je cherche encore à me positionner face à la césarienne sur demande maternelle.

Pour moi, choisir quand et comment on met au monde un enfant pour des raisons de « confort » me semble encore absurde et pas naturel. J’y reviendrais dans un chapitre du cadre théorique.

## 2.4 Délimitation du sujet

Dans ce travail, je m’intéresse au travail des soignants en général afin de mieux cerner le rôle et le travail infirmier. Je prends en compte les actions et les rôles des autres professionnels ainsi que leurs avis car les soins sont d’ordre pluridisciplinaires et on ne peut pas considérer le travail de l’un sans considérer celui de l’autre. En effet, selon Metrailler (2006) « *La collaboration interdisciplinaire est nécessaire pour répondre de manière complète aux besoins des parents et permettre un travail de plus grande qualité.* » (p.55). Par exemple, médecins, infirmierEs et sage-femmes collaborent étroitement ensemble dans une maternité. Par opposition, je cherche à cerner le rôle qui revient à l’infirmierEs dans la situation de l’information au patient. Comme je l’ai évoqué dans l’introduction de mon travail, je pars de mon expérience de terrain, pour mener ma recherche car c’est la seule porte d’entrée qui me permet d’accéder à ce sujet.

Ma population cible sera des infirmierEs et infirmierEs – sage-femmes dans un service de maternité en milieu hospitalier que l’institution soit privée ou publique. En me basant sur leurs réflexions je pourrais alors comprendre le sens qu’ils/elles donnent à ma problématique. Cela me permettra de mieux cibler les besoins professionnels dans les institutions en matière d’information aux patients, ce qui existe et ce qui doit être amélioré.

J’aurais pu choisir d’interroger des femmes après avoir vécu l’accouchement mais là aussi, leurs représentations ne seraient plus les mêmes puisqu’elles auraient déjà vécu la mise au monde. C’est pourquoi je parlerais essentiellement des femmes primipares, c’est-à-dire celles qui accouchent pour la première fois. De même, je considère uniquement la césarienne de confort, c’est-à-dire la césarienne sur demande maternelle sans indication médicale, car c’est cette pratique-là qui m’interroge principalement. Par contre je ne mentionnerais que la césarienne sur indication médicale dans le but de faire des liens et d’expliquer en quoi consiste l’intervention.



## 3 Cadre théorique

### 3.1 Réflexion préalable

Avant de me lancer dans une recherche théorique, j'aurais aimé encore me positionner personnellement par rapport à la problématique de mon travail. Il me semble important de pouvoir me situer car j'ai moi-même un avis et des sentiments sur la question de la césarienne de convenance et ceux-ci doivent faire partie de moi sans être des valeurs absolues dans cette recherche. En m'exprimant par écrit, je me permet de prendre conscience de ce qui m'habite et ainsi de pouvoir progresser dans ma recherche théorique.

Comme je l'ai dit assez discrètement à quelques reprises dans ma problématique, je suis favorable à l'accouchement par voie basse s'il est possible. Dans mon idéal, je pense que l'accouchement physiologique procure à la maman et au bébé tout ce dont ils ont besoin. Odent (2005) parle d'un « cocktail d'hormones » que la maman produit lors de l'accouchement auquel le bébé répond et par lequel il est stimulé. Pour moi, le bébé a besoin de faire ce chemin, cette progression qui l'amène en dehors du corps de sa maman comme s'il aboutissait son voyage. Leboyer (1976) parle de la naissance comme « *l'ivresse de l'accouchement* » (p.19), c'est également ainsi que je le vois, comme si la maman se retirait dans un autre monde avec son bébé pour vivre cette rencontre unique. Ainsi, les deux sont acteurs et deviennent des partenaires dans le travail, ils se doivent d'avoir confiance l'un en l'autre, ils se font exister mutuellement. Pour moi, cette aventure, ce miracle ne peut pas être vécu comme tel lors de la césarienne.

Je vois la césarienne comme une intervention chirurgicale et comme une solution qui doit être adoptée dans une situation pathologique ou qui présente un risque pour l'un ou l'autre être humain. Elle doit être la solution la « moins pire ».

Ma recherche portant sur l'accompagnement et l'aide à la prise de décision des futures mères par les soignants, mon intention est de développer des concepts qui me permettront d'en savoir le plus possible sur les devoirs des soignants et les besoins/demandes des mamans. Le cadre théorique m'a premièrement permis de mettre en évidence les objectifs de ma recherche et d'élaborer un guide d'entretien auprès des soignants. Deuxièmement, il me servira de référence pour discuter les résultats de ces entretiens.

Pour pouvoir être une aide, un guide auprès des mamans, je pense qu'il faut avant tout savoir accompagner une personne en essayant de répondre à ses demandes et en lui permettant d'avoir connaissance des enjeux de ses choix. Cela doit s'inscrire dans l'intention de promouvoir la santé de l'autre.

Dans cette partie théorique, j'aborderais alors les notions de :

- L'accompagnement infirmier
- La promotion de la santé

→ ces parties développées et en complément à mes résultats d'entretiens avec les soignants, je pourrai démontrer sur quoi l'infirmière doit s'appuyer pour être une aide, un guide auprès des futures mamans qui s'interrogent sur la césarienne de convenance. Je ferai également le lien avec les compétences infirmières.

### 3.1.1 L'accompagnement infirmier

La définition du verbe « accompagner » selon le dictionnaire du Petit Robert (2003) signifie :

- « *Se joindre à (qqn) pour aller où il va en même temps que lui, aller de compagnie avec* ». (p.17)

Sur le site de l'association des accueillants familiaux et de leurs partenaires, le mot « accompagnement » est défini ainsi :

- « *Accompagner consiste à se joindre à quelqu'un pour aller où il va, et non là où l'on voudrait qu'il aille, pour veiller sur lui et le soutenir en donnant signification à sa démarche* ».

Je m'attarderai plutôt sur cette deuxième définition et en particulier sur la fin de la phrase : « *et le soutenir en donnant signification à sa démarche* ».

A quoi cela sert-il d'accompagner ? Gernigon (2002) révèle que l'accompagnement peut avoir plusieurs fonctions : la fonction de production, de facilitation ou de régulation (p.8-10). Avant tout, elle affirme qu'« *accompagner, c'est se questionner* ». (p. 7)

La fonction de production consiste à dire au patient ce qu'il doit « faire pour bien faire ». Le soignant intervient directement sur le fond et la forme du problème, et laisse très peu de place au patient puisque c'est lui qui choisit pour lui-même. Cela devient alors le problème du soignant autant que du patient.

La fonction de facilitation permet de progresser dans la résolution du problème. C'est-à-dire que le soignant n'intervient pas directement sur la décision, il ne prend pas de position par rapport à la solution qui lui paraît « la meilleure » mais il fournira au patient les informations nécessaires à la prise de décision ainsi qu'un cadre qui lui permettra de progresser. Le soignant est à l'écoute des besoins et des demandes, en favorisant l'expression du ressenti des patients. On peut dire que le soignant n'est pas centré sur le problème mais sur la relation du patient à son problème.

La fonction de régulation comprend que le soignant n'est pas du tout centré sur le problème. Il se centre sur la personne qui fait une expérience, et la relation ainsi que la verbalisation aident à comprendre ce qui se passe. Le soignant apporte une aide psychologique en cas de conflit intérieur ou de difficulté, mais ne se préoccupe pas du problème en question.

Pour moi l'accompagnement doit avoir une fonction de facilitation car il est important de considérer autant la personne que son problème.

Moreau (2002) nous parle de l'accompagnement comme « *un terme pas très scientifique. Mais il faut renoncer à s'en formaliser et préférer une observation attentive des pratiques, souvent ignorées.* » (p.5) Elle fait remarquer que souvent l'accompagnement équivaut à « *emboîter le pas* » à quelqu'un, de partager son chemin ou de l'épauler juste pour un temps. Or, « *il ne faut pas tout mélanger !* » écrit-elle (p.5), accompagner un apprenant ou un manager ou un patient, ce n'est pas la même chose. Selon elle, « *ce ne sont ni les mêmes attitudes, ni les mêmes compétences, ni les mêmes techniques, ni les mêmes outils qui sont en jeu.* »(p. 5)

Tortonese (2007) parle de l'accompagnement infirmier comme médiation thérapeutique (p.42). Ainsi si l'on considère l'accompagnement infirmier comme tel, il faut se poser la question de l'objet médiateur. Selon l'auteur, la réponse est évidente : c'est l'infirmier lui-même, il devient alors comme une « pâte à modeler ». Cette pensée peut être agréable que si l'on est bien certain d'exister ailleurs que dans sa forme de professionnel. C'est à dire que la fonction du soignant est d'être disponible pour être utilisé, d'être malléable mais résistant et de garder une mémoire de forme. C'est pourquoi je pense qu'il est très important d'avoir son positionnement personnel dans chaque situation, ce n'est pas quelque chose qui s'apprend mais quelque chose qui se vit, s'expérimente et s'enrichit.

Accompagner à l'hôpital selon Metrailler (2006) c'est : « *Etre à l'écoute, reconnaître les émotions et accueillir la souffrance sans vouloir à tout prix la verbaliser à sa manière, tel est le rôle que les parents attendent d'un soignant. La manière dont les parents sont accompagnés, soutenus, influence considérablement leur travail de changement de statut* » (p.55).

Les attitudes et les comportements des soignants se gravent dans les esprits des patients et deviennent alors soit source de réconfort, soit source de souffrance supplémentaire. Il est important de surveiller son langage en tant que professionnel car ce langage prend une place importante dans l'accompagnement des patients. Par exemple, les mots que l'on utilise peuvent devenir pour une maman des maux, comme par exemple lorsqu'on parle en terme trop technique ou purement médicaux, il lui devient alors impossible de nous rejoindre. Ou encore, certaines façon de parler réduisent, déshumanisent le sujet, par exemple lorsqu'on parle d'un bébé en disant « ça ».

Certaines paroles se veulent d'être rassurantes mais au lieu de consoler, blessent encore davantage. En d'autres termes, pour résumer le texte de Metrailler : « *un accompagnement professionnel est un outil de prévention.* »

Pour en revenir à l'accompagnement et l'implication de soi, on peut se poser la question de la part de soi et de nos limites d'implication. Jusqu'où peut-on être soi-même dans l'accompagnement ?

Dans la brochure *Revue de la fondation*, Reboul (2007) se pose cette question et nous invite à découper la phrase même, pour nous conduire dans la réflexion du sens de la question.

### **Jusqu'où peut-on être soi-même dans l'accompagnement de l'autre?**

- *Jusqu'où* pose la question des limites d'intervention. (p.9-10)
- *Peut-on* pose la question des limites personnelles. Pouvoir = être autorisé / être capable. (p. 10-12)
- *Etre soi-même* pose la question de qui nous sommes et ce qu'on donne à voir de sa personne. (p.13-15)
- *Dans l'accompagnement de l'autre* pose la question de la proximité que l'on a avec la personne et le statut qu'on lui accorde. (p.15-17)

Toujours selon le même auteur, l'accompagnement ne passe pas toujours par la parole mais aussi par son comportement, par son implication. Accompagner, cela donne-t-il des droits sur l'autre ?

Il rappelle également que lorsqu'on accompagne une personne on est également accompagné soi-même, à la fois par « ce que je suis » et par « ce que je deviens » avec elle. (p.17)

Encore, selon Boizet (2002) l'accompagnement a ses limites :

*« L'accompagnant doit adopter une certaine posture. La principale difficulté tient probablement à ce qu'il lui faut éviter de s'approprier le problème de l'autre. En effet, rien ne sert d'apporter une solution si la personne concernée ne fait pas elle-même son apprentissage. Aider l'autre, c'est non pas faire à sa place mais lui donner les moyens de réfléchir lui-même à sa situation, à son objectif, à ses ambitions, à ses capacités, à ses moyens... Cela exige une écoute active de la part de l'accompagnant, un questionnement pour aider l'autre à clarifier ses difficultés, à identifier ce qu'il souhaite, et trouver lui-même ses propres solutions. Or, l'écoute est une compétence rare ! » (p.21)*

Et à elle de rajouter en conclusion qu' *« il est impossible d'évaluer les apports d'un accompagnement [...] l'institution demande à l'accompagnant d'être capable de mesurer les effets de son action pour en prouver l'efficacité. » (p.21).*

### **3.1.2 La promotion de la santé**

Lors de mes recherches, j'ai pu relever que la santé de la mère et de l'enfant était mise en jeu lors de la césarienne. Par exemple, selon Huch et Benz (1995) il peut y avoir des complications maternelles tels que : mortalité augmentée, hémorragies, plaies de la vessie ou autre organe, etc, pendant la césarienne et d'autres telles que ; complications infectieuses, thromboses, occlusion intestinale, anémie, etc, après la césarienne qui ne sont pas à négliger (p.202). Des risques et des conséquences semblent exister également pour le fœtus, j'en ai d'ailleurs citées quelques uns au début de mon travail.

Je dirais donc également que mon rôle d'infirmière en matière d'aide à la prise de décision est de donner des informations claires et complètes à la future maman. Ainsi, pour reprendre une citation de Metrailler (2006) : *« un accompagnement professionnel est un outil de prévention ».* (p. 56)

En effet, promouvoir la santé dans l'accompagnement c'est pouvoir donner les moyens à la personne concernée de prendre les bonnes décisions. Quelles sont les bonnes décisions ? Celles qui répondront au mieux à leur santé ; il y a là toute une évaluation à faire.

Il y a une évaluation en terme de pourcentage de risques « coût/bénéfices » du choix de la personne, quelles priorités pour quels résultats ? La notion de la santé est également très subjective : si l'on considère la santé comme un équilibre entre le bien-être physique, psychique et social, alors la santé devient relative et négociable. Par contre si on considère que l'altération d'un de ces facteurs met en péril la santé, alors celle-ci devient très objective puisqu'on peut la désigner.

