

**Faculté de santé publique**

# **L'influence de la dévolution des accouchements physiologiques sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes hospitalières.**

Mémoire réalisé par  
**Juliette Koller et Pauline Vanpee**

Promoteur·rice(s)  
**William D'Hoore**  
**Cecilia Scacchitti**

Année académique 2023-2024



**Faculté de santé publique**

# **L'influence de la dévolution des accouchements physiologiques sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes hospitalières.**

Mémoire réalisé par  
**Juliette Koller et Pauline Vanpee**

Promoteur·rice(s)  
**William D'Hoore**  
**Cecilia Scacchitti**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Nous sommes reconnaissantes envers toutes les personnes qui nous ont soutenues et ont contribué à l'élaboration de notre mémoire en cette fin de parcours de Master en santé publique.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier le Professeur William d'Hoore et Madame Cecilia Scacchitti, nos promoteurs. Nous sommes très reconnaissantes de leur soutien continu, leurs conseils précieux et leur disponibilité sans faille à chaque étape de ce projet qui, sans eux, n'aurait pu être réalisé.

Ensuite, nous tenons à montrer notre gratitude envers l'ensemble de l'équipe pédagogique de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain, dont l'encadrement a joué un rôle essentiel dans le développement de notre réflexion scientifique et personnelle.

Enfin, nos remerciements s'adressent également à toutes les sage-femmes et le gynécologue qui ont généreusement partagé leur expertise et leur temps pour enrichir cette recherche, témoignant ainsi de leur confiance en nous.

## Avant-propos

### Le plagiat

*Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

### Outils

Par ailleurs, nous avons utilisé divers outils afin de nous assister dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Parmi ces outils, nous avons eu recours à DeepL afin de faciliter notre compréhension de certaines revues scientifiques rédigées en anglais. Nous tenons à souligner que ces outils ont été utilisés uniquement dans le but de traduire des documents identifiés comme pertinent pour nos recherches.

En outre, nous avons également eu recours à ChatGPT et QuillBot, des intelligences artificielles. Cette utilisation s'est limitée à des tâches de reformulation de certains passages et non à la génération de contenu original.

Enfin, l'outil AmberScript nous a été d'une aide modérée lors de la retranscription des entretiens.

## Table des matières

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                                                                   | 1  |
| 1. Revue de littérature .....                                                                                       | 3  |
| 1.1 Mise en lumière du concept de satisfaction professionnelle .....                                                | 3  |
| 1.1.1 La théorie de Locke .....                                                                                     | 3  |
| 1.1.2 Conception multidimensionnelle .....                                                                          | 3  |
| 1.1.3 La satisfaction professionnelle des soignants .....                                                           | 5  |
| 1.1.4 Le cas particulier des sage-femmes .....                                                                      | 6  |
| 1.2 La sage-femme et l'art de l'accouchement.....                                                                   | 8  |
| 1.2.1 La profession de sage-femme .....                                                                             | 8  |
| 1.2.2 L'essor des accouchements médicalisés face aux accouchements physiologiques : défis pour les sage-femmes..... | 10 |
| 2. Problématisation.....                                                                                            | 15 |
| Méthodes.....                                                                                                       | 17 |
| 1. Le protocole de recherche .....                                                                                  | 17 |
| 1.1 Type d'étude .....                                                                                              | 17 |
| 1.2 Population d'étude.....                                                                                         | 17 |
| 1.2.1 Stratégie d'échantillonnage.....                                                                              | 17 |
| 1.2.2 Recrutement .....                                                                                             | 18 |
| 1.2.3 Description de l'échantillonnage obtenu .....                                                                 | 19 |
| 1.3 Collecte des données .....                                                                                      | 22 |
| 1.3.1 Méthode de collecte des données.....                                                                          | 22 |
| 1.3.2 Elaboration du guide d'entretien.....                                                                         | 22 |
| 1.3.3 Analyse des données .....                                                                                     | 23 |
| Résultats.....                                                                                                      | 25 |
| 1. Expérience personnelle du métier de sage-femme.....                                                              | 25 |

|       |                                                                             |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1   | Vision du métier .....                                                      | 25 |
| 1.2   | Orientation de carrière .....                                               | 26 |
| 1.2.1 | Critères dans le choix de carrière .....                                    | 26 |
| 1.2.2 | Réorientation professionnelle.....                                          | 27 |
| 2.    | La satisfaction professionnelle.....                                        | 28 |
| 2.1   | Avis global.....                                                            | 28 |
| 2.2   | Les facteurs de satisfaction professionnelle .....                          | 29 |
| 2.2.1 | Reconnaissance .....                                                        | 29 |
| 2.2.2 | Autonomie/liberté d'action .....                                            | 30 |
| 2.2.3 | Variété des tâches.....                                                     | 30 |
| 2.2.4 | Accompagnement global.....                                                  | 31 |
| 2.2.5 | Equipe.....                                                                 | 31 |
| 2.3   | Les facteurs d'insatisfaction professionnelle.....                          | 32 |
| 2.3.1 | Les contraintes organisationnelles .....                                    | 32 |
| 2.3.1 | Le respect d'une temporalité .....                                          | 33 |
| 2.3.2 | La perte de sens .....                                                      | 34 |
| 3.    | La pratique de l'accouchement eutocique au sein du milieu hospitalier ..... | 35 |
| 3.1   | Organisation.....                                                           | 35 |
| 3.1.1 | En pratique .....                                                           | 35 |
| 3.1.2 | Collaboration avec le corps médical .....                                   | 36 |
| 3.2   | La dévolution de l'accouchement eutocique .....                             | 37 |
| 3.2.1 | Avis général.....                                                           | 37 |
| 3.2.2 | Avantages .....                                                             | 38 |
| 3.2.3 | Limites.....                                                                | 39 |
| 3.3   | Impact sur la satisfaction .....                                            | 41 |
| 4.    | La dévolution des accouchements eutociques : une réalité proche ?.....      | 43 |
| 4.1   | Avis global.....                                                            | 43 |

|       |                                                             |    |
|-------|-------------------------------------------------------------|----|
| 4.2   | Reconfiguration organisationnelle.....                      | 45 |
| 4.2.1 | Conditions organisationnelles .....                         | 45 |
|       | Discussion .....                                            | 47 |
| 1.    | Synthèse des résultats en regard de la littérature .....    | 47 |
| 2.    | Forces.....                                                 | 52 |
| 3.    | Limites .....                                               | 53 |
| 4.    | Perspectives.....                                           | 54 |
|       | Conclusion .....                                            | 56 |
|       | Bibliographie.....                                          | 58 |
|       | Annexes.....                                                | 65 |
|       | Annexe 1 - Guides d'entretiens .....                        | 65 |
| 1.1   | Guide d'entretien sage-femme.....                           | 65 |
| 1.2   | Guide d'entretien gynécologue.....                          | 67 |
|       | Annexe 2 – Tableau thématique d'analyse des entretiens..... | 68 |

## Introduction

Le modèle et la vision de l'accouchement au sein de la société est en forte mouvance depuis quelques années. Face à un sentiment de surmédicalisation caractérisé par des soins médicaux qui seraient trop nombreux, parfois inutiles, voire nocifs, il est nécessaire d'envisager un retour à un modèle plus physiologique de prise en charge (Edmonds, Ivanof & Kafulafula, 2020). Les attentes des femmes elles-mêmes semblent évoluer dans ce sens, caractérisées par un désir profond de participation active et de prise en charge de leur propre accouchement (Guilloux, 2021).

A travers cette tendance, l'offre de soins périnataux est en constante évolution et s'est diversifiée, notamment par des alternatives à la naissance médicalisée, telle que celle dispensée par des sage-femmes, conformément aux recommandations de l'OMS et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (Boucher, communication personnelle). L'avantage que peut représenter l'accouchement par la sage-femme pour la mère et le bébé a été au centre de nombreuses études internationales (Tency, Vendeputte & Rothmann, 2023). En effet, les femmes qui bénéficient de modèles de soins obstétricaux dirigés par des sage-femmes ont moins fréquemment recours à des interventions médicales telles que l'analgésie péridurale et les accouchements instrumentalisés. Parallèlement, elles expriment une plus grande satisfaction à l'égard de leurs soins, tout en maintenant des niveaux de sécurité comparables à d'autres modèles de soins (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016 ; Tency et al., 2023). Par ailleurs, les prestations des sage-femmes semblent présenter un bon rapport entre coût et efficacité, ce qui est non négligeable dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

Par conséquent, certains pays n'hésitent pas à encourager et réglementer la physiologie de l'accouchement. La Suisse, par exemple, a pour projet d'ici 2030, le déroulement de 30 % des accouchements sans complications dans des établissements offrant des modèles supervisés par des sage-femmes ou à domicile (Gerhard, 2023). L'OMS soutient le rôle de la sage-femme en tant que gardienne de l'eutocie, les désignant comme le groupe professionnel le mieux qualifié pour superviser les grossesses et les accouchements qui se déroulent sans complication, tout en étant capables de détecter les risques et les complications éventuelles (Di Mario, 2005). Néanmoins, chez nous, l'autonomie des sage-femmes dans l'accompagnement du travail et

l'accouchement est encore restreinte et peu reconnue des autorités et du public (Tency et al., 2023).

En Belgique, la région bruxelloise souhaite à son tour encourager ce modèle de soins avec la création d'une nouvelle réglementation concernant la création et le rattachement d'un gîte de naissance ou plateau technique pour tous les hôpitaux bruxellois possédant une maternité d'ici septembre 2024. Cette décision des pouvoirs publics bruxellois est une initiative prometteuse pour les femmes souhaitant bénéficier de ce genre de suivi (Durant, 2024). L'initiative se montre aussi avantageuse pour la reconnaissance des sage-femmes. En effet, le métier de sage-femme, bien qu'essentiel, a du mal à se faire connaître et à être valorisé comme d'autres professions du domaine médical. (Walheer, 2024).

Néanmoins, outre une possible meilleure reconnaissance du métier de sage-femme et un meilleur intérêt pour les parents, il serait pertinent de s'intéresser également aux intérêts de ce modèle de soins sur le bien-être professionnel des sage-femmes. En effet, la satisfaction professionnelle est un concept clé dans le domaine de la santé, ayant des implications profondes sur la qualité des soins dispensés, la rétention du personnel et, ultimement, sur les résultats de santé des patients (Haute Autorité de Santé [HAS], 2016).

Ce mémoire cherche donc à enrichir le débat sur l'organisation des offres de soins périnataux en étudiant les diverses facettes de la satisfaction professionnelle des sage-femmes dans le contexte de la dévolution des accouchements eutociques, tout en proposant des pistes de réflexion pour améliorer les conditions de travail des sage-femmes et la qualité des services obstétricaux.

# 1. Revue de littérature

## 1.1 Mise en lumière du concept de satisfaction professionnelle

### 1.1.1 La théorie de Locke

Le concept central de cette étude est la satisfaction au travail. Ce concept est largement utilisé dans la littérature mais parfois incompris. Il est surtout utilisé dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de la psychologie du travail. Ce concept se confronte à plusieurs définitions et à plusieurs courants de pensées. Néanmoins, la théorie de la divergence de Locke (1969) semble constituer le socle théorique sur lequel s'est bâti l'important ensemble de travaux relatifs à la satisfaction au travail (Le Flanchec, Mullenbach & Rojot, 2015).

Selon Locke, la satisfaction professionnelle se définit comme « un état émotionnel plaisant ou positif résultant de l'évaluation personnelle de son propre travail ou de ses expériences de travail » (Locke, 1976, p.1300 cité par Kilic, 2018, p.23). Elle serait donc essentiellement une réponse à une comparaison entre ce que l'individu perçoit de son travail et ce qu'il estime être en droit de recevoir (Kilic, 2018).

Ce concept a beaucoup évolué au fil des années en fonction des divers courants de pensées en psychologie industrielle et organisationnelle. Ainsi, alors que dans les années 20, la satisfaction professionnelle était principalement conditionnée par les conditions physiques et salariales liées à l'emploi, de nombreux autres facteurs, dont certains liés au management, sont venus s'ajouter au fil du temps. Finalement, dans les années 1970, à travers la théorie de Locke, la satisfaction au travail est devenue une question de responsabilités professionnelles, d'opportunités de développement d'habiletés et de défi intellectuel. Cette évolution suggère que les attentes des travailleurs ont changé au fil du temps et que des facteurs plus complexes influencent désormais la satisfaction au travail (Déry, 2018).

### 1.1.2 Conception multidimensionnelle

Selon Le Flanchec et al (2015), la satisfaction professionnelle peut être considérée comme un concept tridimensionnel :

- Dimension cognitive : elle se concentre sur ce que l'individu sait ou pense savoir sur son travail, y compris les informations dont il dispose et ses opinions.

- Dimension affective : elle met l'accent sur les émotions ressenties à l'égard de son travail ; elle associe les sentiments et les émotions ressenties par l'individu.
- Dimension conative : elle comprend une intention d'agir en faveur du travail ou une disposition à agir.

De même, la littérature distingue fréquemment les facteurs influençant la satisfaction en deux catégories :

- Les facteurs extrinsèques, c'est-à-dire les facteurs extérieurs au travail plutôt liés à l'environnement du travail ou encore au rapport entre l'employé et son entreprise. On retrouve notamment les conditions de travail telles que la rémunération, la stabilité de l'emploi ou encore la balance entre la vie privée et professionnelle. Ce dernier critère fait partie des préoccupations plus récentes de notre société, les études à ce sujet sont en plein développement (Le Flancher et al., 2015 ; Kilic, 2018).
- Les facteurs intrinsèques, c'est-dire les facteurs liés au contenu et caractéristiques du travail et à la personne elle-même comme l'autonomie professionnelle, le sens et la variété du travail et l'ambiance au sein de l'équipe (Le Flancher et al., 2015 ; Kilic, 2018).

Ces multiples critères, influençant plus ou moins la satisfaction professionnelle de chaque travailleur en fonction de ses besoins, de ses désirs et de ses aspirations individuelles, peuvent être étudiés pour chaque aspect du travail (Kilic, 2018).

Les études portées sur la satisfaction professionnelle ont démontré que cette dernière influence positivement la performance, l'engagement vis-à-vis de son organisation ou encore le bonheur dans la vie en général. Entre autres, elle porte également une bonne influence envers l'absentéisme, et le taux de stress perçu par le travailleur (Tavani, Lo Monaco & Collange, 2019).

### 1.1.3 La satisfaction professionnelle des soignants

La satisfaction professionnelle des soignants<sup>1</sup> est un sujet de préoccupation important dans de nombreux pays d'Europe. Cela peut s'expliquer premièrement par le fait que la santé est un des secteurs prédominants de la sphère publique (Estryn-Béhar, 2008). En terme humain, ce secteur emploie 13% de la population active belge (Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE], 2021). Néanmoins, le secteur de la santé est en difficulté depuis quelques années. Il s'agit d'un secteur distinct du marché du travail, qui dès lors, est exposé à des défis quasi spécifiques au domaine de la santé. Par exemple, on rencontre une importante pénurie de soignants dans les hôpitaux due à un problème de rétention du personnel, de burn-out et un manque de reconnaissance de tout le secteur (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, 2021). Selon un rapport du KCE, depuis 2009, l'insatisfaction des infirmier(e)s ne cessent d'augmenter. En 2019, 27% des infirmier(e)s se disaient insatisfaits de leur travail en Belgique (KCE, 2019).

Ce sentiment d'insatisfaction professionnelle ne se limite pas à contribuer à la pénurie de soignants. Elle comporte aussi des répercussions négatives sur la qualité des soins. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence la relation entre la satisfaction professionnelle, la performance et la qualité des soins (Randon, 2011). La compréhension de la satisfaction professionnelle et de ses déterminants est donc essentielle dans ce contexte (Estryn-Béhar, 2008).

Il semblerait que pour les soignants, les facteurs intrinsèques liés à l'environnement (latitude décisionnelle : niveau de responsabilité et d'autonomie, participation aux décisions et possibilité de développer ses compétences) et liés au contenu du travail (nature de la tâche) soient des facteurs prépondérants sur leur satisfaction au travail par rapport aux facteurs extrinsèques comme le salaire et les opportunités professionnelles (Déry, 2018 ; Masclet, 2010 ; Randon, 2011). En effet, l'autonomie au travail, le rôle du leadership et l'entente au sein de l'équipe de travail sont trois facteurs qui ont un impact significatif positif sur la satisfaction professionnelle des infirmières (Déry, 2018). Tandis que le stress, qui peut se manifester de diverses manières, est une cause importante de mécontentement professionnel (Peter et al., 2021). Il peut être lié à l'ambiguïté, au conflit et à la surcharge de rôle, ou il peut être davantage lié aux compétences et habiletés, au personnel, à l'environnement de travail physique et au

---

<sup>1</sup> Regroupe l'ensemble des professions réglementées des soins de santé (Services Publics Fédéraux [SPF] Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019)

respect de l'équipe (Kilic, 2018). De même, la satisfaction des soignants serait compromise par l'accomplissement de tâches non essentielles à la pratique des soins. Ainsi, ils ont une meilleure perception que le travail effectué a du sens lorsqu'ils réalisent majoritairement des activités constituant réellement leur pratique professionnelle. L'idée que le travail doit avoir du sens contribue à un sentiment d'accomplissement professionnel. Finalement, un sentiment de reconnaissance, d'accomplissement et d'utilité peut améliorer le bien-être au travail (Loriol, 2011).