En quoi peut-on promouvoir la santé dans l'aide à la prise de décision d'une césarienne de convenance ?

En résumé, promouvoir c'est utiliser les ressources de l'autre pour prévenir certains risques. Aussi, la définition du risque selon le petit Robert (1997) c'est :

- *« Danger éventuel, plus ou moins prévisible ; possibilité de subir un dommage quelconque ou de perdre quelque chose à quoi on attache de la valeur ».*

Aussi, selon le groupe de réflexion qui a écrit le livre intitulé *Communication et promotion de la santé* (1998) l'énoncé est clair: *« Nous savons bien que lancer un message sans se soucier de la manière de communiquer équivaut à jeter une bouteille à la mer »* (p. 9). Il ne suffit donc pas de lancer un slogan ou une affiche pour sensibiliser une population, il faut savoir se rapprocher de celle-ci. Cet objectif peut être atteint par un travail auprès des gens, par une communication attractive, instructive et crédible des acteurs dans le domaine de la santé.

Une évaluation de la manière dont l'intérêt des destinataires est suscitée en terme de promotion de la santé et de prévention, doit être faite. D'autant plus que si ceux-ci ne se sentent pas concernés, aucune action ne saura être efficace. Pour cela on peut se renseigner directement auprès des personnes pour avoir un retour ou alors il est possible également d'observer les comportements de ceux-ci. Cela permettra d'évaluer l'efficacité de l'action ainsi que le sentiment d'implication personnelle des destinataires.

Il existe beaucoup d'études concernant l'évaluation de la santé de la population mais posons-nous la question : en réalité, qu'en savons-nous de cette santé ? En fait, selon le même groupe de réflexion que ci-dessus, on présente toujours plus la santé sous forme de « *presse-santé* » qui « *brouille d'ailleurs les cartes en valorisant surtout la forme physique (fitness) et l'image du corps jeune et beau* » (p. 9). C'est du moins ce que l'on trouve dans la plupart des magazines ou des revues publiques et c'est surtout cette presse qui est attractive pour la population.

Difficile ensuite d'être plus stratégique et toujours autant, voire plus, attractif. Quoi qu'il en soit, il est important d'interroger la pertinence de l'action envisagée avant de la concrétiser.

Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé a pour but de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer* ». On s'intéresse alors plus à la santé qu'à la maladie. Selon Renard et Deccache (2004) « *L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risques mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé.* » (p.10). On parle ici d'*empowerment*, cette notion va plus loin que la promotion de la santé et je ne l'exploiterais pas davantage.

### Communiquer ?

Pour en revenir à la manière dont on présente la prévention, il faut être stratégique dans la forme dont on veut faire passer le message. Wilbur Schramm proposa en 1970 un modèle qui portait sur le sens du message et inscrivait la communication dans la dimension interpersonnelle. Selon lui, la transmission et la réception sont vues comme la mise en relation d'un message avec une expérience au moyen d'un système de « signes » ou de « codes ». L'émetteur et le destinataire doivent alors pouvoir se comprendre par ces « signes », ils doivent pouvoir se rejoindre dans un même « alphabet » si on peut appeler cela comme ça. Le schéma ci-dessous illustre les propos de Schramm :



Selon lui « *la communication ne peut fonctionner entre les deux parties que si elle se situe à l'intersection de leurs expériences respectives. Les troubles de la communication peuvent tenir à la différence des expériences vécues par les interlocuteurs (contextes, préoccupations, priorités, valeurs...)* » (p. 20)

En ce qui concerne l'importance d'avoir un langage, un « code » commun, on ne pense pas seulement à la langue elle-même (français, anglais, etc) mais au niveau du langage et même à ses expressions propres (jargon professionnel, etc) ainsi que ce qui fait que nous sommes ainsi à travers nos expériences, etc.

En se focalisant sur cette communication interpersonnelle, on ne peut pas ignorer les ressources et les limites de la communication humaine car, de toute évidence, nous sommes tous différents et même en ayant vécu des expériences semblables, on ne les aura jamais vécu de manière identique.

Pour conclure cette partie, j'ai jugé utile de définir plus précisément les principaux concepts concernés. Ces définitions de Bontemps et al. (1998) proviennent du livre *communication et promotion de la santé*.

### **La santé**

*« Comme beaucoup de concepts, celui-ci est passé d'une définition étroite (en gros, l'absence de maladies et d'accidents) à une conception tellement large qu'elle en devenait utopique (un état de bien-être complet sur les plans organique, psychique et social). Depuis, on en est venu l'expression d'équilibre dynamique et qui fait une large place à tout l'environnement social, physique, économique et politique. Il n'en reste pas moins que la notion de la santé reste marquée par la subjectivité, la relation ou la culture. » (p. 12)*

### **L'éducation pour la santé (selon l'OMS)**

*« L'éducation pour la santé est un terme employé pour désigner les occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportement en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance ». (p.12)*

### **Promotion de la santé (selon l'OMS)**

*« la promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capable d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation permanente entre les gens et leur environnement, alliant choix personnels et responsabilité sociale. » (p.12)*

### **La communication**

*« Le mot « communiquer » signifie « être en relation avec ». C'est dire qu'il s'agit d'une rencontre interpersonnelle. Communiquer c'est mettre en place des ponts pour se relier avec un ou plusieurs individus. Communiquer implique aussi un échange d'informations ce qui devrait logiquement avoir pour conséquences un enrichissement des savoirs. » (p.12)*

## 4 Méthodologie

### 4.1 Méthode de recherche

En me référant à la méthodologie proposée par Giroux et Tremblex (2002) ainsi que d'après le livre d'Allin (2004), je peux affirmer que mon travail de recherche se base sur une approche qualitative car je m'intéresse à une « *lecture de la réalité* » (p. 22-23). Elle concerne l'étude des significations données par les soignants dans leurs expériences. Je cherche à préciser comment une population soignante perçoit et interprète une situation donnée, en l'occurrence le phénomène croissant de la césarienne, et semble-t-il de la césarienne de confort. Mon objectif est de décrire quels sont les éléments pris en compte par les soignants pour un accompagnement adéquat des futures mères dans l'aide à la prise de décision. Je cherche des réponses auprès soignants du milieu de la maternité, et analyse ensuite ces données en lien avec des concepts choisis.

Ma recherche est essentiellement exploratoire et descriptive sur une notion, celle du choix de la césarienne de confort (les raisons, les enjeux, etc) dans le but de trouver des pistes de réflexion par rapport à l'accompagnement dans la prise de décision. Elle me permet également d'avoir une certaine image de l'actualité en regard des tendances d'accouchement bien que je ne puisse faire de généralisation pour cause d'un petit échantillon de personnes interrogées et en regard de mes objectifs de recherche.

Le but de mon travail est de pouvoir assurer un accompagnement auprès des femmes qui se posent la question du mode d'accouchement afin de les aider dans la prise de décision et qu'elles puissent faire leur choix en toute connaissance de cause.

### 4.2 Méthode d'élaboration de l'instrument de recherche

Dans un premier temps, et pour que mon enquête puisse être fiable, j'ai mené un pré-entretien auprès d'une infirmière/sage-femme dont l'expérience professionnelle en dit long. Pour cet entretien préliminaire de type exploratoire j'ai choisi des questions ouvertes afin que la personne puisse s'exprimer librement selon ses envies et ses émotions par rapport à mon sujet. Par ailleurs, j'étais encore fortement dans le questionnement du sens de ma recherche et cet entretien ouvert m'a permis de recueillir un maximum d'informations en lien avec mon sujet. Les résultats de cette rencontre m'ont permis d'orienter les axes de ma problématique de recherche, de reformuler et re-préciser ma question de recherche ainsi que de mieux cerner et définir le cadre théorique que j'allais utiliser pour ce travail. Grâce à cet entretien préliminaire j'ai également pris conscience de l'axe de mon travail et j'ai pu l'orienter en regard de la pratique infirmière.

Ce pré-entretien n'a pas été enregistré ni retranscrit.

Par la suite et en regard de la méthode de recherche que j'ai choisie, j'ai préféré la technique des entretiens semi-dirigés qui m'ont permis de me centrer sur la personne soignante, son expérience et sa relation au thème de ma recherche. Pour organiser mes questions je me suis aidée d'un guide d'entretien que j'ai élaboré au préalable, qui m'a servi d'outil d'entretien et que j'ai repris ensuite comme grille d'analyse des résultats.

Ma trame d'entretien se présente sous la forme d'une liste de questions (annexe 2). Ces questions ont été mis en lien avec les objectifs ainsi que le cadre théorique de ma recherche (annexe 1)

Mes questions ont été évaluées et classées selon un tableau (annexe 1) et cela m'a beaucoup aidé pour rester centrée sur le thème de ma recherche tout en tenant compte de mes objectifs et des concepts choisis.

Avant de me lancer sur le terrain j'ai pu tester mon questionnaire auprès d'une amie afin de me rendre compte de la longueur de l'entretien, des difficultés, de la clarté et de la compréhension de mes questions. De ce fait j'ai pu réévaluer la pertinence des questions, les forces et les faiblesses de chacune, et finalement j'ai reformulé et même enlevé certaines questions qui étaient soit superflues, soit qui induisaient déjà une réponse.

### 4.3 Choix de la population

Pour effectuer mon enquête j'ai choisi d'interroger des soignants qui travaillent tous dans le milieu de la maternité, que ce soit en milieu privé, public ou même en tant qu'indépendant. Les trois personnes sont des femmes. Je les connaissais déjà personnellement et cela m'a laissé davantage de disponibilité tant pour le lieu, le temps et les possibilités d'entretien. Ma première intention était de pouvoir interroger des soignantes qui ont pu pratiquer dans le milieu de la maternité et qui bénéficiaient déjà d'une expérience à ce sujet. Par contre elles n'ont pas toutes la même expérience, c'est ce qui les différencie et ce que je trouve très riche. En effet, en ayant des personnes de différents milieux, et en l'occurrence de différentes cultures, j'ai pu élargir ma palette de résultats d'entretiens ; avoir une vision plus large de ce que peuvent être les avis ainsi que les postures professionnelles par rapport à ma question de recherche et à mes objectifs de recherche.

Pour définir cette population j'ai fait appel à mon propre réseau, puisque je connaissais déjà ces personnes, soit parce que j'ai travaillé avec elles, soit parce qu'elles faisaient partie de mon entourage plus ou moins proche. De cette manière je n'ai pas eu à demander d'autorisation aux institutions comme il faudrait le faire lors d'un entretien qui se déroulerait à l'intérieur d'un établissement de soins, pendant les heures de travail de la personne interrogée.

Mon échantillon compte donc trois personnes et me suffit amplement pour la suite de mon travail d'autant plus que ce travail est une sorte d'entraînement, d'initiation à la recherche et donc me laisse encore le doute de l'amateur. Bien que trois entretiens ne me permettent pas de généraliser une situation, je pense que les résultats sont tout de même plutôt représentatifs vu la richesse de leur contenu.

Deux de mes entretiens se sont déroulés aux domiciles des personnes interrogées et le dernier s'est déroulé dans le bureau de la personne sur son lieu de travail mais dans un espace privé. J'ai enregistré les entretiens à l'aide d'un lecteur MP3 doté d'un petit micro. Les personnes étaient informées des buts et des modalités de la recherche ainsi que de l'enregistrement. Toutes trois ont signé une feuille attestant de leur accord et de leur consentement que je leur ai soumis (annexe 3). J'ai ensuite retranscrit l'entier des entretiens en respectant scrupuleusement l'anonymat des personnes ainsi que la totalité des propos, cependant je n'ai fait figurer dans le travail uniquement les parties utiles à ma recherche et présentant des résultats pertinents en lien avec ma question de recherche et mes objectifs. Les entretiens ont tous duré entre 25 et 45 minutes.



#### 4.4 Présentation des personnes interrogées

J'ai choisi d'interroger trois soignantes ayant une activité et une expérience dans le milieu de la maternité. Les soignantes ont été informées au préalable du sujet de ma recherche mais je ne leur ai pas montré le questionnaire avant l'entretien de manière à ce que les réponses ne soient pas trop réfléchies mais qu'elles restent spontanées et le plus authentique possible.

- Mme A : Infirmière / Sage-femme dans le milieu privé, exerce en tant que sage-femme depuis 2 ans, pratiquait en tant qu'infirmière avant cela dans son pays d'origine.
- Mme B : Infirmière, dans le milieu public, exerce en tant que pooliste depuis quelques mois. A terminé sa formation récemment et s'est intéressée à la maternité pour la fin de son parcours d'étudiante.
- Mme C : Infirmière / Sage-femme et enseignante, a été indépendante et bénéficie d'une expérience très riche et de nombreuses années de pratique dans le milieu de la maternité, avec les mamans et les bébés.

Les trois personnes ont été très contentes de participer à cette étude et elles ont été ouvertes et encourageantes de part les informations et la confiance qu'elles m'ont témoigné. Deux d'entre elles ont également le statut de maman.

## 5 Présentation des résultats

Dans cette partie d'analyse, mon intention est de pouvoir mettre en évidence les éléments significatifs qui ressortent des trois entretiens. Pour la présentation ainsi que pour l'interprétation des résultats, j'ai du passer par des étapes différentes. En premier lieu j'ai retranscrit intégralement les entretiens, puis j'ai regroupé les réponses des personnes en fonction des thèmes similaires et en me référant à ma grille d'entretien (Voir annexe 1). J'ai pu identifier les éléments que les soignants prennent en compte lorsqu'ils accompagnent une future maman dans le processus de décision du mode d'accouchement. Par ces résultats, je peux identifier les éléments qui importent dans l'accompagnement infirmier. J'ai repris mes cadres de référence ainsi que mes objectifs pour donner un ordre au regroupement des résultats.