Concernant le principe d'autonomie, celui-ci à été identifié par certaines études comme une variable clé de la satisfaction professionnelle. En effet, « le respect de leur « autonomie » ... institue la reconnaissance des compétences spécifiques des infirmiers, faisant d'eux des collaborateurs privilégiés des médecins et non leurs exécutants » (Lheureux, 2010 cité par Randon, 2011, p.24).

#### 1.1.4 Le cas particulier des sage-femmes

Tout comme les soignants ont des profils divers et variés, la profession de sage-femme comporte également de nombreux domaines d'activités. En effet, la sage-femme peut choisir d'exercer dans le domaine intra ou extrahospitalier. Il est donc intéressant de reconnaître cette pluralité pour comprendre les disparités qu'il peut exister entre les secteurs spécifiques dans lesquels les sage-femmes exercent leur fonction (Rey, Perrenoud & Gouilhers, 2019). Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de nous limiter au cadre des sage-femmes hospitalières puisque c'est le secteur qui recense environ 80% des sage-femmes en activité (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2022). La question de la satisfaction professionnelle des sage-femmes est une question importante en santé publique puisqu'elle impacte, in fine, la santé materno-infantile (Bloxsome, Ireson, Doleman & Bayes, 2019).

Il semble que les facteurs qui affectent la satisfaction professionnelle des sage-femmes soient comparables à ceux des soignants en général. Effectivement, une variété de facteurs d'influence prédominante retrouvés chez les soignants a également un impact significatif chez les sage-femmes (De Labrusse, Abderhalden Zellweger, & Pfund, 2022). Les déterminants rapportés par les sage-femmes hospitalières et imputés négativement à la satisfaction professionnelle sont avant tout liés à des facteurs organisationnels. Nous pouvons citer par exemple le manque de reconnaissance, le stress, les conditions de travail dont principalement

les horaires, le manque de soutien de la part de la direction ou encore le manque d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Bloxsome et al., 2019).

De manière générale, lorsque les conditions de travail favorisent l'autonomie dans la pratique et les décisions, cela semble avoir un effet positif sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes. En effet, les sage-femmes développent un sentiment de confiance en elles, de maîtrise et de capacité à influencer leur travail lorsqu'elles ont plus de contrôle sur leur environnement de travail, leurs tâches et leurs responsabilités (Casey, Saunders & O'Hara, 2010 ; Nedvědová, Dušová & Jarošová, 2017).

De plus, tout comme les infirmières, elles accordent une grande importance à la reconnaissance du travail qu'elles effectuent. En effet, il est important pour elles de se sentir valorisées et reconnues pour leur expertise et leur contribution. Dans ce sens, les sage-femmes accorderaient beaucoup d'intérêts à la qualité de l'interaction avec leurs collègues et les femmes dont elles s'occupent (Jarosova et al., 2016 ; Nedvědová et al., 2017). Cette idée d'importance attribuée aux interactions avec les autres est un facteur intrinsèque de la satisfaction au travail. Lorsqu'elles ont l'impression d'avoir contribué au bien-être de ces femmes et qu'elles les voient satisfaites, cela contribue considérablement à leur satisfaction professionnelle. Cela met en évidence l'importance de la relation entre la patiente et la sage-femme dans le contexte de la satisfaction au travail (Papoutsis, Labiris, & Niakas, 2014). Les sage-femmes semblent très soucieuses du bien-être de leurs patientes. Ainsi, lorsque la médicalisation est excessivement appliquée dans des situations qui ne le justifient pas, provoquant des complications iatrogènes, cela génère une forme de désolation chez de nombreuses sage-femmes qui voient leur qualification de « gardienne de l'eutocie » être mise à mal (Rey et al., 2019).

Enfin, il semblerait qu'une approche limitée à l'adhésion des protocoles et aux directives au détriment de soins individualisés et centrés sur la femme puisse avoir un impact négatif sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes (Bloxsome et al., 2019 ; Papoutsis et al. 2014). De même, il semblerait qu'une pression à la productivité soit également un facteur de mécontentement. Des études démontrent le lien entre la recherche de performance et les conséquences sur la perte de sens au travail et donc le mécontentement des travailleurs en général (Khenniche & Henriot, 2021). En d'autres termes, les sage-femmes sont désireuses de soins continus et personnalisés plutôt que de devoir être dans le faire plus et le respect de protocoles qui ne laissent pas assez de marge à leur expertise et leur créativité pour faire face aux défis de la pratique quotidienne (Rey et al., 2019).

La satisfaction professionnelle des sage-femmes est donc un domaine d'étude essentiel pour comprendre leur bien-être au travail, leur engagement et leur capacité à offrir des soins de qualité aux patient(e)s. Dans cette partie, nous avons exploré les facteurs qui influencent significativement la satisfaction professionnelle des sage-femmes et qui sont donc intéressants d'examiner en profondeur. On retrouve comme facteurs prédominants l'environnement de travail, les relations interprofessionnelles et l'autonomie dans la pratique. Néanmoins, le récit de l'histoire de la sage-femme témoigne d'une difficulté quasi constante à concilier les exigences du cadre légal définissant ses compétences, les modalités de sa formation et ses possibilités de pratique sur le terrain. Ce conflit entraîne un manque de reconnaissance des compétences de la sage-femme qui se voit notamment limiter dans l'autonomie de sa pratique professionnelle. Ceci se reflète par exemple dans leur approche avec l'accouchement (Perrod, 2013).

## 1.2 La sage-femme et l'art de l'accouchement

### 1.2.1 La profession de sage-femme

- *Historique du métier*

L'autre dimension clé de ce travail est donc la profession de sage-femme. Le métier de sage-femme existe depuis des siècles et est intimement lié à l'histoire de la naissance de manière générale. Chez nous, en Occident, la naissance a été un événement vécu dans l'intimité féminine pendant de nombreuses années. Dans l'antiquité, la femme accouchait entourée d'autres femmes de son entourage et sous la supervision d'une femme plus expérimentée : « l'obstétrix » (Morel, 2015).

Au fil des siècles, l'obstétrix prend le nom de « madone ». Ce terme, venant du latin « mater », désigne la femme qui a déjà eu des enfants. Pour être madone, l'expérience en tant que mère primait sur les connaissances obstétricales, toute femme ayant déjà enfanté pouvait se voir conférer ce statut de madone. La madone incarnait la sagesse et forçait le respect. Elle avait pour mission de transmettre ses connaissances au sujet de l'enfantement de génération en génération (Faniel, 2013).

Le terme « sage-femme » est retrouvé dans la littérature à partir du 13ème siècle, mais l'apparition d'une réelle formation s'y rattachant n'arrivera qu'au 17ème siècle, sous la pression de l'Eglise. L'élaboration des prémices de la formation sage-femme revient à Madame

Le Boursier du Coudray, sage-femme parisienne ayant sillonné la France pour apprendre aux matrones les connaissances et gestes de base de l'obstétrique. Les premières écoles de sage-femme, délivrant un diplôme légal au terme d'un cursus préétabli, verront le jour au 19ème siècle (Bonnet, 2018).

- *La profession de sage-femme en Belgique*

Mais qu'en est-il de la profession en Belgique ? Depuis, la modification de la loi de 2006, la sage-femme est qualifiée de « praticien autonome d'une profession des soins de santé dans le domaine de l'art de guérir » (Conseil Fédéral des Sage-Femmes, 2016, p.5). La profession sage-femme est une profession paramédicale mais elle se distingue des autres professions de ce type car elle a dans ses compétences de poser des diagnostics et effectuer des actes techniques relevant de l'art de guérir, tels que l'accouchement et les consultations (Perrod, 2013).

Toutefois, les études ont été pendant longtemps assimilées aux études d'infirmières. Le grade d'accoucheuse était alors attribué aux infirmières au terme d'une formation complémentaire d'une année. Il faudra attendre 1995 pour avoir la création d'un accès direct à la formation de sage-femme. Actuellement, le diplôme s'obtient après une formation de bachelier de 4 ans. Les titres de formation de sage-femme bénéficient d'une reconnaissance automatique en Europe s'ils répondent aux critères spécifiques définis par la directive 2005/36/CE du Parlement européen (Conseil Fédéral des Sage-Femmes, 2016).

La profession est soumise à des directives européennes et à un cadre juridique belge défini par la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé. Ce cadre définit entre autres les compétences et qualifications du détenteur du titre de sage-femme. Parmi elles, on retrouve le suivi et la pratique autonome des accouchements eutociques, dont nous parlerons ci-dessous (Conseil Fédéral des Sage-Femmes, 2016).

Le champ d'activité de la sage-femme est varié : procréation médicalement assistée consultations prénatales, planning familial, ... Néanmoins, le domaine d'activité principal reste le domaine hospitalier. Selon les statistiques de 2019, il existe 14 863 sage-femmes en Belgique et près de 80% d'entre elles travaillent en milieu hospitalier (SPF Santé publique, 2022).

### 1.2.2 L'essor des accouchements médicalisés face aux accouchements physiologiques : défis pour les sage-femmes

- *Définition accouchement eutocique*

Comme expliqué précédemment, l'histoire des sage-femmes est intimement liée à l'histoire de la naissance. Tout d'abord il est important de définir l'accouchement eutocique.

La grossesse normale et l'accouchement eutocique sont, selon l'arrêté royal du 8 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession d'accoucheuse : « l'ensemble des phénomènes physiologiques, mécaniques et psychologiques qui aboutissent à l'expulsion spontanée, à terme, du fœtus en présentation du sommet et ensuite du placenta ».

Le rapport du KCE sur les recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque, s'appuie quant-à-lui sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la naissance normale comme :

Une naissance dont le déclenchement est spontané, le risque est bas dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant (accouchement simple) naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37e et 42e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien » (Mambourg, Gaill & Wei-Hong, 2010, p.7).

Malgré cette définition qui estime que la naissance normale implique un déclenchement spontané, des indications relatives à l'induction du travail ont été ajoutées et considérées comme entrant dans la catégorie de l'accouchement normal (Mambourg et al. 2010).

Si toutes les conditions sont réunies pour supposer que l'accouchement sera physiologique alors il peut être pratiqué via différentes modalités. La parturiente peut dès lors décider d'accoucher à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital, dans un service de salles de naissance ou en plateau technique, aussi appelé gîte de naissance. Si au moins un des facteurs considéré comme physiologique, n'est pas respecté, alors l'accouchement doit être réalisé à l'hôpital en présence d'un gynécologue (Faniel, 2013).

- *Avènement de l'accouchement médicalisé*

L'accouchement, événement primitif, a vu sa pratique s'adapter au fil de l'évolution de la société et des progrès médicaux. Cette évolution, reflétant souvent un objectif d'amélioration de la santé materno-infantile, cache également d'autres grands enjeux (Carayol, 2004).

La première grande mutation que va connaître la naissance et qui va entamer le conflit entre les sage-femmes et le corps médical dans la pratique de l'accouchement, est l'arrivée des hommes dans cet univers vers le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle. Leur arrivée est concomitante avec le début de la formation des sage-femmes. En effet, la responsabilité de celle-ci revenait majoritairement à des chirurgiens de sexe masculin (Carayol, 2004). D'abord difficilement acceptée et réservée aux femmes de milieux aisés, la présence des hommes va devenir synonyme de sécurité après des interventions chirurgicales réussies lors d'accouchements difficiles (Thomas, 2016).

Toutefois, le XIX<sup>e</sup> siècle reste une époque plutôt favorable pour les sage-femmes. La grande majorité des accouchements ont lieu à la maison. Ils sont réalisés par une sage-femme, qui jouit alors d'une grande autonomie dans son domaine (Morel, 2015).

C'est au début du XX<sup>e</sup> siècle, que la profession connaît sa première grave crise en raison de la concurrence croissante des médecins. En effet, à cette époque, l'hôpital commence peu à peu à offrir l'image d'un lieu sécurisant grâce aux améliorations de l'hygiène hospitalière notamment apportée par les travaux Semmelweis (Thomas, 2016). De là, commence la transition d'un événement jadis intime vers un acte médicalisé localisé au sein des institutions hospitalières. Néanmoins, l'hôpital est le temple du médecin et il laisse aux gynécologues l'opportunité de se démarquer, la sage-femme devient alors l'assistante du médecin dans le suivi et la réalisation des accouchements (Saintôt, 2015). Pour faire face à cette situation, les compétences des sage-femmes ont commencé à se diversifier de plus en plus. (Carayol, 2004).

D'autres événements ont continué à contribuer à l'évolution de la prise en charge de la naissance médicalisée au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Citons notamment l'arrivée de l'instrumentation de la naissance, pratique réservée aux obstétriciens ou la mise en place des allocations de naissance sous condition d'une preuve de consultation par un médecin (Thomas, 2016). Enfin, une autre grande avancée a été l'introduction de l'accouchement sans douleur grâce à l'analgésie péridurale. Dans les années 1970, la péridurale commence à connaître son succès et devient presque la norme (Thomas, 2016; Verdino, Azcue & Maccagnan, 2015).

C'est ainsi que peu à peu l'accouchement a été investi par le corps médical. En effet, de nombreuses mesures ainsi que l'évolution des mentalités semblent diriger les futures mères vers les médecins plutôt que les sage-femmes (Morel, 2015).

- *Souhait d'un retour vers l'autonomie*

L'accouchement médicalisé, caractéristique du XXI<sup>e</sup> siècle, a longtemps été considéré comme un progrès inévitable, unique facteur de la sécurité obstétricale (Thomas, 2016).

Toutefois, on remarque aujourd'hui que ces interventions médicales ne sont pas toujours gages de sécurité accrue, en particulier lorsque la médicalisation est utilisée excessivement dans des situations où elle n'est pas forcément recommandée. Elle pourrait dès lors entraîner une augmentation de la morbidité iatrogène plutôt que des avantages et ainsi impacter négativement la santé materno-infantile. Par exemple, dans une étude menée à l'hôpital Erasme en Belgique, il ressort que le taux d'épisiotomie est trois fois plus important pour les accouchements pratiqués par le corps médical. Le taux de déchirure périnéale du deuxième, troisième et quatrième degré semble quand-à lui similaire entre les accouchements pratiqués par un médecin ou une sage-femme (Gironi, Kirkpatrick, Baeyens & Englert, 2015). De plus, la médicalisation de la naissance ne serait pas sans conséquences sur le vécu des parturientes et sur les conditions de travail des sage-femmes ainsi que leur identité professionnelle (Carayol, 2004).

Depuis quelques années, on se confronte à la dénonciation d'une forme de déshumanisation des soins et d'une médicalisation abusive (Thomas, 2016). L'évolution des mentalités dans le domaine de la périnatalité amène de plus en plus à réfléchir au bien-être physique et psychologique de la mère et du nouveau-né (Rey et al., 2019).

A l'heure actuelle, les sage-femmes militent pour un retour à la physiologie, à l'accouchement plus « naturel ». Dans ce sens, des maisons de naissance et plateaux techniques, gérés par des sage-femmes, voient le jour en Belgique et dans d'autres pays d'Europe. Ce mouvement n'en est qu'à ses débuts. Les différents projets se heurtent encore à la réticence de certains professionnels de la naissance (Faniel, 2013). L'hôpital reste donc un lieu privilégié pour accoucher. En effet, la proportion d'accouchements extrahospitaliers reste stable entre 2012 et 2021 pour la Wallonie et Bruxelles (0,7 %) (Van Leeuw & Leroy, 2022).

Néanmoins, on observe que la proportion d'accouchement hospitalier sans intervention obstétricale augmente depuis 2012. Le centre d'épidémiologie périnatale (Cepip) relate dans ses rapports que l'accouchement avec un travail spontané, sans instrumentation, sans césarienne et sans épisiotomie est passé de 24.8% à 39,9% des accouchements pour la Wallonie et de 33.3% à 42,4% pour la région bruxelloise entre 2012 et 2021 (Leroy, Van Leeuw, Minsart & Englert, 2013 ; Van Leeuw & Leroy, 2022).

- *Dévolution des accouchements eutociques hospitaliers aux sage-femmes*

Le contexte actuel marque un mécontentement des sage-femmes par rapport à un manque d'autonomie professionnelle. L'autonomie professionnelle est caractérisée dans la littérature comme étant la capacité de prendre des décisions et établir des choix fondés sur des normes professionnelles et d'assumer la responsabilité de leurs actes. Des études tendent, dans ce sens, à mesurer précisément le degré d'autonomie de la profession sage-femme dans certains pays du monde (Obata & Iriyama, 2023). Face à ce sentiment de perte d'autonomie et ce souhait de démedicalisation de l'accouchement eutocique, lorsque c'est justifié, la discussion autour de la dévolution des accouchements hospitaliers aux sage-femmes est d'actualité.