De ces trois entretiens, je mets en évidence les thèmes suivants, qui sont ceux qui ressortent le plus :

### 1. La césarienne de convenance, un phénomène de société

Dans cette catégorie, il y a les éléments que les soignantes définissent comme une évolution de la société qui tend à ce que les femmes choisissent délibérément la césarienne de convenance plutôt que l'accouchement par voie basse pour la naissance de leur enfant. Les soignantes font une observation des tendances actuelles afin de pouvoir ajuster leurs attitudes, leurs compétences et leurs techniques dans la prise en charge de la future maman.

### 2. Les besoins de la maman et du bébé autour de l'accouchement

Il ressort systématiquement dans les trois interviews l'importance des besoins de la maman et du bébé autour des bienfaits de l'accouchement par voie basse par rapport aux méfaits de la césarienne. Cependant, j'ai tenu compte de ces énoncés dans une perspective de prévention puisque ces notions ont déjà été exploitées dans la problématique de mon travail.

### 3. La prise en compte de la maman et des motivations qui l'habitent

Dans cette catégorie il ressort que malgré les avis ou les valeurs bien arrêtées de ces trois soignantes, ces dernières affirment à l'unisson qu'il faut avant tout respecter les choix de la future maman. En terme d'accompagnement, ces choix doivent être considérés à leur juste valeur, l'échange doit être là mais la décision finale appartient à la mère et non aux soignants.

### 4. Les limites médicales

Dans cette catégorie, il y a la prise en compte des limites médicales qui ne sont plus du ressort des soignants. C'est-à-dire que les médecins ont un certain « pouvoir » ainsi qu'un certain « vouloir » qui jouent un grand rôle auprès des femmes dans la prise de décision du mode d'accouchement, et les soignants doivent s'y résigner.

## 1. La césarienne de convenance, un phénomène de société

Les trois soignantes relèvent qu'il y a un phénomène de société, une évolution, mais pour Mme C, cette évolution est d'autant plus marquée du fait de sa longue et riche expérience. Pour les deux autres, il y a plus la notion des valeurs qui ressortent dans ce changement social. De cette perception des faits s'ensuivent plusieurs thèmes sous-jacents que je mets en évidence. C'est ainsi que les soignantes perçoivent les raisons du choix de la césarienne :

- La conception de la grossesse et de la mise au monde

Dans les entretiens, toutes les soignantes identifiaient chez la future maman, une conception de la grossesse et de la mise au monde très « moderne ». Mme A relève que :

*« Je crois qu'on vit dans une société dans laquelle on veut tout contrôler [...] on veut que tout soit parfait. »* et elle rajoute : *« Les parents veulent plutôt contrôler quand le bébé va venir parce que leur vie professionnelle est tellement contraignante, ils veulent aussi que...c'est mieux que leur bébé naisse cette semaine-là parce que après ça, ils ont tellement d'autres choses à faire, leurs parents viennent cette semaine là et si le bébé n'est pas né, ça ne convient pas [...] on doit contrôler le temps, le temps de toute chose. »*

Mme C parle de la société comme une société de consommation et du bébé comme un « produit », elle me disait que les femmes avaient *« envie d'un produit bien fait »* et elles se retrouvent *« devant une consommation, d'un acte chirurgical plutôt qu'à une implication personnelle dans le devenir mère. »*

Selon elle, la femme doit :

*« Continuer à démontrer qu'elle est une superwoman, parce qu'elle est qualifiée, elle a bien mené sa vie professionnelle et personnelle et doit démontrer qu'elle a le potentiel et la capacité à aussi gérer la naissance de son enfant. [...] c'est l'image, le paraître. Cette volonté de tout gérer fait partie de l'évolution des femmes. »*

En parlant de cette image, elle relève l'importance de ce qui retient les femmes d'accoucher par voie basse. Par exemple, que certaines femmes ont peur de ce qu'elles vont montrer d'elles lors de l'accouchement, dans ce moment où on ne maîtrise plus les faits : *« Il y a peut-être le côté animalier de l'accouchement qui fait peur à certaines femmes, [...] parce qu'elles crient et [...] je pense que ça peut être un élément de frein pour certaines femmes. »*

- L'égoïsme

Pour Mme C, l'évolution de la femme est marquée par l'émergence de l'égoïsme qui se fait de plus en plus présent dans notre société actuelle, elle rappelle que les femmes ont des objectifs de vie qui leur appartiennent : *« Les femmes veulent des bébés de plus en plus tard »* donc les femmes ont *« déjà acquis un certain confort de vie »* et donc elles veulent aussi un *« confort de famille »*. Elle exprime en ces mots : *« plus courant que d'en avoir qu'un – parce qu'en suisse on a 1,4 enfant par femme – il faut que ce soit un produit fini parfait, ce bébé doit être nickel. »* Elle parle aussi de l'envie de tout de suite retrouver sa vie d'avant alors qu'une mère devrait se dire *« pas grave, on devient une mère et être mère c'est un autre partage [...] moi je le traduis par de l'égoïsme. »* Mme A inclut le personnel soignant dans cette évolution, une limite dans l'accompagnement de l'autre : *« Nous-même on veut pas être dérangé dans notre vie ordonnée, alors on est content si dans nos 12 heures de travail qu'on fait, c'est réglé [...] malheureusement un peu toute la société évolue vers ça. »*

### ○ La peur

Les trois soignantes relèvent que les femmes ont avant tout peur. Peur de l'inconnu, des douleurs, des déformations corporelles dues à l'accouchement par voie basse, etc.

Mme B dit qu'elles « *ne veulent pas souffrir [...] elles ont peur de la douleur [...] peur de la déformation corporelle, que leur vagin soit trop élargi et que ça transforme leurs relations sexuelles après* ». Pour Mme C, l'expression de cette demande se traduit par un besoin d'être sécurisé, et son rôle de soignante est de pouvoir répondre à ce besoin, elle dit que « *les femmes se trouvent dans une zone d'inconnu [...] on a besoin d'exemple, d'être sécurisé dans ce processus [...] mais quand je pars en voyage, j'ai aussi une part d'inconnu [...] on va jamais savoir comment ça va se passer.* »

### ○ La solitude des femmes

Mme C relève encore que dans cette évolution de société, les femmes se retrouvent de plus en plus seules, le partage de la naissance ne se fait plus comme à l'époque où toutes les filles avaient vu dans leur famille une naissance et qu'elles avaient forcément appris le maternage par leur maman, tante, etc. Elle pense que « *c'est là que réside une lacune de notre société.* » Aussi, cela revient au rôle de la soignante de « *susciter des questions et d'accompagner en fonction des besoins* ». Car pour elle « *les femmes se sentent souvent seules et [...] dans notre profession on a une part de mère accompagnante. [...] leur personne ressource sera la sage-femme qui deviendra la ligne guide* ».

### ○ La pudeur

Mme B perçoit chez les femmes une certaine gêne par rapport à l'image de l'accouchement par voie basse : « *Des femmes qui ont une image de leur corps où leur sexe est quelque chose d'intime, quelque chose auquel il ne faut pas toucher [...] elles ne s'imaginent pas qu'il y ait une possibilité de passage de sortie par là.* » Mme C parle aussi de « pudeur » d'en parler entre futures grand-mamans et futures mamans, d'où cette solitude dans ces moments.

## 2. Les besoins de la maman et du bébé autour de l'accouchement

Dans cette catégorie, les trois soignantes relèvent systématiquement les besoins de la maman en regard de ce qui serait « le mieux » pour chacune d'elles au moment de la naissance. C'est pourquoi j'en ai tiré deux thèmes sous-jacents qui sont les besoins physiologiques et les besoins psychologiques.

### • Besoins physiologiques

Les trois soignantes s'expriment différemment sur les besoins physiologiques et ceci car chacune appuie ce qui lui semble le plus important dans le processus de la naissance en terme de besoins. Pourtant, les trois se rejoignent en mettant en avant les bénéfices de l'accouchement par voie basse. Mme C dit :

*« La femme a des contractions très douloureuses juste avant l'accouchement mais après, elle a tout le potentiel pour nourrir son enfant. Avec une césarienne, on a besoin d'une PCA par rapport à l'antalgie, [...] d'anti-inflammatoires et on ne court pas les premiers jours, donc on a quand même un processus vital diminué. »*

Elle rajoute aussi l'importance de parler « *des bénéfiques des contractions pour le bébé [...] ce processus de dilatation du bassin, d'engagement de son enfant, tout le processus physiologique, ce qui se passe pour un bébé dans son adaptation à la vie extra-utérine.* »

Mme A et Mme B parlent plutôt de l'état de santé de la maman en mettant en avant l'inconvénient et les risques de la césarienne : « *C'est quand même une grande chirurgie abdominale donc après vous avez un corps chirurgical, la douleur et la récupération après une césarienne c'est quand même très long.* »

A Mme C de rajouter : « *Les conséquences pour la femme, c'est une effraction au corps, un risque important d'hémorragie, d'hématomes surtout au niveau de la cicatrice, [...] risque d'infection, risque aussi de chéloïdes. Risque de thromboses et difficultés dans la reprise du transit [...] Cette cicatrice est une marque à vie.* »

- Adaptation à la vie extra-utérine

Le besoin physiologique qui ressort le plus de ces trois entretiens est la notion d'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né en regard de la santé de celui-ci. Les trois relèvent que « *s'il est retiré comme ça par choc, par la césarienne, il faudra aspirer le bébé, il aura de la difficulté à s'adapter au niveau respiratoire.* » Mme A parle également du besoin de passer par voie basse :

*« J'ai suivi une conférence d'ostéopathie, ils parlaient aussi de tout le mécanisme d'accouchement par voie basse, ça aide à un alignement au niveau du corps du bébé. [...] les ostéopathes prennent les bébés en consultation qui sont nés par césarienne et leur font des manœuvres un peu comme s'ils étaient passés par l'accouchement pour justement aider cet alignement du corps. »*

Elle rajoute également un autre enjeu possible pour la santé de l'enfant : « *Certains chercheurs disent aussi qu'il y a des conséquences par rapport à la tête, les neurones, les nerfs. La tête est faite pour passer par ce passage serré et par césarienne le bébé n'a pas cette pression qui a peut-être aussi un effet, mais je ne connais pas les recherches là-dessus.* » Mme C parle de ces difficultés d'adaptations en les qualifiant comme « *un élément que je trouve, en tant que professionnelle, inacceptable !* »

Mme B dit encore que ce dont le bébé a besoin pour s'adapter à sa vie extra-utérine c'est d'être : « *posé sur le ventre, avoir ce contact avec sa maman, être rassuré ; cela crée un lien tout de suite dans les premières minutes.* »

- Enjeux des hormones

Les hormones semblent avoir un certain effet sur le bébé et la maman lors de l'accouchement. Mme C l'explique très bien par ces propos :

*« Il y a tout ce jeu d'échanges d'endorphines entre la mère et l'enfant qu'on n'a pas encore bien étudié mais qui a tout son potentiel. [...] la femme plane après une naissance, [...] elle est complètement shootée par ces endorphines, puis quand on sait que l'ocytocine est vraiment l'hormone du plaisir, d'avoir été inondé par ces hormones là donne une sensation aux femmes semblables à celle de l'orgasme. Une sensation de plénitude pendant quelques heures, elles sont vraiment sur leur nuage, c'est génial de s'offrir ça une fois ! »*

Les trois soignantes mettent également le rôle des hormones en parallèle avec la capacité/facilité d'allaiter par la suite car la promotion de l'allaitement s'inscrit dans la promotion de la santé. Bien que Mme A dise que : « *on encourage [...] à mettre au sein le plus vite possible pour rattraper cet attachement entre la maman et son enfant.* »

- Besoins psychologiques

Pour les trois personnes interrogées, une part de leur travail d'accompagnante était d'apporter « *une aide psychologique.* » Mme C apporte cette aide « *de par cette mise en confiance, de par ce travail personnel en lien avec la femme, [...] dire aux femmes qu'elles ont un potentiel et comment elles peuvent le mettre en pratique pour accueillir leur bébé.* » Les trois soignantes se rejoignent là-dessus en disant que « *l'actrice de la mise au monde, c'est la maman.* »

- Besoin de sécurité

Dans les trois entretiens, il ressort que les femmes sont de moins en moins sécurisées face à l'accouchement de part le manque d'informations. Les trois soignantes se donnent le rôle de donner cette information aux mamans en tant que professionnelles de la santé. D'ailleurs Mme C dit ; « *Après ça, c'est pas facile pour les femmes de s'y retrouver.* » Mais à elle de relativiser l'incertitude de l'accouchement en disant que c'est « *comme quand on se prépare à passer son permis, on prend des cours et puis voilà, on a des hésitations mais c'est normal. Et puis il faut arrêter d'avoir peur de ne pas réussir. Parce que jusqu'à nouvel avis tous les bébés viennent au monde, voilà !* »

- Découverte mutuelle entre la mère et le nouveau-né

Mme A et Mme C considèrent comme primordial l'attachement des premières heures dans les besoins psychologiques de l'enfant mais aussi de la mère. Mme A : « *Je mets beaucoup l'accent sur l'importance des deux premières heures [...] Ces premiers contacts sont les plus importants dans l'attachement.* »

Mme C : « *C'est prendre du retard dans l'élaboration du processus de découverte de son enfant. [...] cet enfant a 80 ans d'espérance de vie, alors qu'est-ce qui va se passer dans les semaines qui vont suivre ?* » En terme de promotion de la santé, elle s'exprime ainsi : « *Parce que je suis là pour faire de la promotion de la santé et puis j'aimerais mettre en évidence la santé des deux !* »

### 3. La prise en compte de la maman et des motivations qui l'habitent

Ici, les trois soignantes se rejoignent par leurs propos similaires en lien avec l'accompagnement de la future maman par rapport à ses besoins et demandes. L'important pour ces trois soignantes, c'est de pouvoir identifier les besoins et les attentes des mamans afin de pouvoir y répondre professionnellement en se centrant toujours sur les désirs des mamans et non les leurs.

- Les raisons du choix de la césarienne de convenance

Les raisons du choix ont été perçues différemment par les trois soignantes. Néanmoins, chez toutes est ressortie la notion de l'incertitude et surtout des peurs autour de l'inconnu de l'accouchement et c'est sur ces notions qu'elles travailleront pour offrir le meilleur accompagnement possible.

- Les incertitudes

Mme C se dit être perplexe et se questionne dans son accompagnement : « *Si une femme n'a pas les informations qu'elle aurait voulues, qu'elle a très peur d'avoir mal, qu'elle a très peur d'être déformée, qu'elle a très peur d'être dans une situation, de cette perte de maîtrise, de contrôle [...] pourquoi pas une césarienne... mais ce pourquoi pas, je le dis du bout des lèvres.* » Elle fait également ressortir cette peur de ne pas réussir. Mme C relève que les femmes ont très peu d'enfants : « *1,4 enfant par femme, y a pas cancan, c'est pas beaucoup [...] ce bébé doit être nickel !* »

Mme A et Mme B évoquent la peur des mamans à poser des questions et l'importance de susciter ces questions chez les femmes : « *Il faudrait plus creuser ces questions-là, celles qu'on ne pose pas mais qui nous travaillent.* »

- Positionnement professionnel

Bien que les trois soignantes défendent leurs avis ainsi que leurs valeurs autour de l'accouchement, chacune se résigne à dire qu'il faut savoir prendre du recul et laisser place à la maman. Mme A dit ; « *Je pense que je vais quand même défendre l'accouchement par voie basse s'il n'y a aucun risque et aucune indication médicale. [...] c'est quand même à chacun de prendre la décision soi-même.* » Pour cela il faut avoir une certaine attitude professionnelle. Mme B me disait en conclusion : « *Il y a un moment où on ne peut plus convaincre, il faut savoir lâcher prise. [...] il y a des fois où je ne comprends pas, et je me demande pourquoi, ma foi, faut lâcher prise. Parfois ça dépasse ce qu'on peut comprendre.* »

- Etre vrai

Mme C relève que ce qui est important dans les informations c'est de « *donner une information justifiée, de ne rien cacher par rapport à la réalité d'un accouchement [...] la réalité des douleurs des contractions, mais aussi de parler des bénéfices [...].* » Elle rajoute également que son rôle c'est de « *démystifier et de travailler sur les peurs [...] recentrer le juste et éviter une péjoration de l'imaginaire* »

Pour Mme B parler de son propre vécu permet également d'accompagner une maman et d'être, de cette manière, très vraie dans son discours : « *Je dirais que ma propre expérience, mon accouchement est une ressource, de parler comment ça peut se vivre.* »

- Comprendre

Mme A parle d'aide psychologique dans l'accompagnement, Mme B parle plutôt d'avoir des explications : « *Simplement qu'on soit là pour entendre leurs peurs et répondre à leur besoins de manière claire [...] elles envisageraient les choses certainement différemment.* »

Mme A dit aussi que « *le rôle de l'infirmière [...] est vraiment de faire le tour de la situation, essayer de découvrir quelles sont les peurs de l'accouchement [...].* »

Elle rajoute également que, quelle que soit la décision de la femme : « *Je dirais pas qu'elle fera une mauvaise mère parce qu'elle a choisi la césarienne.* » Donc, il y a là toute une considération de la situation.

○ Priorités et compromis

Mme C démontre très bien quelles sont les priorités pour elle dans la prise en charge d'une future maman :

*« Par le biais de contacts avec une professionnelle qui va la préparer à la naissance, la mettre en confiance, ben c'est vrai que si la femme ne peut pas rentrer dans cette démarche, elle ne va pas pouvoir, entre guillemets, bien accoucher. [...] j'ai envie de mobiliser les femmes à se rendre autonome dans leur processus de naissance. »*

Elle parle aussi du rôle d'accompagner les femmes face à leur solitude et elle dit : *« J'ai été dans cet investissement qui me paraît bon pour les autres et aussi pour moi par rapport à l'expérience que j'ai vécu [...]. »* Le plus « chouette » pour elle ? De voir que les parents se sentent bien dans leur expérience : *« C'est un détail mais j'ai trouvé ça très révélateur de se dire, ben voilà, ils sont biens. Ça je trouve très chouette. »*

Mme A parle de faire des compromis lorsque la femme prend une décision dont elle ne partage pas l'avis : *« Il ne faut pas culpabiliser la femme [...] il y a aussi eu des situation ou j'allais un peu contre mon gré [...] à l'intérieur de moi j'allais contre mes propres opinions mais j'ai voulu découvrir les valeurs du couple, mon but finalement c'est pas que la femme vive l'accouchement comme moi je veux mais c'est de permettre au couple de vivre l'accouchement le plus beau pour eux [...] je me dis que j'ai bien tenu mon rôle. »*

Mme B parle ici également de droits : *« Elle a le droit de vouloir vivre ça comme ça [...] heureusement qu'on a ces choix là. »*

#### 4. Les limites médicales

Les trois soignantes mettent en évidence un certain nombre de limites d'intervention dans l'accompagnement des femmes à faire leur choix par rapport au mode d'accouchement. De nouveau, on retrouve la grande avancée technologique qui « brouille » le phénomène naturel de la grossesse et de l'accouchement et qui rend plus difficile la promotion de la santé.

- Les moyens technologiques

Mme A et mme C parlent des moyens technologiques comme un frein à la spontanéité dans la prise en charge d'une future maman : *« Déjà par rapport aux interactions lors des ultrasons [...] on ne se laisse plus surprendre par l'imprévu, on connaît le sexe du bébé, on sait déjà à qui il ressemble, on connaît ses mensurations [...] Avec les images en trois dimensions on peut même déjà avoir le profil du bébé. »*

Mme C dit qu'on ne permet plus à l'enfant de s'ouvrir à la vie naturellement :

*« Une césarienne, c'est quand même très protocolé, il n'y a plus rien de spontané donc ce bébé on le perturbe dès ces premiers instants de vie [...] Même qu'on va tout de suite le sécher, tout de suite le mettre sur le chariot de réanimation, tout de suite... euh, qu'est-ce qu'on en sait des tout de suite ? Qu'est-ce qu'il y en a de nombre de mains inconnues qui vont le balloter, le transporter, le toucher, ce nombre d'inconfort, y a de quoi être paumé... Y a de quoi être paumé ! »*

Mme A met en avant les difficultés à privilégier le contact entre la maman et le bébé lors d'une césarienne :

*« C'est quand même une atmosphère très froide, [...] ce n'est pas toujours facile, quand la mère se réveille de l'anesthésie on amène le bébé en salle de réveil [...] ce n'est pas très confortable d'avoir le bébé avec la mère très longtemps parce que c'est un cas chirurgical et ils doivent aussi lui faire leurs soins [...] donc ce contact peau à peau ne se fait pas [...]. »*



- Les médecins

Selon les dires des trois soignantes, les médecins, les gynécologues ne semblent pas toujours être une ressource dans l'aide à la prise de décision pour la maman. Leur rôle est critiqué par les trois soignantes.

- Leur statut

Mme C critique le rôle que les médecins se donnent vis-à-vis de la naissance :

*« Les femmes sont dépossédées du pouvoir génial de donner la vie [...] un intérêt de pouvoir, parce que la femme a le pouvoir d'accoucher par voie basse, mais crétin moi, là, en tant que macho, j'ai envie de lui montrer que j'ai un autre pouvoir [...] le pouvoir de la blouse blanche [...] je peux être valorisé parce que j'ai aidé cette femme à mettre au monde son enfant dans les conditions qui étaient bonnes pour elle. [...] le nombre de fois où j'ai vu les femmes remercier le médecin d'avoir été présent lors de l'accouchement alors qu'il n'y est pour rien, parce qu'effectivement on a une technique de soutien du périnée, mais tout le boulot c'est elle qui le fait. »*

Néanmoins, les trois soignantes relèvent également le manque de temps des gynécologues pour donner les informations aux patientes du fait des courtes durées de consultations (15-20 minutes). C'est pour cela qu'ils ne parleraient que *« du côté médical alors nous parlerions plutôt du côté psychologique. Nous avons un rôle à tenir là. »*

- Avantages à faire une césarienne

Outre leur statut et l'intérêt du pouvoir, selon Mme C, les médecins doivent être vigilants par rapport à certains aspects : *« On a de moins en moins de femmes enceintes et des femmes qui ont de plus en plus d'exigences et qui sont à l'affût de la moindre micro erreur et donc la crainte des gynécos c'est d'avoir un procès par rapport à une difficulté de gestion autour d'une naissance. »* Cela représente de nouveau un frein dans l'accompagnement de la maman puisqu'elle est elle-même dépendante du médecin.

Un autre avantage à faire une césarienne est évoqué : *« Les gynécologues dans certaines périodes veulent pas être dérangés, hum, pour eux ça les arrange d'avoir une césarienne, pas tous, mais chez certains on voit ça [...] pour eux, le fait de ne pas être dans l'urgence, de pouvoir planifier les interventions rend la vie plus agréable, donc purement, de nouveau, égoïste. »*

- Le système de santé

Les soignantes évoquent également les différentes dimensions de la situation : *« Est-ce le confort de la femme, de l'opérateur ou de l'institution ? [...] c'est d'autres enjeux économiques! Et c'est vrai, si on veut défendre une enveloppe budgétaire il faut aussi mettre en évidence ce plateau technique. »* Mme A qui travaille dans le milieu privé en témoigne par ces paroles : *« On a un taux élevé de césarienne en clinique privée [...] quand même, une césarienne ça rapporte plus d'argent [...] il y a quand même un enjeu financier évident et ça, on ne peut pas le nier. »*

Mais elle rajoute également sa limite d'intervention : *« Je ne vais pas contredire le médecin, parce qu'en clinique privée on ne peut pas non plus contredire le médecin. »*

Mme C évoque encore un autre aspect du système de santé, voire plutôt de la société qui pousse les femmes à choisir la césarienne de convenance :

*« Quand un bébé vient de naître, la première question est, comment va le bébé et s'il est bien, s'il a tout, s'il est en bonne santé. Et après on s'intéresse à la maman, mais les gens sont un peu friands des catastrophes et c'est incroyable de voir ça, ça anime les discussions. Et dans cette société de produit fini, on ne se laisse plus surprendre par l'imprévu. [...] mais il y a d'autres responsables, quand on voit certaines cultures ou certaines peintures de mise au monde, mais c'est l'horreur sans nom! [...] à chaque fois on a besoin de mettre en évidence ce qui est hard. [...] il y en a qui mettent en évidence le côté de la plénitude, eh bien voilà, moi je suis du côté de la plénitude. »*

## Résumé

Dans ces résultats d'entretiens beaucoup de choses intéressantes sont évoquées de la part de ces trois soignantes. Souvent, elles parlent de ce qu'elles « pensent » de la césarienne de convenance tout en gardant une réflexion professionnelle. Bien que leur avis soit plutôt « tranché » sur la problématique, il en ressort quand même toujours l'intérêt de comprendre ce que vivent les femmes qui prennent cette décision. Il y a une volonté de comprendre afin de pouvoir se mettre au niveau de la personne dans la perspective d'un accompagnement et d'une aide dans le processus de décision. Pour reprendre la définition du verbe « accompagner » que l'on trouve sur le site de « l'association des accueillants familiaux » :

*« Accompagner consiste à se joindre à quelqu'un pour aller où il va et non là où l'on voudrait qu'il aille, pour veiller sur lui et le soutenir en donnant signification à sa démarche. »* C'est effectivement un point central de ce travail que je vais développer dans la partie de l'analyse des résultats. L'aspect de la promotion de la santé, ainsi que des limites d'intervention en lien avec le reste du monde médical, ressort également car les soignantes parlent de leur prise en charge dans l'idée: « veiller sur lui et le soutenir ».

Comme le disait Gernigon (2002) : « accompagner, c'est se questionner ». (p.7). Les trois soignantes ont le souci de ne pas juger les femmes par rapport à leur décision mais bien à les accompagner à trouver ce qui sera le mieux pour elles en fin de compte. Dans les situations de conflit de valeurs, elles savent se remettre en question.

## 6 Analyse et discussion des résultats

Pour cette partie d'analyse j'ai choisi d'interpréter les résultats de mes entretiens en lien avec mes objectifs de recherche ainsi que les concepts qui m'ont aidé à construire mon guide d'entretien. Cette démarche me permettra de faire ressortir les éléments qui me semblent essentiels et prioritaires pour répondre à ma question de départ et aux objectifs.

Pour rappel, la question de recherche est :

**Comment se passe l'accompagnement des futures mères dans le processus de décision d'une césarienne de confort ?**

Et les objectifs de la recherche sont :

- Identifier ce que les infirmières savent des raisons du choix de la césarienne de convenance.
- Entrevoir comment les infirmières perçoivent les enjeux de la césarienne de confort sur la santé de la mère et de l'enfant en lien avec la promotion de la santé.
- Saisir ce que signifie pour les soignants « accompagner » la femme dans le processus décisionnel du mode d'accouchement.
- Percevoir comment les infirmières considèrent leur rôle professionnel face au devoir d'informer.

Pour donner un ordre à mon analyse, je reprendrais les quatre catégories que j'ai mis en évidence pour la présentation des résultats, à savoir :

1. La césarienne de convenance ; un phénomène de société en lien avec les limites médicales (4.)
2. Les besoins de la maman et du bébé autour de l'accouchement
3. La prise en compte de la maman et des motivations qui l'habitent

J'ai fait le choix de mettre la catégorie 1. et 4. en lien car de toute évidence, l'avancée technologique va de pair avec l'évolution de la société.