En Europe et ailleurs, certains pays, tels que la France et l'Espagne ont adopté majoritairement la pratique de l'accouchement eutocique hospitalier par les sage-femmes. Pour d'autres pays, tels que la Belgique ou la Suisse, cette pratique est encore très peu présente. Ces différentes politiques en matière d'accouchements sont motivées par des considérations économiques, visant à optimiser les ressources et à répondre à la demande croissante de soins obstétricaux ou par des impératifs de qualité des soins et sont finalement le résultat de facteurs liés au système de soins de santé et politique de chaque pays. (OCDE, 2021).

D'après une enquête nationale périnatale réalisée en France en 2016, 87% des accouchements hospitaliers par voie basse non instrumentale ont été réalisés par des sage-femmes (Fresson, 2017). Tandis qu'en Belgique, 1 311 des accouchements réalisés en 2021 ont été réalisés sous la supervision d'une sage-femme. Il existe un vrai problème de sous-déclaration des accouchements réalisés par les sage-femmes entraînant ainsi de grandes disparités dans les données dans la littérature. Néanmoins, il va de fait que l'accouchement est en très grande majorité pratiqué par les gynécologues (Vandeputte et al., 2021). Pourtant, la pratique de l'accouchement par une sage-femme a fait ses preuves sur la santé materno-infantile. En effet, il semblerait qu'il y aurait plus d'accouchements spontanés, moins de lésions périnéales et

d'instrumentations, cela sans altération de la morbidité néonatale (Gironi et al., 2015). De plus, elles ont souvent plus le temps d'établir une relation de confiance avec les patientes, ce qui a été démontré comme positif sur la satisfaction et le bien-être des parturientes (De Labrusse et al., 2022). Malgré ces bénéfices avérés, la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes ne concerne que quelques structures et institutions en Belgique francophone.

## 2. Problématisation

Nous avons pu remarquer dans la revue de littérature que le concept de satisfaction professionnelle est déjà bien ancré et étudié dans les sciences managériales (Le Flanchec et al., 2015). Le système de soins de santé est un secteur qui a été particulièrement étudié sous l'angle de la satisfaction au travail. En effet, ces dernières décennies, et d'autant plus depuis la crise COVID-19, de nombreuses préoccupations liées aux conditions du système de soins de santé ont émergé, faisant place à de multiples recherches sur le sujet (Bruyneel, 2023; Estryn-Béhar, 2008 ; KCE, 2022 ; Lu, While, & Barriball, 2005) Néanmoins, malgré cette attention accrue, les études spécifiques concernant la satisfaction professionnelle des sage-femmes demeurent moins fréquentes que celles portant sur d'autres professions médicales, telles que les médecins et les infirmiers.

Pourtant, cette profession tire également la sonnette d'alarme face à leur insatisfaction professionnelle grandissante notamment caractérisée par un turn-over important du personnel inter et extra hospitalier et un taux d'absentéisme conséquent (Papoutsis, 2014). L'insatisfaction, notamment celle liée aux possibilités d'utiliser sa compétence et d'exercer son autonomie, ainsi que le manque de reconnaissance seraient les éléments au cœur des revendications des sage-femmes (Estryn-Béhar, Van Der Heijden, Fry & Hasselhorn, 2010 ; Perrod, 2013).

Dans cette optique, quand on analyse la pratique de l'accouchement en Belgique francophone, on remarque que la réalisation des accouchements physiologiques par les sage-femmes en milieu hospitalier se fait rare. Résultat, entre autres, du système financier et des avancées médicales du siècle passé sur l'amélioration de la prise en charge des grossesses pathologiques au prix souvent d'une surmédicalisation des grossesses normales. Or, les sage-femmes ont les compétences nécessaires pour procéder aux accouchements. De même, certaines études ont démontré que la pratique des accouchements eutociques par les sage-femmes comportent des avantages pour la santé-materno-infantile (Gironi et al., 2015).

Dès lors, on peut se demander si au-delà de l'influence avérée sur la santé des patient(e)s, la pratique de l'accouchement comporte également un impact sur la satisfaction des sage-femmes. En effet, bien que des recherches existent tant vis-à-vis de la dévolution des accouchements eutociques que de la satisfaction professionnelle des sage-femmes, nous n'avons pas trouvé de

recherche portant à la fois sur la dévolution des accouchements physiologiques aux sage-femmes hospitalières et sur leur satisfaction professionnelle.

Ce mémoire a donc pour but de se concentrer sur l'influence de la dévolution des accouchements eutociques sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes en milieu hospitalier. Notre population cible est les sage-femmes hospitalières, travaillant en salle de naissance sans exclusion par rapport à la pratique ou non de l'accouchement eutocique.

Nous mènerons cette étude à travers notre question de recherche suivante : « **Comment la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes hospitalières influence-t-elle leur satisfaction professionnelle ?** »

**Les objectifs** de cette recherche sont les suivants :

- Comprendre les dimensions importantes de la satisfaction professionnelle pour les sage-femmes
- Comprendre ce qui caractérise le sentiment d'autonomie ou encore d'indépendance dans la pratique professionnelle des sage-femmes hospitalières
- Décrire, à travers l'étude qualitative, le sentiment d'autonomie perçu par les sage-femmes hospitalières, les dimensions prépondérantes relatives à leur satisfaction et l'influence de la pratique de l'accouchement sur la satisfaction professionnelle
- Contribuer à la promotion d'une satisfaction professionnelle optimale

# Méthodes

## 1. Le protocole de recherche

### 1.1 Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche citée précédemment qui est : « **Comment la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes hospitalières influence-t-elle leur satisfaction professionnelle ?** » Nous avons décidé de nous orienter vers une étude qualitative. L'étude qualitative se veut de comprendre une action, telle que ressentie par des acteurs, dans un contexte ou une situation particulière. Elle ne se veut pas garante de l'évidence de certaines lois universelles, elle permet avant tout d'ouvrir le champ à de nouveaux concepts ou hypothèses de recherche (Dumez, 2011). Nous avons opté pour la recherche qualitative car elle se trouve particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer tels qu'un sentiment, un besoin, un ressenti, ... Cette méthode de recherche, axée sur la compréhension, permet d'obtenir une connaissance approfondie du sujet étudié grâce à l'implication active de divers intervenants (Gaudet & Robert, 2018).

Dans notre approche, nous avons suivi un processus itératif qui a permis à la recherche de progresser au fil de ses différentes étapes. Cette méthode a favorisé des échanges constants entre les phases de recrutement, de collecte et d'analyse de données, contribuant ainsi à développer une compréhension de plus en plus approfondie (Savoie-Zajc, 2007).

### 1.2 Population d'étude

#### 1.2.1 Stratégie d'échantillonnage

L'échantillonnage des intervenants est un échantillonnage intentionnel et raisonné. Il se base sur des critères d'inclusion, énoncé ci-dessous. En effet, par cette méthode, nous souhaitons établir un échantillon d'acteurs avec divers profils, directement concernés par notre question de recherche. Afin de minimiser les biais de sélection, nous avons sélectionné délibérément des structures de tailles, de localisations géographiques et d'approches de soins différentes. Nous avons cherché à interroger des sage-femmes et des gynécologues issus de structures où les accouchements eutociques sont pris en charge par le corps médical, ainsi que dans d'autres établissements où cette pratique relève exclusivement des compétences des sage-femmes. Parallèlement au fait que l'accouchement soit supervisé par le corps médical ou les sage-

femmes, nous avons veillé à inclure des participants de divers systèmes, tels que les hôpitaux, les gîtes de naissance et les plateaux techniques.

Les critères d'inclusions pour notre recherche :

1) Sage-femme

- **Emploi** : sage-femme hospitalière ou indépendante et réalisant/ne réalisant pas les accouchements eutociques intra hospitalier dans le cadre de sa pratique professionnelle
- **Lieu de pratique** : Belgique francophone

2) Gynécologue

- **Emploi** : gynécologue exerçant au sein d'un milieu hospitalier où la pratique des accouchements eutociques se fait/ ne se fait pas par les sage-femmes
- **Lieu de pratique** : Belgique francophone

### 1.2.2 Recrutement

Dans un premier temps, étant nous-mêmes sage-femmes, nous avons débuté le recrutement au sein de notre propre structure afin de profiter d'un accès facilité aux participants. Nous pensions que cette proximité pourrait présenter des avantages, notamment en favorisant potentiellement une plus grande ouverture de la part des participants. Cependant, nous étions conscientes que cette familiarité pouvait également introduire des biais, d'où notre décision d'élargir notre recrutement à d'autres hôpitaux afin de garantir la diversité des perspectives. Ainsi, nous avons ensuite procédé à un échantillonnage par effet « boule de neige ». Nous nous sommes appuyées sur le réseau de participants interviewés pour identifier d'autres acteurs dotés d'une expertise spécifique ou d'une expérience particulière liée à notre sujet de recherche. Nous avons arrêté le recueil de données lorsque l'interview d'un acteur supplémentaire n'apportait plus de nouveaux éléments.

L'ensemble des acteurs a été contacté par courriel. Nous avons envoyé des courriels personnels directement aux acteurs identifiés comme potentiellement intéressés par la thématique de notre mémoire. Nous avons également transmis nos courriels à des équipes entières via la collaboration de chefs de services de certaines structures hospitalières afin d'optimiser notre taux de réponses positives à notre demande d'interview.

### 1.2.3 Description de l'échantillonnage obtenu

Parmi la quarantaine de professionnels contactés, 13 professionnels ont rendu une réponse favorable à notre demande d'entretien. Beaucoup de professionnels n'ont pas donné suite à notre demande. Parmi les raisons de refus évoquées, le manque de temps a été fréquemment mentionné. L'échantillon obtenu est constitué de 12 sage-femmes et d'un gynécologue.

Concernant les caractéristiques des sage-femmes interrogées, 9 d'entre elles ne pratiquent pas l'accouchement eutocique dans leur quotidien, dont 3 qui le pratiquaient dans leur ancienne structure mais plus maintenant. Les 3 autres réalisent les accouchements eutociques.

Au niveau des structures, 4 sage-femmes proviennent d'une clinique, 5 autres proviennent d'un centre hospitalier régional, une travaille dans un hôpital universitaire, une autre dans un plateau technique<sup>2</sup> et enfin une dernière travaille dans un gîte de naissance<sup>3</sup>. Ces sont les sage-femmes provenant de la clinique et du centre hospitalier régional qui ne réalisent pas les accouchements eutociques. Sur les 12 sage-femme interrogées, 5 travaillent à temps plein et 7 à temps partiel.

Ensuite, en ce qui concerne leur service de travail, 5 d'entre elles ne travaillent qu'en salle d'accouchement. 5 autres travaillent en maternité et en salle d'accouchement. Une d'entre elles est sage-femme indépendante et réalise les accouchements dans un plateau technique. Enfin, la dernière travaille en consultation prénatale et salle d'accouchement.

De plus, au niveau de leurs activités complémentaires, 4 d'entre elles ont également une activité de sage-femme indépendante. 2 d'entre elles réalisent un master complémentaire, une autre possède une activité complémentaire hors du domaine de l'obstétrique et enfin la dernière est cheffe de service.

D'un point de vue de l'ancienneté dans la profession, 4 sage-femmes travaillent depuis moins de 5 ans, une est dans la profession depuis 5 à 10 ans, 4 autres depuis 10 à 20 ans et enfin 3

---

<sup>2</sup> Plateau technique = Lieu permettant aux prestataires de soins de première ligne exerçant en libéral (sage-femme ou médecin généraliste) d'assurer en toute autonomie l'accouchement de leurs patientes avec une mise à disposition, par l'hôpital privé ou public, à titre locatif, du matériel et des locaux nécessaires à l'exercice de leur art.

<sup>3</sup> Gîte de naissance = entité architecturale qui se trouve dans un hôpital disposant d'une maternité et dans lequel l'organisation des accouchements et des soins post-partum directs respectent le plus strictement possible la physiologie et relèvent de la responsabilité des sage-femmes

sage-femmes exercent depuis plus de 20 ans. Enfin, il nous semblait important de distinguer l'ancienneté dans la profession et l'ancienneté dans leur service, dans leur condition actuelle. A ce niveau-là, 6 sage-femmes travaillent depuis moins de 5 ans dans leur condition actuelle, 2 depuis 5 à 10 ans, 2 autres depuis 10 à 20 ans et enfin les deux dernières depuis plus de 20 ans. L'ancienneté moyenne de notre échantillon de sage-femmes est donc de 10 ans.

En ce qui concerne les caractéristiques du gynécologue, il est salarié dans une clinique où les sage-femmes ne réalisent pas les accouchements eutociques. Il a une ancienneté, tant professionnelle qu'au sein de la structure où il travaille, inférieure à 5 ans. Bien qu'il soit le seul gynécologue interrogé dans cette étude, nous avons tout de même choisi d'illustrer ses propos dans nos résultats, ceux-ci ne doivent donc pas être interprétés comme une généralité.

| Professionnel | Pratique de l'accouchement | Lieu de pratique      | Activité                                         | Temps de travail | Ancienneté | Ancienneté dans leurs conditions actuelles | Echantillon | Référence        |
|---------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|------------------|------------|--------------------------------------------|-------------|------------------|
| Sage-femme    | Non                        | Clinique              | Salariale                                        | Temps plein      | 3 ans      | 3 ans                                      | 2           | SFC1-4<br>SFC2-4 |
|               |                            |                       |                                                  |                  | 11 ans     | 3 ans                                      | 1           | SFC3-4           |
|               |                            | Centre régional       | Salariale + indépendante complémentaire          | Temps partiel    | 23 ans     | 13 ans                                     | 1           | SFC4-4           |
|               |                            |                       | Salariale                                        | Temps partiel    | 13 ans     | 13 ans                                     | 1           | SFR1-5           |
|               |                            |                       | Salariale + indépendante complémentaire ou autre | Temps partiel    | 6 ans      | 6 ans                                      | 1           | SFR2-5           |
|               |                            |                       |                                                  |                  | 4 ans      | 1 an                                       | 1           | SFR3-5           |
|               |                            |                       |                                                  |                  | 22 ans     | 22 ans                                     | 1           | SFR4-5           |
|               |                            |                       | Cheffe de service                                | Temps plein      | 22 ans     | 22 ans                                     | 1           | SFR5-5           |
|               | Oui                        | Hôpital universitaire | Salariale                                        | Temps plein      | 3 ans      | 3 ans                                      | 1           | SFU              |
|               |                            | Plateau technique     | Indépendante                                     | Temps partiel    | 13 ans     | 9 ans                                      | 1           | SFT              |
|               |                            | Gîte de naissance     | Salariale                                        |                  |            | 1 an                                       | 1           | SFG              |
| Gynécologue   | Oui                        | Clinique              | Salariale                                        | Temps plein      | 2 ans      | 2 ans                                      | 1           | G                |

## 1.3 Collecte des données

### 1.3.1 Méthode de collecte des données

Pour récolter nos données d'étude, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. En regard du choix de notre type d'étude, l'entretien semi-directif semble être un outil pertinent. En effet, l'étude qualitative se veut avant tout de comprendre une action, impliquant une description de la problématique mais aussi et avant tout, la compréhension des ressentis des acteurs principaux. Dans cette démarche, l'entretien semi-directif prend tout son sens puisqu'il permet de recueillir l'essence même de l'information sur un thème établi, lors d'un contact direct entre le chercheur et le(s) participant(e)(s) (Fortin & Gagnon, 2005).

Concernant les modalités pratiques des entretiens, nous avons proposé le présentiel ou le distanciel via vidéoconférence. Le choix du lieu concernant l'entretien présentiel revenait aux personnes interrogées.

Les modalités inhérentes aux entretiens, notamment le thème et le but de la recherche, étaient expliquées au début de chaque entrevue. De plus, chaque personne interrogée fut informée de sa liberté de se retirer de l'étude à tout moment et sans préjudice.

Les entretiens ont été réalisés de façon anonyme, enregistrés, préalablement accompagnés d'un formulaire de consentement, puis retranscrits pour les besoins de l'analyse.

Les entretiens se sont déroulés entre le 11 février 2024 et le 30 mars 2024. Tous les participants à l'exception de deux ont préféré une rencontre en présentiel. Concernant le lieu des entretiens présentiels, neuf ont été réalisés sur le lieu de travail des répondants et un seul a eu lieu au domicile de la personne interrogée. La durée des entretiens réalisés s'étend de 20 minutes à une heure. Nous avons réalisé 4 entretiens ensemble et 9 de façon individuelle.

### 1.3.2 Elaboration du guide d'entretien

Afin de nous guider dans la réalisation des entretiens semi-dirigés, nous avons élaboré des guides d'entretiens, composés de questions ouvertes. Les guides d'entretiens semi-directifs permettent de recueillir des informations, réactions et perceptions propres à l'interviewé, ce qui va permettre de compléter les informations obtenues via la recherche théorique (Aujoulat, 2021).