### 1. La césarienne de convenance ; un phénomène de société en lien avec les limites médicales

Les avis des trois soignantes se rejoignent dans le fait d'estimer que la société évolue et va vers un changement que Mme C décrit comme de plus en plus égoïste. Les femmes (la société en général) doivent constamment prouver qu'elles sont performantes. En ayant des enfants relativement tard (35 ans en moyenne), elles sont effectivement déjà habituées à un certain confort de vie, à une reconnaissance sociale et souvent professionnelle et c'est pourquoi, sur le plan privé, elles doivent également pouvoir prouver qu'elles sont « au top ». Pour reprendre les termes de Jeanrichard (2005) accoucher est devenu un « lifestyle event » (p. 34) Tout doit être parfait. Par exemple ; « *on peut choisir de garder son corps d'avant, même après une grossesse.* » (p.34)

Or, cet égoïsme, comme il est exprimé par les trois soignantes est surtout motivé par la peur. Là se trouve une des raisons du choix de la césarienne que l'on peut clairement saisir.

La peur des douleurs de l'accouchement, la peur de ne pas maîtriser ce moment, la peur de l'inconnu. Je pense que ces peurs sont tout à fait légitimes car, à ma connaissance, on ne va pas accoucher comme on va « essayer une paire de chaussures ». Il s'agit ici de donner la vie, mettre au monde. Cette dimension donne à la femme un certain pouvoir et une certaine responsabilité qu'elle n'ose pas affronter sans « connaître déjà » et il semblerait que cela soit pour cela que les femmes se tournent vers les médecins en demandant une césarienne de confort, pour se décharger de cette lourde tâche. D'ailleurs Mme C dit que les futures mamans ont « besoin d'être sécurisées » et que son rôle de soignante c'est d'offrir à la maman un accompagnement de « guidance et d'exemple » afin de répondre à ce besoin d'être sécurisé.

Mme C et Mme A ne cachent pas que cet égoïsme est également présent dans la pratique des soignants et cela représente une limite dans l'accompagnement de l'autre. Mme A dit clairement que malheureusement elle-même est contente de savoir que ses douze heures de travail sont ordonnées et réglées. De cette façon on prive la maman de considération dans l'accompagnement et éthiquement ce n'est pas correct puisque d'une façon, on ne respecte pas la patiente. Mme C ajoute que de pouvoir planifier les interventions pour les gynécologues, rend la vie plus agréable, donc de nouveau « *purement égoïste* » mais cette fois du côté des médecins et non des mamans. On peut dire que la société en général évolue vers un détachement de la spontanéité. Les médecins semblent rechercher un certain ordre dans leur travail non seulement par égoïsme mais également pour se protéger. Effectivement lorsque Mme C rappelle que les médecins doivent être toujours plus vigilants dans leurs actes de par le fait que la société réclame de plus en plus ses droits et même, ne rate pas une occasion de profit face à une erreur médicale, aussi petite qu'elle puisse être. Je peux alors comprendre par là que les médecins se mettent également à l'abri de tout danger potentiel. Ce « chacun pour soi » présente des limites d'intervention en terme de promotion de la santé puisque les soignants ne sont plus libres de leurs actions. Il ne s'agit ici plus uniquement d'égoïsme et on ne parle plus non plus d'accompagnement mais simplement de protection de soi-même, de son exercice professionnel et « de rapport de force ».

On parle aussi d'un enjeu financier évident. Bien que plus présent dans le milieu privé, les médecins en général semblent privilégier la césarienne de par son aspect économiquement plus intéressant que l'accouchement par voie basse. Non seulement une césarienne rapporte plus d'argent mais les médecins ont également plus de pouvoir dans cette situation. Ce sont eux, les maîtres de la situation, contrairement à l'accouchement où la mère fait tout le travail. Et, comme le dit une soignante, de toute évidence « *on ne peut pas contredire le médecin* ». Je relève dans ces expressions une certaine rivalité entre les différents corps de métier. Ce n'est pas tellement le fait que les médecins soient « supérieurs » qui dérange les soignantes mais plutôt qu'ils ne fassent pas « bon usage » de ce statut. C'est en tout cas ce que j'entends par les propos de Mme A en lien avec la promotion de la santé des femmes.

Selon Mme C la culture a également son rôle à jouer dans la vision que l'on peut avoir de l'accouchement. Elle parle de certaines peintures sur lesquelles sont représentées des femmes qui enfantent, des images sur lesquelles la souffrance et l'horreur de la naissance tourmentent la mère. C'est souvent ces aspects que l'on retient dans ce qui nous est présenté. C'est pourquoi on garde toujours plus de souvenirs des histoires choquantes que des histoires un peu « conte de fée ». D'ailleurs, on retrouve cet aspect dans la charte des droits de la parturiente (1988) du parlement européen : « *[...] il semble persister un certain état psychologique de craintes ancestrales [...]* » (§1). Encore une apparence de la société responsable des choix de la césarienne de convenance plutôt que de favoriser une naissance naturelle. Et c'est en regard de cela que l'accompagnement doit également se modeler à la

personne. Il faut pouvoir considérer l'état psychologique de la patiente et comprendre ce qui se passe dans sa réflexion afin de pouvoir la rejoindre.

Une soignante parle également de la solitude des femmes face à la maternité. Il est vrai que, il y a quelques années, les mamans étaient encore très proches de leurs filles et toutes les petites filles avaient la possibilité de se familiariser avec la maternité. Aujourd'hui, du fait de l'âge avancé des primipares et souvent de l'éloignement géographique des familles ou même de la pudeur de parler de ces choses, les femmes se retrouvent vraiment dans une zone inconnue et seule. Dans la prise en charge des femmes, on doit avoir une part de « mère accompagnante », c'est à nous de susciter des questions et d'accompagner en fonction des besoins ; on est une femme qui a une expérience et on partage cette expérience avec une femme. Ceci nécessite du dialogue entre la soignante et la patiente ainsi qu'une écoute active de la part de la professionnelle de la santé.

Je trouve cela à la fois surprenant et à la fois motivant de savoir que les soignantes deviennent alors des personnes ressource dans ces moments là, que les femmes choisissent les soignants comme « ligne guide ». C'est là aussi que l'accompagnement prend toute sa valeur car les soignants doivent être là pour « soutenir » et « aller avec » la personne accompagnée. Et je pense que les femmes en ont besoin car on a besoin d'exemples et d'être constamment sécurisé dans une expérience nouvelle. C'est dans cette mesure également que l'on peut cheminer avec la personne dans le respect de ce qu'elle pense et vit dans une situation donnée.

## 2. Les besoins de la maman et du bébé autour de l'accouchement

Dans cette partie, les soignantes ont fait ressortir une succession d'éléments de la césarienne allant à l'encontre de la santé de la maman et du bébé. Ces propos s'inscrivent plutôt dans l'idée de la promotion de la santé puisque les trois soignantes font constamment ressortir les dangers de la césarienne par rapport à un accouchement par voie basse.

Selon le Petit Robert, le risque c'est : « *Danger éventuel, plus ou moins prévisible ; possibilité de subir un dommage quelconque ou de perdre quelque chose à quoi on attache de la valeur.* » Dans cette même idée, les soignantes parlent davantage des risques de la césarienne parce qu'elles les perçoivent comme un « danger » pour la santé de la femme par rapport à l'accouchement par voie basse (qui comporte des risques aussi) qui selon la nature doit se passer comme cela.

Les soignantes mettent également en avant la santé de l'enfant. Par exemple, Mme A et Mme C se réfèrent à Odent pour dire que la capacité naturelle de la mère à être présente à son bébé au cours de l'accouchement et dans les instants qui suivent la naissance est déterminante pour l'équilibre de l'enfant, en particulier pour son aptitude future à établir des relations heureuses avec son entourage. Donc, toute perturbation des processus physiologiques pendant l'accouchement a des conséquences durables sur le développement de sa personnalité.

Mme C s'inquiète de la santé future de l'enfant en considérant ces risques et c'est pourquoi elle dit vouloir mettre en évidence la santé des deux en questionnant les 80 ans d'espérance de vie de l'enfant en lien avec les premières 48h de vie. De nouveau, si l'on considère qu'il est dans l'intérêt de la patiente, de résoudre les problèmes liés à l'accouchement, alors le rôle de la soignante est de fournir une information complète et appropriée qui permettra à la femme de prendre la meilleure décision.

Mme A et Mme C mettent en évidence cette importance d'attachement entre la maman et le nouveau-né en terme de facilité d'allaitement. Lorsqu'un bébé naît par voie basse et qu'il est posé sur le ventre de sa maman, il cherchera instinctivement le sein de sa mère et se mettra à téter dès les premières minutes. Par cette promotion de l'allaitement, on retrouve à nouveau la promotion de la santé puisqu'on connaît maintenant tous les bienfaits de l'allaitement et que l'UNICEF en a même fait des directives.

Dans le cas d'une césarienne programmée, ni la mère, ni le bébé n'ont eu l'occasion de mettre en jeu les hormones qui sont impliquées à la fois dans l'accouchement et dans la lactation comme l'affirme Mme C dans l'entretien. C'est pourquoi une césarienne sans travail est associée à des risques accrus de difficultés d'allaitement.

Toutes ces données confirment qu'il est important de respecter le processus physiologique de l'accouchement, notamment dans la perspective d'un allaitement maternel exclusif prolongé et c'est dans cette intention que doit s'inscrire l'accompagnement et la promotion de la santé auprès des futures mamans. Sans une remise en question et une adaptation de la soignante, le message qu'elle veut faire passer ne saura peut-être jamais atteindre la maman et le but ne sera pas atteint. Cela reviendrait à « *jeter une bouteille à la mer* », il faut savoir se rapprocher de la personne avec qui l'on veut communiquer.

Dans le livre de Winkler (1985) j'ai recueilli quelques témoignages des mères n'ayant finalement pas si bien vécu leur intervention chirurgicale ;

- « *Et surtout, au dernier moment j'étais privée de ce que j'attendais le plus : voir mon bébé sortir.* » Une mère. (p.46)
- « *(...) Aucun sentiment, rien. Je la voyais mais je ne lui trouvais rien à moi. (...) je n'avais pas cet attachement spontané pour elle, peut-être parce que je ne l'avais pas vue sortir.* » Une mère (p.54)
- « *Je me demande jusqu'à quel point il n'est pas traumatisé de se retrouver ailleurs [le bébé].* » Une mère. (p.78)
- « *Dans un accouchement normal, la technique va passer au second plan, la joie de la naissance prend le pas sur la technique. Dans la césarienne la technique prend le pas sur le plaisir d'accoucher. Le laps de temps est extrêmement court ou tu as le bébé entre les mains. Il est là, tu le sors, tu coupes le cordon et tu le donnes à la sage-femme.* » Un médecin. (p. 52)

C'est également dans cette ligne que les soignantes cherchent à recentrer le juste et donner la bonne information aux futures mères. Essayer de démontrer le côté de la plénitude d'un accouchement par voie basse et non pas les catastrophes que ces femmes entendent et véhiculent dans leur entourage. C'est en témoignant de son expérience et de l'expérience des autres que l'on peut également faire passer un message de prévention, c'est en élaborant notre communication. Comment pouvons-nous nous y prendre pour parler le même « langage » que la personne qui nous fait face ? Et je me réfère ici à Schramm qui met en évidence l'importance d'avoir un même « code » de communication afin de pouvoir atteindre la future maman dans une dimension interpersonnelle.

En regard de ces risques et besoins de la maman et du nouveau-né autour de l'accouchement, les soignantes cherchent à utiliser les ressources de la femme pour promouvoir leur santé et

celle de leur enfant. Les trois se rejoignent sur l'avis que les occasions d'apprentissages doivent être bien choisies et bien « meublées » pour faciliter les changements de comportements lorsqu'ils représentent un danger, un risque pour la santé. Par ailleurs, pour reprendre les propos de Hohlfeld (2004), les soignantes doivent informer les futures mères en tentant de persuader sans contraindre.

### 3. La prise en compte de la maman et des motivations qui l'habitent

Dans cette partie, il est particulièrement question de l'accompagnement des futures mamans dans l'aide à la prise de décision du mode d'accouchement. Les trois soignantes cherchent avant tout à saisir les besoins et les demandes des femmes afin de pouvoir les accompagner au mieux dans leur démarche, malgré les avis parfois non partagés.

On en revient systématiquement à la notion de la peur. Les femmes semblent avoir réellement peur du moment de l'accouchement, de ce qui va se passer et de ne pas savoir ce qu'elles vont vivre. Les soignantes ne semblent pas dérangées de ce phénomène mais plutôt du fait que les femmes n'ont plus les moyens de démystifier ces peurs. Mme B insiste sur le fait que dans l'accompagnement il faudrait « creuser » ces questions que les femmes n'osent pas poser mais qui semblent les travailler.

La notion de la peur dans l'incertitude est la plus présente dans ce que perçoivent les soignantes des besoins des futures mamans. C'est pourquoi elles évoquent toujours la posture professionnelle qu'il faut avoir dans ces moments d'échange avec les femmes concernées, celle d'accompagner en tenant compte du ressenti et des désirs de la femme pour finalement aboutir à un choix qui sera le sien et non celui de la soignante. Aussi, l'attitude de la soignante se doit d'être une source de réconfort pour la patiente et non de crainte, sinon cette dernière ne saura y puiser la force pour faire son choix.

Selon les trois soignantes, il est important de toujours rester soi-même dans l'accompagnement et accueillir au mieux les demandes et les besoins des femmes. On peut se demander ce que signifie rester soi-même. Pour Mme B, « être vrai » signifie parler de soi-même et de son vécu, être « transparent », elle parlera alors de son accouchement (qu'elle a bien vécu) pour démystifier l'incertitude de sa patiente. Mme C mettra l'accent sur l'information claire et complète de ce que représente un accouchement par voie basse, pour elle « être vrai » c'est ne rien cacher par rapport à la réalité. Dans les deux cas, l'intention est la même : permettre à la patiente de choisir ce qu'il y a de mieux pour elle et son bébé. Seulement dans le premier cas, le danger est que la femme ne vive pas son accouchement comme il a été décrit par la soignante ce qui peut induire un sentiment de tromperie et de perte de confiance envers le personnel médical.