Nous avons élaboré 2 guides d'entretiens : un pour les sage-femmes et un pour les gynécologues. Chaque guide d'entretien est composé d'une quinzaine de questions, ils se trouvent en Annexe 1.

Les guides d'entretiens ont été construits à partir de différents thèmes et concepts identifiés lors de la revue de la littérature préliminaire. Nous avons donc opté pour une méthode de construction des guides déductive afin de construire des instruments de collecte ciblés à notre question de recherche.

Concernant les guides d'entretien dédiés aux sage-femmes, nous commençons par une brève description du parcours et du contexte professionnel, ensuite nous abordons le ressenti de la satisfaction professionnelle, la réalité de la pratique des accouchements eutociques et enfin l'influence de la dévolution des accouchements vis-à-vis de la satisfaction professionnelle. Ces différents thèmes nous permettent d'aborder différents concepts tels que la satisfaction au travail, le leadership, la collaboration interdisciplinaire, la reconnaissance du point de vue du soignant, le degré d'autonomie ou encore le ressenti du rapport d'autorité.

Concernant les thèmes abordés dans les guides élaborés pour les entretiens avec les gynécologues, on retrouve prioritairement les concepts de collaboration interdisciplinaire, le leadership et le vécu du rapport d'autorité dans la pratique.

Ces guides permettent de garder une grande interactivité et une flexibilité en fonction du déroulement de l'entretien. De plus, comme les questions sont ouvertes, la personne interrogée peut répondre librement et exposer son point de vue sur un thème précis, ce qui permet de faire naître de nouvelles hypothèses concernant la problématique.

### 1.3.3 Analyse des données

L'analyse des entretiens s'est déroulée du 20 mars au 22 avril 2024. Les entretiens ont été entièrement retranscrits avant l'analyse. Cette retranscription a été réalisée de façon manuelle mais également à l'aide du logiciel AmberScript.

Notre démarche méthodologique se caractérise par une approche itérative. Dans cette optique, nous avons réalisé une analyse progressive et continue des données ce qui nous a permis d'ajuster notre échantillonnage et nos guides d'entretiens en fonction de l'exploitation des données récoltées (Gaudet & Robert, 2018).

Nous avons réalisé l'analyse des données en deux étapes. Premièrement, nous avons opté pour une analyse thématique des données. Cette méthode implique la classification des données issues des retranscriptions des entretiens en différents thèmes, servant à décrire et à comprendre le contenu de l'extrait. Ces rubriques thématiques ont été en partie prédéfinies en fonction des concepts de la revue de la littérature mais elles ont également émergé des discours récurrents ou non issus des entretiens qui sont en relation avec le questionnement de recherche. Par conséquent, celles-ci seront ajustées au cours de l'analyse des premiers entretiens. Nous avons donc opté pour une méthode mixte entre déductive et inductive concernant l'élaboration des thèmes. (Mucchielli, 2007).

La deuxième étape consiste en une analyse interprétative, également appelée analyse de contenu catégorielle. C'est à travers cette étape que le chercheur effectue un travail d'interprétation des données en les comparant avec ses connaissances préexistantes issues de la littérature. Grâce à cette étape, le chercheur va au-delà de la simple description des données, en effectuant un travail d'interprétation afin de donner du sens aux données récoltées (Aujoulat, 2021). Afin de réaliser ces deux étapes, nous avons conçu une grille d'analyse dans laquelle seront classées les unités d'analyse en fonction de leur thème et ensuite de leur catégorie conceptualisante. Les unités sont le résultat du découpage des retranscriptions des interviews en extraits en lien avec notre questionnement de recherche. Cette grille se retrouve en Annexe 2. Par souci de clarté, les entretiens réalisés ont été référencés par milieu d'activité et numérotés. Ceci afin de retrouver plus simplement les verbatims associés. (SFC1-4 fait référence à l'entretien 1 des 4 entretiens réalisées avec des sage-femmes travaillant dans une clinique).

Enfin, nos résultats reposent sur une double analyse des données. En effet, nous agissons comme deux chercheurs indépendants et réaliserons une analyse des données séparément pour ensuite confronter nos résultats. C'est cette confrontation des analyses qui figurera dans nos résultats. Cette démarche de double analyse réduit les biais liés à la subjectivité de l'interprétation individuelle des données. Tout désaccord entre les chercheurs sera résolu par discussion et consensus. Une autre stratégie de validation utilisée dans le cadre de notre étude est la proposition d'un feedback aux acteurs interrogés. Celui-ci permet la confirmation par les participants eux-mêmes de la justesse de l'interprétation de leurs propos (Aujoulat, 2021).

## Résultats

L'analyse des résultats présentée ci-dessous tente de répondre à notre question de recherche citée précédemment qui est : « **Comment la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes hospitalières influence-t-elle leur satisfaction professionnelle ?** ».

Cette analyse de nos entretiens a été réalisée de manière déductive. Grâce à notre grille d'analyse, nous avons pu faire ressortir quatre catégories conceptualisantes. Nous aborderons tout d'abord les expériences personnelles du métier de sage-femme, ensuite nous parlerons de la satisfaction professionnelle et de ses déterminants. Enfin, la pratique de l'accouchement eutocique à l'heure actuelle et sa projection dans l'avenir seront analysés. Vous trouverez en Annexe 2 un tableau thématique des catégories conceptualisantes exploitées.

### 1. Expérience personnelle du métier de sage-femme

| Catégories conceptualisantes                   | Rubriques               | Thèmes                             |
|------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Expérience personnelle du métier de sage-femme | Vision du métier        | Conformité aux attentes            |
|                                                | Orientation de carrière | Critères dans le choix de carrière |
|                                                |                         | Réorientation professionnelle      |

#### 1.1 Vision du métier

Par rapport à la question de la conformité des attentes, il était important de comprendre si les attentes et la vision du métier de sage-femme avant d'exercer correspondaient à la réalité vécue sur le terrain. La remise en question de ses attentes et de sa réalité professionnelle est une question très présente, dans tous les milieux d'activité, libéral ou hospitalier.

La plupart des sage-femmes interrogées expriment exercer un métier plutôt conforme à leurs attentes initiales. En effet, elles ont toutes réalisé des stages en Belgique durant leurs études et ont pris conscience de la réalité du métier lors de ceux-ci.

**« Parce que la formation en Belgique, on sait très bien en démarrant la formation de sage-femme qu'on ne fera pas les accouchements. On est formé aux accouchements, mais on sait le fonctionnement<sup>4</sup> » (SFR5-5).**

---

<sup>4</sup> En région Wallonie-Bruxelles, ce sont les gynécologues qui réalisent les accouchements dans une majorité de maternités.

Cependant, une sage-femme ne partageait pas le même avis. En effet, la conformité de la pratique par rapport aux attentes préexistantes ne s'est pas montrée concluante lorsqu'elle exerçait dans le milieu hospitalier.

**« Très vite, j'ai su que le milieu hospitalier, ça allait être très court pour moi. J'allais pas savoir rester là très longtemps » (SFT).**

Le métier de sage-femme évolue constamment et les attentes d'hier ne sont pas forcément celles de demain. Là est la difficulté de savoir évoluer avec ses attentes, pour ainsi conserver une vision positive de son métier.

**« Il faut savoir que la profession de sage-femme elle a fort évolué. Ça fait 22 ans et quand j'ai commencé, ma vision c'était accompagner les mamans, faire le travail de sage-femme. On était beaucoup plus protocolaires, beaucoup moins dans la physiologie, plus dans les rigueurs, on n'avait pas beaucoup de liberté et ça a fortement évolué au fil des années » (SFR5-5).**

## **1.2 Orientation de carrière**

### **1.2.1 Critères dans le choix de carrière**

Le métier de sage-femme est souvent décrit comme un métier de passion. Le choix d'apprendre ce métier n'est généralement pas laissé au hasard.

**« Je sais que j'ai toujours voulu être sage-femme » (SFC3-4).**

Concernant le choix du lieu d'exercice, la considération de la pratique ou non des accouchements eutociques par les sage-femmes ne semble pas un critère important dans le choix de lieu et du type de travail. Le critère qui semble prédominer est la situation géographique par rapport au lieu de résidence.

**« C'était pas du tout dans mes critères à l'époque [la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes]. Ici en Belgique, il n'y a pas beaucoup d'endroits où les sage-femmes font les accouchements. Moi j'ai choisi cet hôpital parce qu'il est proche de chez moi » (SFR4-5).**

**« Le choix de l'hôpital c'était purement géographique, c'était tout près de chez moi, c'était tout près de la maison naissance » (SFT).**

Deux sage-femmes admettent que la pratique des accouchements eutociques par les sage-femmes était leur critère principal dans le choix de leur lieu de travail.