Pour analyser cette partie, je voudrais appliquer le découpage de la phrase de Reboul (2007) :

#### **Jusqu'où peut-on être soi-même dans l'accompagnement de l'autre ?**

##### Jusqu'ou ?

Quel est le cadre d'intervention et quelles sont mes limites ? Il existe des limites qui sont imposées par l'institution, par le service ou parfois même par le canton. J'ai moi-même des limites de par mon statut d'infirmière, je n'ai pas autant de possibilité et de liberté que la sage-femme ou le médecin puisque mon cadre d'intervention est plus restreint (p.9-10)

## Puis-je ?

Quelles sont mes limites personnelles, c'est-à-dire, quelles sont mes capacités, mes compétences ? « Je peux » prend deux sens : 1. j'ai l'autorisation, 2. je suis capable. Entre vouloir et pouvoir, il y a tout un ensemble de difficultés auxquelles je dois me confronter. Quelles sont mes capacités de départ dans l'accompagnement et comment évoluent-elles ? Certaines choses ne peuvent pas bouger de moi. Par exemple, mes valeurs et mes croyances sont mes défenses et si cela disparaît de moi c'est comme si je me mettais en danger, en insécurité et donc en incapacité d'écoute.

Identifier et valider ses propres émotions permet de mieux se connaître, s'habiter et finalement y accueillir l'autre dans l'écoute.

Ce qui peut bouger de moi sont mes expériences professionnelles et personnelles, mes apprentissages théoriques et pratiques, ce que je vis seule ou en groupe. « Puis-je » renvoie également à la question : en ai-je la force ? (p.10-12)

## Etre moi ?

Comment rester cohérent dans l'accompagnement et ne pas trop s'éloigner de soi-même ? Suis-je la même personne quand je suis chez moi le soir que quand je travaille avec des patients ou avec mes collègues ?

Selon Reboul, nous avons comme des petits tiroirs en nous que nous pouvons ouvrir successivement. Non pas que l'on soit parfois vrais et parfois faux mais c'est comme si nous savions utiliser plusieurs espaces intérieurs : l'un concerne ma relation avec moi-même et l'autre ma relation avec les autres. C'est de cette façon que l'on se protège soi-même et que l'on protège également la personne que l'on accompagne d'un trop grand envahissement personnel. Cela revient à dire que « être soi » est une intention avant même d'être un état. Quelle est mon intention?

- Habiter mes motivations : → Pourquoi j'ai voulu être infirmière ? Pour être mieux moi, pour être davantage moi. Je le suis parce que je l'ai décidé, j'ai des motivations.
- Habiter mon histoire personnelle : → Par rapport à ma personne, quelle distance dois-je pouvoir mettre entre la personne que j'accompagne et moi ?
- Habiter mon apparence : → Je ne peux pas être celle que tout le monde connaît à l'extérieur, celle qui aime s'amuser et parfois « faire la folle ».
- Habiter mes émotions.
- Habiter mon estime de soi.
- Habiter mes besoins.

## Dans l'accompagnement de l'autre ?

Quelle proximité ou quelle distance est-ce que je mets entre la personne que j'accompagne et moi-même ? Quelle est la place que prend l'autre dans la réalité de la rencontre ? D'abord j'accompagne une personne et non une patiente. C'est seulement si la personne met en avant son statut de mère par exemple que je vais alors l'accompagner dans ce sens. Si la patiente



vient pour une perfusion, ce ne sera même pas de cela que nous allons parler, souvent l'échange ne se produit pas là où on l'attend.

Quelle est la distance que je choisis ? Ni trop près, ni trop loin. La distance doit être choisie, proposée et acceptée par les deux. Parfois adapter sa distance, c'est considérer le moi avec l'autre. Il existe aussi la distance que l'on doit subir. La première que l'on connaît c'est le refus de prise en charge qui est radical, par exemple, la personne devant laquelle je me sens étrangère (personne qui ne parle pas la même langue que moi ou qui est voilée, etc).

L'accompagnement c'est aussi savoir mettre en mots ; parler de l'histoire de la patiente, restituer des paroles, nommer des émotions (la tristesse, la peur, la culpabilité, la rancœur, la souffrance, etc) des points de vues et des interrogations du quotidien ainsi que les relations interpersonnelles qui peuvent influencer. Une demande de conseil de la part de la future maman peut ainsi se transformer en situation d'accompagnement.

Les trois soignantes se rejoignent sur cette intention : **accompagner**.

Je reprends la définition du mot, selon l'association des accueillants familiaux :

- « *Accompagner consiste à se joindre à quelqu'un pour aller où il va, et non là où l'on voudrait qu'il aille, pour veiller sur lui et le soutenir en donnant signification à sa démarche.* »

Il s'agit, dans un premier temps, de comprendre ce que la personne vit dans sa situation, comme Mme A le dit « *faire le tour de la situation* » et découvrir quelles sont les motivations de la future maman.

Dans ce cas, la soignante aura une fonction de facilitation, voire de régulation. Mme A se centre plutôt sur la femme que sur le problème en question (la césarienne), pour elle il est important de savoir ce que vit la femme dans son processus de décision c'est pourquoi elle dit que finalement ce n'est pas le choix d'accoucher qui fera de la femme une bonne mère.

Mme C, par contre s'intéresse davantage à la relation de la patiente au problème. Elle favorisera le contact avec la patiente, une mise en confiance, une préparation en donnant toutes les informations dont elle a besoin pour progresser dans sa démarche de prise de décision. Elle dit vouloir « rendre les femmes autonomes » dans ce processus de naissance. Dans ce cas, l'accompagnement aura une fonction de régulation. Quoi qu'il en soit, les trois soignantes cherchent à se joindre à la femme pour aller où elle va. Comme dit Mme A, permettre aux parents de vivre l'accouchement le mieux pour eux et non comme elle le conçoit le mieux. Je pense que cela peut être assez relatif car pour certaines personnes un accouchement peut être très particulier alors que la soignante l'aura vécu comme tout à fait ordinaire et inversement. Tout dépend du sens que cela prend pour la personne qui le vit, d'où l'intérêt d'aller vers l'autre dans une situation d'accompagnement.

J'aimerais encore considérer les résultats d'entretien en lien avec la promotion de la santé en reprenant une phrase de Metrailler (2006) : « *Un accompagnement professionnel est un outil de prévention* ». (p.56)

Deux soignantes insistent sur le fait que si les femmes étaient bien informées des risques et des conséquences de la césarienne pour elles et leur enfant, elles ne choisiraient pas cette façon de donner naissance.

Dans le livre « communication et promotion de la santé » (1998), on parle des facteurs déterminants sur lesquels peut agir le soignant ; il s'agit de « *la perception du risque encouru et celle du rapport coût/bénéfice du comportement préventif relatif à ce risque.* » (p.28) C'est-

à-dire que le soignant doit constamment peser « le pour et le contre » entre le choix de la patiente et les bénéfices de celui-ci.

Cela dit, il n'est pas évident ensuite de sensibiliser la personne parce qu'il ne suffit pas de lister une série de risques, il faut rendre notre information accessible à la personne sinon cela équivaut à « jeter une bouteille à la mer ».

Donc, Mme C nous met sur la piste d'aller chercher chez la femme tout le potentiel qu'elle a en elle, ses ressources pour lui faire saisir le message qu'on voudrait passer. La soignante cherche à décentrer la femme de la consommation d'un acte chirurgical pour favoriser plutôt une implication personnelle de sa part dans le « devenir mère ».

## 7 Perspectives infirmières

Cette recherche m'a permis de mettre en évidence les éléments importants dans l'accompagnement des femmes, futures mamans, dans un processus de décision concernant la façon dont elles veulent donner naissance à leur enfant. Dans un premier temps, j'ai pu constater que les sages-femmes étaient plus expérimentées dans ce genre de situation en terme de prise en charge de la patiente. C'est également ce qui ressort de mes entretiens, je remarque que la réflexion et les perspectives de la sage-femme sont nettement plus poussées que celles de l'infirmière. Mais soyons clairs, ces entretiens ne me permettent pas d'en tirer une généralité bien que j'imagine qu'ils sont plutôt représentatifs de la réalité. Je me permets d'exprimer cette idée parce que l'infirmière se forme pendant quatre ans pour recevoir un diplôme en soins généraux et non en soins spécifiques autour de la maternité. Bien qu'il lui est tout à fait possible de travailler des situations de soins en maternité, et ceci déjà lors de sa formation, afin de démontrer son positionnement professionnel dans le cadre des évaluations HES. J'affirme cela puisque tel est mon cas, je me suis beaucoup intéressée à ce corps de métier et j'ai eu les opportunités de toujours démontrer mes compétences dans les situations qui touchent à des problématiques de la maternité et ceci jusqu'à mon travail de recherche.

Lors de mes derniers stages en maternité j'ai également pu constater que, dans le service où j'étais, les infirmières étaient très intégrées dans les soins et la prise en charge des mamans et de leurs nouveau-nés. Je me rends bien compte que ce n'est pas le cas dans tous les services de maternité où l'on trouve la plupart du temps des tâches très différenciées entre infirmières et sage-femmes. Ma conception des soins infirmiers privilégierait une prise en charge globale de la patiente et donc que l'infirmière connaisse tous les soins spécifiques à la maternité en laissant tout de même à la sage-femme sa place et les soins qui lui sont propres. Cela m'amène à dire que les compétences de la sage-femme peuvent être, pour la plupart, transférables à l'infirmière hormis celles pour lesquelles la sage-femme a été spécifiquement formée, comme par exemple aider à l'accouchement ainsi que certains soins gynécologiques etc.

Pour en revenir à l'accompagnement des femmes dans la prise de décision du mode d'accouchement, je pense que l'infirmière peut déployer ses compétences au gré de ses envies. Il est vrai que des moments comme les cours de préparation à la naissance sont d'excellentes occasions pour partager du temps et des discussions avec les femmes ou les couples en questionnement. Il est vrai également que ces cours sont en général donnés par une sage-femme diplômée et que l'infirmière n'a toujours pas sa place ici.

Or, là où je vois une opportunité ainsi que des conditions idéales pour l'infirmière de partager et d'accompagner la future maman, c'est lors des rencontres prénatales tels que les consultations ambulatoires. Dans ces consultations, il s'agit pour la plupart du temps de poser une perfusion de fer ou autres gestes spécifiques aux soins infirmiers et qui seront souvent accomplis par une infirmière. Ce moment est idéal pour aborder le sujet avec la patiente car elle sera disponible environ 30 minutes, le temps de la consultation et souvent elles n'ont rien d'autre à faire que d'attendre que le temps passe. En revanche, l'infirmière doit bien gérer son temps en conséquence de sa charge de travail.

Et alors ?

A ce stade de la recherche je peux déjà mettre en évidence certains éléments clés de ma recherche. A travers les témoignages des soignantes, il semble que l'on peut saisir les

principales raisons du choix de la césarienne fait par les mamans. Il s'agit avant tout de la peur et du manque d'information autour de l'événement de la naissance. Donc on peut dire que les femmes manquent d'informations. A qui le rôle d'informer ? Une soignante pense que ce rôle revient avant tout au médecin gynécologue alors que les deux autres pensent que c'est de leur rôle propre qu'il s'agit.

Il apparaît que le rôle d'informer n'est pas uniquement de la « pure information » mais va bien au delà de ça ; il s'agit de promouvoir la santé. L'accompagnement doit être personnalisé et son intérêt de la patiente doit pouvoir être capté. Pour ce faire l'infirmière doit pouvoir se mettre au niveau de la personne, la rejoindre dans un même langage et pour de mêmes objectifs ; trouver une solution adaptée à la situation et qui sera la meilleure pour la santé de la femme ainsi que pour l'enfant.

Lorsque j'accompagne je ne tenterais pas de faire adhérer la femme à mes idées mais je chercherais à exploiter les siennes.

Une des soignantes parle de conflit de valeurs dans certaines situations. Dans ce cas, il faut savoir mettre de côté ses représentations et ses valeurs personnelles pour accueillir celles de la patiente. C'est ce que j'appellerais être une infirmière « pâte à modeler ». Je deviens l'objet médiateur de la situation comme le disait Tortonese (2007). Il est d'ailleurs important d'avoir un positionnement personnel dans chaque situation, c'est ce qui nous permet d'exister « dans une autre forme ». J'aime bien l'idée de la pâte à modeler car je deviens alors « malléable mais résistante car j'ai une mémoire de forme. » De plus, chaque patiente est différente et l'infirmière doit pouvoir adapter ses attitudes, ses compétences, ses techniques et ses outils d'intervention.

Dans l'accompagnement, l'infirmière est avant tout une partenaire. Elle sait mettre ses connaissances et ses expériences autour de la naissance à profit de la maman tout en gardant l'humilité de « ne pas savoir à la place de l'autre. » C'est-à-dire que chaque situation est une occasion d'apprentissage puisque l'accompagnant est lui-même aussi accompagné. C'est pourquoi je pense que l'infirmière se doit d'être ouverte à chaque situation même lorsqu'un conflit de valeurs se présente. Dans son positionnement professionnel elle doit savoir mettre de côté ses représentations pour faire place à celles de la patiente. J'en reviens à l'image de l'infirmière « pâte à modeler » ; être malléable mais résistant en gardant une mémoire de forme.

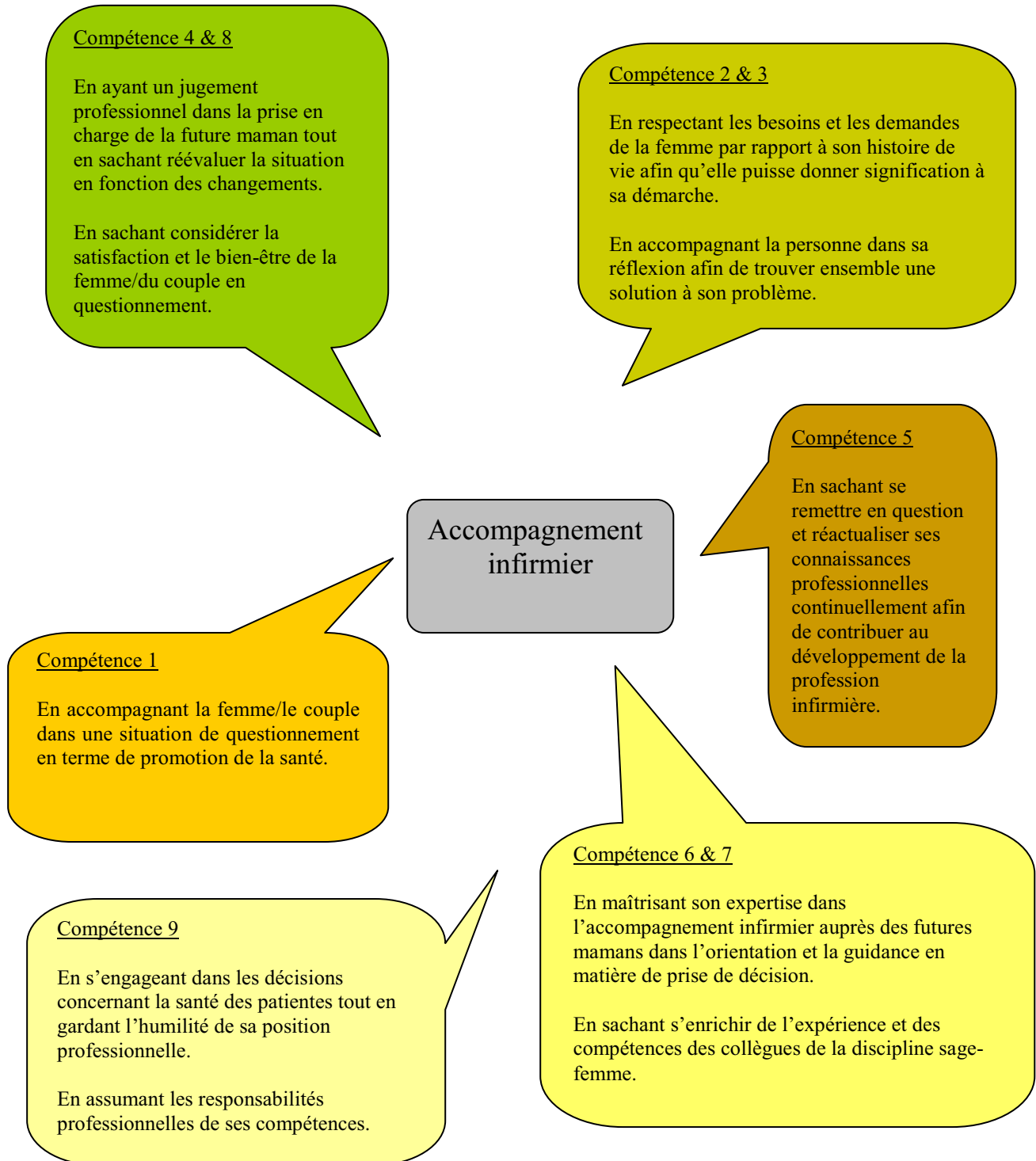
Ces entretiens m'ont permis de faire émerger la collaboration entre professionnels de la santé et futures mamans dans le processus décisionnel du mode d'accouchement c'est pourquoi je pense que le partenariat entre ces deux acteurs est essentiel et ceci quelle que soit la situation. L'infirmière doit pouvoir poser un cadre de relation entre la patiente et elle-même afin de pouvoir avancer ensemble et dans le but de promouvoir au mieux la santé de l'autre.

Comprendre les situations de vies des futures mamans ainsi que les choix qu'elles font fait partie des compétences de l'infirmière. Plus encore, son rôle dans l'accompagnement et son implication dans la prise en charge doit représenter un soutien et une aide pour la future maman pour la guider dans ses choix.

L'infirmière doit pouvoir adapter son offre en soins dans toutes les situations et en les considérant dans sa globalité. Pour moi, comme future professionnelle j'ai mis ces compétences en lien avec celles de la haute école de santé La Source (annexe 4).

Je développe celles qui me semblent primordiales dans l'accompagnement et la guidance dans la prise de décision des femmes.

J'expose ces compétences sous forme de schéma pour démontrer de quelle façon elles s'imposent dans la prise en charge infirmière en terme d'accompagnement de la clientèle. Ces compétences font partie des exigences de niveau pour les étudiants en soins infirmier de 4<sup>ème</sup> année ;



Dans la mesure où j'aimerais mettre mon travail de recherche au profit des autres je me suis également demandée ce qu'est le but de ce travail ? Qu'est-ce qu'il va devenir et à quoi va-t-il servir ?

Cette recherche permet de relever l'importance du travail infirmier dans le milieu de la maternité en terme d'accompagnement et d'information afin de pouvoir être une ressource pour la patiente.

Je donnerais un exemplaire de cette recherche à la personne qui évaluera mon travail lors de la soutenance et qui occupe une place de sage-femme en maternité. Cela permettra aux autres professionnels du service d'en prendre connaissance selon leur envie et pourquoi pas considérer certains aspects de la recherche comme références dans le processus d'accompagnement..

J'aimerais également que ce travail puisse servir de « référence santé » pour les femmes/les couples, futurs parents qui se posent des questions sur les différentes façons de donner naissance à leur enfant ainsi sur que les risques et les bénéfices autour de cet événement. J'espère par là que mon travail puisse être consulté par des personnes susceptibles de se poser les mêmes questions que moi.

## 8 Critique de la recherche et conclusion

Arrivant au terme de mon travail de recherche, je tiens à porter un regard critique sur l'ensemble du travail ainsi que sur certains éléments en particulier. A ce niveau du travail, mes sentiments sont partagés, un certain apaisement de me voir arriver au terme de ma recherche et en même temps une certaine nostalgie. Je vois encore tant d'aspects que j'aurais pu/voulu explorer autour de cette recherche.

### 8.1 En regard de la méthode de recherche

Etant donné que ce travail de fin de formation a pour but de nous initier à la recherche, je pense qu'il est inévitable que le premier exemplaire soit fort à critiquer. En effet, plus j'avais avancé dans ce travail, plus j'avais envie d'aller explorer d'autres pistes, d'élargir mon étude, d'introduire de nouveaux angles, etc. Or, au fil du temps il m'a fallu recentrer systématiquement mes intentions et faire des « deuils » afin de garder le fil rouge de ma recherche. J'estime y être arrivée.

Par exemple, au début de ma recherche mon avis sur la césarienne était tellement arrêté que j'avais envie de mettre en évidence tous les aspects négatifs de cette intervention. Or, au fil de mon étude je me suis rendue compte qu'il y avait plus important que ce que j'en pense ; ce que les femmes concernées en pensent et ce qu'elles vivent en lien avec cette idée. J'ai donc dû laisser tomber un bon nombre de recherches, fort intéressantes d'ailleurs, qui ne s'inscrivaient plus dans les objectifs de ma recherche.

Il m'a été difficile également de définir la population sur laquelle je voulais baser mon étude. De nouveau, je voulais initialement me baser sur le vécu des femmes par rapport à ma problématique mais cela ne m'a pas été possible, d'une part par manque de temps, d'autre part parce que ce qui m'intéressait finalement c'était l'axe infirmier et l'étude était donc à considérer sous un angle de soignant.

En interrogeant ces trois soignantes, j'ai été passionnée par ce qu'elles pouvaient me dire ; leurs expériences, leurs avis, leurs connaissances, j'ai été stimulée par toutes ces paroles. Or, je dois rester consciente que les résultats de mes entretiens ne sont pas significatifs de l'ensemble de la population soignante puisque trois entretiens ne sont pas suffisants pour en tirer de telles conclusions.

Malgré ces limites, j'ai pu faire un travail formidable avec l'aide de ma directrice de mémoire, des personnes ayant répondu à mes entretiens ainsi que certaines personnes qui m'ont aidé à me réorienter dans ma recherche. J'ai finalement pu recueillir des informations très riches qui m'ont permis de soutenir l'ensemble de mon travail.

### 8.2 En regard du contenu de ma recherche

Si je considère ma problématique de départ et ma question de recherche, je pense qu'à travers les résultats d'entretiens et la discussion il a été démontré comment l'accompagnement des futures mamans se passe et comment les soignants s'y prennent pour les orienter dans leurs choix. On peut dire que les soignantes interrogées s'impliquent beaucoup dans la relation et l'enseignement auprès de futures mamans en terme d'accompagnement et de promotion de la santé. A nouveau, ces résultats ne sont pas exhaustifs mais je pense qu'ils sont néanmoins relativement proches de la réalité et donc plutôt représentatifs de ce qui se passe dans ces prises en charge.

Au début de ma recherche je pensais qu'il me serait difficile de faire le lien entre le travail de la sage-femme et celui de l'infirmière mais je pense aujourd'hui que l'infirmière a toute sa place dans ce qui est de l'accompagnement et l'aide à la prise de décision. Bien qu'elle soit relativement limitée dans son action, puisque la sage-femme occupe une grande place en maternité, je reste persuadée que l'infirmière a un rôle à jouer en matière d'information et de guidance dans la prise de décision, ne serait-ce qu'en abordant les femmes par une question ouverte qui permettrait l'ouverture du dialogue. De plus, il ne suffit pas de la tenue blanche pour défendre son rôle mais je pense que l'infirmière se doit d'avoir ce positionnement professionnel hors du contexte hospitalier et saisir toute occasion d'enseignement et de promotion de la santé.

Plus j'avancerais dans mon travail, plus je me rapprochais de ma question de recherche ainsi que de mes objectifs. Pourtant, je pense que je n'ai pas pu y répondre de manière achevée mais les éléments apportés peuvent servir de fil conducteur pour ouvrir de nouvelles pistes de réflexion ou de nouvelles recherches dans les soins infirmiers. Par exemple, il serait intéressant de pouvoir davantage connaître les raisons des césariennes de confort et comment cela se passe dans d'autres pays et d'autres cultures afin de pouvoir en faire une comparaison et une analyse des fonctionnements de société.

Les enjeux économiques concernant les naissances dans le milieu hospitalier serait également une piste intéressante à explorer. Découvrir l'implication des institutions et des professionnels en regard de l'aspect financier serait certainement révélateur dans ces changements de société que nous connaissons actuellement. Il serait intéressant, par une recherche, de pouvoir accéder à des chiffres et non de s'arrêter aux représentations et aux « on dit que ».

Je n'ai pas tenu compte de l'âge des femmes ni de leur culture ce qui pourrait également changer les résultats de mon étude en sachant qu'une femme de plus de 40 ans a plus de chances de se voir proposer une césarienne que de pouvoir vivre un accouchement par voie basse.

Je fais émerger certains risques de la césarienne pour le nouveau-né et ceci en me basant sur les études menées par Michel Odent. Or, je ne développe pas d'avantage ces aspects car cette piste ne s'inscrit pas dans mes objectifs de recherche. Mais il serait intéressant de pouvoir explorer plus profondément les enjeux de la césarienne, en terme de facteurs de risques, sur le développement psychique de l'enfant. Dans la même idée, rapprocher l'accouchement à un phénomène quasi « animal » ferait certainement ressortir des éléments intéressants de la physiologie de l'accouchement par voie basse.

Une question qui serait intéressante à creuser encore pourrait être de l'ordre de la comparaison du taux de césariennes sur demandes en établissement publique à celui en établissement privé ainsi que l'exploration des différents plateaux techniques.

Arriver au terme de ce mémoire de fin d'étude est pour moi comme arriver au sommet d'une montagne. Au début, des incertitudes à y arriver et à la fin, beaucoup de satisfaction à admirer le paysage vu d'en haut. Encore un peu le vertige étant donné le peu d'expérience que j'ai en la matière mais finalement presque envie d'un nouveau défi...



## 9 Bibliographie

### Livres

- ALLIN - PFISTER, A.-C. (2004) *Travail de fin d'études, clés et repères*. Paris, Editions Lamarre.
- BONTEMPS, R. & CHERBONNIER, A. & MOUCHET, P. & TREFOIS, P. (1998) *Communication et promotion de la santé*. Bruxelles, Editions Question Santé.
- GIROUX, S. & TREMBLEY, G. (2002) *Méthodologie des sciences humaines – La recherche en action*. Canada, Editions du Renouveau Pédagogique.
- HUCH, A. & BENZ, J. (1995) *Checklist – Obstétrique*. Paris, Editions Vigot.
- LEBOYER, F. (1976) *Shantala – un art traditionnel, le massage des enfants*. Paris, Editions du Seuil.
- LE BRETON, D. (1995) *Anthropologie de la douleur*. Paris, Éditions Métailié
- MAURER, W. (2004) *Mère et bébé l'un contre l'autre- du processus d'attachement à l'appartenance sociale*. Barret-sur-Méouge, Editions Le Souffle d'Or.
- MENEUX, E. (2002) *L'accouchement par césarienne*. Paris, Editions Masson.
- MEYER, S. (2005) *Osons en parler ! – connaître son intimité, source de plaisir et de désirs, gérer et traiter les problèmes d'incontinence*. Lausanne, Editions Favre SA.
- MONTAUD, B. (1997) *L'accompagnement de la naissance*. St Nicolas de la Balerne, Editions EDIT'AS.
- ODOT, M. (2004) *Le fermier et l'accoucheur*. Paris, Editions Médicis
- ROBERT, P. (2003) *Le Petit Robert – Dictionnaire*. Paris, Editions Dictionnaires Le Robert.
- SAMAMA, G. (1983) *L'infirmière de salle d'opération*. Paris, Editions Maloine.
- WINCKLER, V. (1985) *Actes de naissance*. Paris, Editions du Centurion.

### Sites Internet

- IRION, O. & MORALES, D. & FALTIN, D. & BOULVAIN, M. « La revue de formation continue » In revue médicale suisse, N° 40 Service d'obstétrique (HUG) « *L'épidémie de césarienne : un mal nécessaire ?* » (En ligne) <http://www.revmed.ch/article.php3?sid=30781> (Page consultée le 13 novembre 2007)
- PERRIN, E. (2006) « Corps, sport et souffrance : L'accouchement est-il un exploit sportif ? ». In Haute école de la santé. Unité de psychiatrie de liaison. Département de psychiatrie (HUG) *Quel sens revêt la douleur de l'accouchement ?* (En ligne) <http://www.hecvhsante.ch/Portals/0/docs/pratique/Archives/Journ%C3%A9e%206%20nov%2006/Corps%20sport%20et%20souffrance%20%20E%20%20Perrin.pdf> (Page consultée le 20 octobre 2007).
- Association FAMIDAC (2005) « L'association des accueillants familiaux et de leurs partenaires » In L'accueil familial en revue, N°7 – juin 1999 (extrait) « *Glossaire "Accompagnement"* » (En ligne) <http://www.famidac.net/article184.html> (Page consultée le 27 novembre 2007)
- Portail vivant au service des parents (2007) « Grossesse et maternité » In [www.mamanpouurlavie.com](http://www.mamanpouurlavie.com) « *Réflexions sur la naissance et l'accouchement* » (En ligne) [http://www.mamanpouurlavie.com/fr/editoriaux/statique/editoriaux\\_225.html](http://www.mamanpouurlavie.com/fr/editoriaux/statique/editoriaux_225.html) (Page consultée le 3 décembre 2007)

- Regard conscient (2007) « La force de faire face à notre histoire » In regardconscient.net « Césarienne et santé primale » (En ligne) <http://www.regardconscient.net/archi06/0610odent.html> (Page consultée le 3 décembre 2007)

## Articles

- GERNIGON, M. (2002) « Variations sur le thème de l'accompagnement », in Education permanente, supplément EDF/GDF, p.7-14.
- ROSSET, F. (2007) « Un bébé dans l'agenda », in Fémina, N° 38, p. 53-54.
- HOLFELD, P & MARTY, F. (2004) « Césarienne élective et demande maternelle », in Médecine et hygiène, N° 2503, p.2201-2205.
- HUBER, J.-F. (2005) « La césarienne, un choix comme un autre ? » in Le Temps.
- METRAILLER, J. (2006) « Mourir avant de naître » in Soins infirmiers, N° 10, p. 55-56.
- MOULIAS, R. (2006) « Droit au choix, droit au risque », in Gérontologie, N° 140, p.40
- ODENT, M. (2005) « Jusqu'où mène l'hyper médicalisation de la naissance ? » in Sage-femme.ch, 4/2005, p. 30-33.
- RENARD, F. & DECCACHE, A. (2004). « La santé des adolescent dans une perspective de « promotion de la santé » : quels outils pour quelles actions ? » in *Education et Santé*, no 190, p.10-11.
- REBOUL, P. (2007) « Jusqu'où être soi-même dans l'accompagnement » in Revue de la Fédération, N° 89, p. 9-17.
- TORTONESE, M. (2007) « L'accompagnement infirmier comme médiation thérapeutique », in Soins Psychiatrie, N° 250, p.41-45.

## Documents

- LE PARLEMENT EUROPEEN, *Charte des droits de la parturiente* in Journal officiel des Communautés européennes. 8 juillet 1988.

<i>Comment se passe l'accompagnement des futures mères dans le processus de décision d'une césarienne de confort ?</i>			
Objectifs de la recherche	Concepts théorique	Questions	Dimensions
Identifier ce que les infirmières savent des raisons du choix de la césarienne de convenance.	Accompagnement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De manière générale, que pensez-vous de la césarienne de convenance ? (c'est « bien », c'est « pas bien », pourquoi ?)</li> <li>2. Pourquoi pensez-vous que les femmes sont séduites ou choisissent ce mode d'accouchement ?</li> <li>3. Au moment de la prise de décision, quels sont les besoins/demandes des futures mamans ? (guidance, aide à la prise de décision)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception grossesse et naissance</li> <li>- Peur</li> <li>- Egoïsme</li> <li>- Solitude</li> </ul>
Entrevoir comment les infirmières perçoivent les enjeux de la césarienne de confort sur la santé de la mère et de l'enfant en lien avec la promotion de la santé.	Promotion de la santé	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ces besoins, pensez-vous qu'ils soient prise en compte par le reste du monde médical ? (Gynécologues, institutions, etc.)</li> <li>5. La pratique de la césarienne de convenance a-t-elle des conséquences sur la santé de la maman en terme de promotion de la santé ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non, pourquoi ?</li> </ul> </li> <li>6. Et, qu'en est-il des besoins du bébé au moment de la naissance ?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins physiques et psychiques</li> <li>- Besoin de sécurité</li> <li>- Attachement</li> </ul>
Percevoir comment les infirmières considèrent leur rôle professionnel face au devoir d'informer.	Accompagnement et promotion de la santé	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pensez-vous que les femmes en sont toujours bien informées ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non, pourquoi ?</li> </ul> </li> <li>8. Pensez-vous avoir un rôle, un devoir en matière d'information ? Si oui, lequel ? (devoir d'informer, explication claire et complète du traitement, etc)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incertitude</li> <li>- Posture professionnelle</li> <li>- Etre vrai</li> </ul>
Saisir ce que signifie pour les soignants « accompagner » la femme dans le processus décisionnel du mode d'accouchement.	Accompagnement	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. En regard de ce qui précède, comment vous voyez-vous être une aide auprès des futures mamans dans le processus de prise de décision ?</li> <li>10. Comment votre expérience vous permet d'accompagner une future maman qui s'interroge sur la césarienne de convenance ? Quels sont les moyens que vous mettez en place ?</li> <li>11. Auriez-vous quelque chose à rajouter ?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorités/compromis</li> <li>- Technologie</li> <li>- Hiérarchie</li> <li>- Système sanitaire</li> </ul>

## Annexe 2

# Dossier d'information concernant la recherche

---

## Question de recherche (en l'état en Décembre 2007)

« Comment se passe l'accompagnement des futures mères dans le processus de décision d'une césarienne de convenance ? »

### Objet de recherche et son lien avec les soins infirmiers :

A travers cette recherche, je souhaite observer comment se positionnent les soignants face à la demande maternelle de la césarienne de confort. Je cherche également à identifier les actions qu'ils mènent auprès des futures mères qui s'interrogent sur le choix de cette pratique en terme d'accompagnement et d'aide à la prise de décision. Cette observation me permettra de définir mon rôle infirmier et d'ajuster ma pratique professionnelle en regard des besoins de la future mère et du bébé, et ceci dans le but de promouvoir la santé.

### **Démarche de recherche**

- **Terrain d'observation :** Milieu de la maternité (privé/public)
- **Population visée :** Soignants de la maternité (infirmières et infirmières/sage-femmes)
- **Outils d'investigation :** Entretiens avec les soignants.
- **Type de recherche :** Recherche qualitative

### Questions d'interview aux soignants :

1. De manière générale, que pensez-vous de la césarienne de convenance ?  
(d'après vous c'est « bien », c'est « pas bien », pourquoi ?)
2. Pourquoi pensez-vous que les femmes sont séduites ou choisissent ce mode d'accouchement ? Quelles en sont les raisons que vous percevez ?
3. Au moment de la prise de décision, quels sont les besoins/demandes des futures mamans ? (guidance, aide à la prise de décision)
4. Ces besoins, pensez-vous qu'ils soient considérés par le reste du monde médical ? (Gynécologues, institution, etc)
  - Oui
  - Non, pourquoi ?

5. La pratique de la césarienne de convenance a-t-elle des conséquences sur la santé de la maman en terme de promotion de la santé ?
  - Oui
  - Non, pourquoi ?
6. Et qu'en est-il des besoins du bébé au moment de la naissance ?
7. Pensez-vous que les femmes en sont toujours bien informées ?
  - Oui
  - Non, pourquoi ?
8. Pensez-vous avoir un rôle, un devoir en matière d'information ? Si oui, lequel ? (devoir d'informer, explication claire et complète du traitement, etc)
9. En regard de ce qui précède, comment vous voyez-vous être une « aide » auprès des futures mamans dans le processus de prise de décision ?
10. Comment votre expérience vous permet d'accompagner une future maman qui s'interroge sur la césarienne de convenance ? Quels sont les moyens que vous mettez en place ?
11. Auriez-vous quelque chose à rajouter ?

### Annexe 3

## Formulaire de consentement éclairé

---

### Question de recherche (en l'état en Décembre 2007)

*« Comment se passe l'accompagnement des futures mères dans le processus de décision d'une césarienne de convenance ? »*

### Objet de recherche et son lien avec les soins infirmiers :

A travers cette recherche, je souhaite observer comment se positionnent les soignants face à la demande maternelle de la césarienne de confort. Je cherche également à identifier les actions qu'ils mènent auprès des futures mères qui s'interrogent sur le choix de cette pratique en terme d'accompagnement et d'aide à la prise de décision. Cette observation me permettra de définir mon rôle infirmier et d'ajuster ma pratique professionnelle en regard des besoins de la future mère et du bébé, et ceci dans le but de promouvoir la santé.

Le/la soussigné/e :

- ❖ Certifie avoir été informé/e sur le déroulement et les objectifs de l'étude.
- ❖ Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- ❖ A été informé/e du fait qu'il/elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude, sans préjudice d'aucune sorte.
- ❖ A été informé/e que les données ne seront divulguées à personne sans son autorisation et seront traitées dans la plus stricte confidentialité.
- ❖ A été informé/e que l'entretien sera enregistré et que les bandes sonores seront détruites une fois le mémoire de fin d'étude terminé.

Le/la soussigné/e accepte donc de participer à l'étude mentionnée ci-dessus.

Nom, prénom et signature du/ de la volontaire :

---

---

---

Nom et coordonnées de l'étudiante :

---

---

---

Lieu et date :

---

---

## Annexe 4

### Les 9 compétences HES

Le niveau taxonomique de cette 4e année est compris dans les compétences telles qu'énoncées par la filière

**Quatrième année : maîtriser, concevoir, assumer, s'engager**

**Clientèle : le client, la famille, un ou des groupes de clients, une communauté**

**Compétence 1.** Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle

*L'étudiant :*

- 1.1. en définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en oeuvre.
- 1.2. en intégrant les nouvelles connaissances et méthodes adaptées aux soins infirmiers dans l'activité professionnelle.
- 1.3. en évaluant et créant des conditions permettant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne.
- 1.4. en accompagnant la clientèle dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.
- 1.5. en utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.
- 1.6. en élaborant et en proposant des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.
- 1.7. en créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.

**Compétence 2.** Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins

*L'étudiant :*

- 2.1. en considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.
- 2.2. en intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc).
- 2.3. en s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.
- 2.4. en mettant en oeuvre des capacités de communication verbale et non verbale.
- 2.5. en mettant en place et en maintenant le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel.
- 2.6. en offrant l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie par le client.
- 2.7. en utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
- 2.8. en faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client.

**Compétence 3.** Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

*L'étudiant :*

- 3.1 en évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé.
- 3.2 en initiant et en participant à des actions visant à favoriser la santé communautaire.
- 3.3 en favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier
- 3.4 en utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.
- 3.5 en cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées.

**Compétence 4.** Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions

*L'étudiant :*

- 4.1 en recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.
- 4.2 en ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.
- 4.3 en se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.
- 4.4 en actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
- 4.5 en se référant au cadre déontologique, éthique et légal et en participant à son développement.

**Compétence 5.** Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires

*L'étudiant :*

- 5.1 En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain.
- 5.2 en respectant les principes éthiques liés à la recherche.
- 5.3 en utilisant des méthodes de recherche adaptées à la problématique.
- 5.4 en participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.
- 5.5 en veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.

**Compétence 6.** Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire

*L'étudiant :*

- 6.1 en démontrant et en explicitant son expertise en soins infirmiers.
- 6.2 en organisant des actions de formation en fonction des besoins des personnes.
- 6.3 en encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs prestations.
- 6.4 En accompagnant les professionnels des soins et les stagiaires nouvellement arrivés dans le lieu de soins et en participant à leur évaluation.
- 6.5 En accompagnant et en soutenant les personnes dans les processus de changement.
- 6.6 En s'appuyant sur les ressources de ses partenaires professionnels.

**Compétence 7.** Collaborer au fonctionnement du système de santé

*L'étudiant :*

- 7.1 En orientant la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé.



- 7.2 En contribuant de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent.
- 7.3 En recourant aux prestations et compétences des autres professionnels.
- 7.4 En participant au développement du réseau par ses propositions, innovations et questions.
  
- 7.5 En situant les réflexions relatives au système de santé dans leur contexte socioculturel, économique et politique.
- 7.6 En assumant ses prestations, ses prises de position et ses décisions.

**Compétence 8.** Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire

*L'étudiant :*

- 8.1 En évaluant la qualité des soins et l'efficacité professionnelle.
- 8.2 En développant et en adaptant des démarches, outils, méthodes et techniques d'évaluation de la qualité.
- 8.3 En prenant en compte la satisfaction objective et subjective de la clientèle.
- 8.4 En intégrant, dans sa pratique, les résultats et propositions des démarches qualité du système socio-sanitaire.

**Compétence 9.** S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier.

*L'étudiant :*

- 9.1 En assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.
- 9.2 En défendant des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.
- 9.3 En participant aux processus décisionnels concernant le domaine de la santé.
- 9.4 En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.
- 9.5 En communiquant le point de vue infirmier dans des manifestations interdisciplinaires (congrès, symposium, publications, etc.).