**« J'étais contente de ce que j'avais trouvé en premier lieu et surtout un endroit où les sage-femmes accouchaient. J'avoue que c'était particulièrement ça qui m'intéressait de base » (SFC3-4).**

**« Je ne me voyais pas ne pas réaliser les accouchements dans ma pratique au quotidien » (SFU)**

Pour certaines, l'autonomie donnée aux sage-femmes à qui est dévolue la pratique des accouchements eutociques peut effrayer, notamment les jeunes diplômées. Le choix de commencer sa carrière dans une institution plus protocolaire est donc rassurant.

**« Quand on n'a pas d'expérience, qu'on est jeune sage-femme, arriver dans un endroit où tout est très protocolaire, sécurisé, médicalisé, c'est rassurant aussi. Je pense que c'est beaucoup plus compliqué au jour d'aujourd'hui d'arriver dans un service comme ici, où il y a une ouverture beaucoup plus importante par rapport au choix des patients, au choix des méthodes d'accouchement, de suivi, etc.. » (SFR5-5).**

La position formatrice de l'hôpital en tout début de carrière est une pensée partagée par presque toutes les sage-femmes interrogées. Cependant, une sage-femme indépendante, ayant commencé sa carrière dans l'hospitalier, ne semble pas partager cet avis.

**« Moi d'abord j'ai cru que je devais passer par l'hôpital pour être bien formée. J'ai vite compris que c'était complètement faux, et même que j'ai dû un peu désapprendre ce qu'on m'avait dit de la façon dont je travaille à l'hôpital » (SFT).**

### 1.2.2 Réorientation professionnelle

La réorientation professionnelle<sup>5</sup> est une thématique clé dans le métier de sage-femme.

La plupart des sage-femmes interrogées envisagent à un moment donné des ajustements dans leur trajectoire professionnelle, et beaucoup ont déjà effectué des changements. Ces réorientations visent principalement à accroître leur satisfaction au travail.

Par exemple, pour les deux sage-femmes indépendantes rencontrées, l'hôpital n'a été qu'un tremplin avant de se tourner vers une carrière libérale.

**« Honnêtement, quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital c'était vraiment juste par peur de me lancer en indépendante tout de suite » (SFT).**

Le passage de l'exercice en milieu hospitalier à l'exercice en libéral est la réorientation de carrière la plus courante au sein de la profession. Les autres réorientations rencontrées lors de nos entretiens étaient une reprise d'étude et une activité à temps partiel en algologie.

A l'heure actuelle, une seule des sage-femmes interrogées confie n'avoir jamais pensé à changer d'orientation.

**« Mais en tout cas, moi, je suis une vraie sage-femme hospitalière et du coup je me sens très confortable dans le milieu hospitalier (...) Ça ne m'est jamais venu en tête de faire du libéral » (SFR1-5).**

---

<sup>5</sup> Le terme « réorientation professionnelle » est utilisé ici pour désigner les cas où les personnes exercent toujours le même métier, mais décident de changer de contexte professionnel.

La réorientation professionnelle des sage-femmes peut être motivée par diverses raisons. Certaines d'entre elles cherchent à élargir leurs compétences et leurs horizons professionnels au fil du temps. Pour d'autres, des considérations personnelles telle que l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle peuvent également jouer un rôle dans leur décision. Parfois, des facteurs liés à leur environnement de travail, comme des conditions difficiles peuvent les inciter à envisager de nouvelles opportunités.

**« Libéral non, je sens que c'est pas mon truc. Maintenant bah oui depuis un an je fais de l'algologie et c'est à cause de la pression oui que j'ai eu besoin de changer un peu d'air. Je ne suis pas prête à complètement quitter le quartier de naissance » (SFR4-5).**

## 2. La satisfaction professionnelle

| Catégories conceptualisantes    | Rubriques                                 | Thèmes                         |
|---------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| La satisfaction professionnelle | Avis global                               | Satisfaction                   |
|                                 |                                           | Insatisfaction                 |
|                                 | Facteurs de satisfaction professionnelle  | Reconnaissance                 |
|                                 |                                           | Autonomie/ liberté d'action    |
|                                 |                                           | Variétés des tâches            |
|                                 |                                           | Accompagnement global          |
|                                 |                                           | Equipe                         |
|                                 | Facteurs d'insatisfaction professionnelle | Contraintes organisationnelles |
|                                 |                                           | Temporalité                    |
|                                 |                                           | Perte de sens                  |

### 2.1 Avis global

Aucune des sage-femmes rencontrées n'a exprimé une satisfaction totale ou totale insatisfaction à l'égard de son métier et de ses conditions. En effet, elles expriment un ressenti nuancé concernant leur satisfaction professionnelle.

Une tendance observée est que les sage-femmes exerçant en milieu libéral semblent éprouver une satisfaction professionnelle plus élevée que celles travaillant en milieu hospitalier.

**« Ma satisfaction professionnelle est excellente. Moi j'ai rarement l'impression de venir travailler, je me réjouis de venir ici, je vois des couples que je connais, on rentre dans leur intimité » (SFT).**

Les sage-femmes hospitalières semblent plus réservées quand elles abordent la question de la satisfaction professionnelle. Le terme « globalement satisfaite » est le plus utilisé. Elles se disent plutôt satisfaites par leur métier et aimer celui-ci mais elles reconnaissent que quelques éléments viennent entraver leur épanouissement professionnel. Seule la sage-femme cheffe de

service semble plus tranchée positivement dans le jugement de sa satisfaction : « ***Je suis extrêmement satisfaite*** » (SFR5-5).

Au sein du milieu hospitalier, une sage-femme distingue certaines pratiques qui lui procurent une satisfaction plus grande que d'autres.

***« J'ai une assez bonne satisfaction professionnelle par rapport à l'aide à l'allaitement, qui est une des pratiques que j'aime le plus. Maintenant, point de vue accouchement (...) C'est un peu le point noir de mon hôpital mais ça je le savais en arrivant ».*** (SFC3-4)

## **2.2 Les facteurs de satisfaction professionnelle**

### **2.2.1 Reconnaissance**

Un besoin de reconnaissance s'est révélé jouer un rôle central dans l'épanouissement professionnel des sage-femmes. En effet, ce besoin de reconnaissance est ressorti de manière unanime dans tous les entretiens menés, sans que ce dernier ne soit explicitement cité dans les questions abordées. Il semble donc l'élément le plus déterminant pour favoriser la satisfaction professionnelle. Pour ces professionnelles impliquées dans le domaine de la santé maternelle et infantile, la reconnaissance revêt diverses formes, toutes aussi significatives les unes que les autres. En effet, cette reconnaissance est principalement retrouvée auprès des parents, mais également recherchée auprès du corps médical et de la direction hospitalière.

D'abord, elles tirent une grande satisfaction de la reconnaissance exprimée par les couples qu'elles accompagnent tout au long de la période périnatale. Elles trouvent une grande satisfaction dans le fait de fournir un service aux couples et de contribuer à leur bonheur lors de cet événement si particulier qu'est l'arrivée d'un enfant. Recevoir des remerciements et des marques de gratitude de la part des parents qu'elles ont assistés pendant cette étape cruciale de leur vie est une source de validation et de contentement pour leur travail.

***« La reconnaissance des gens, l'émotion de la naissance, c'est chaque fois unique et voilà je ne m'en lasse pas »*** (SFR4-5).

A la reconnaissance des parents s'ajoute également un besoin de reconnaissance de la part du corps médical et de la direction, en particulier pour les sage-femmes ne pratiquant pas l'accouchement eutocique. Elles expriment une envie de reconnaissance de leurs compétences et capacités afin de se sentir respectées dans leur travail. En effet, le sentiment d'avoir réalisé

un travail de qualité est crucial pour elles, mais cela ne peut être pleinement ressenti que si les gynécologues reconnaissent également leur expertise. Cette reconnaissance renforce ainsi leur autonomie.

**« Il y a vraiment un problème de communication et un manque de reconnaissance du travail qu'on a accompli. Mais au contraire, la moindre chose qu'on n'a pas faite ou qu'on a oublié de faire nous le sera remarqué. C'est nul, parce qu'on a l'impression d'avoir fait du bon travail, mais in fine on nous reproche souvent quelque chose » (SFR2-5).**

### 2.2.2 Autonomie/liberté d'action

L'autonomie dans le travail joue un rôle crucial dans la satisfaction professionnelle des sage-femmes. En effet, cette autonomie leur permet d'exercer leur métier avec un sentiment de responsabilité et de liberté, ce qui contribue à leur épanouissement au sein de leur profession.

Pour une sage-femme, être autonome signifie avoir la possibilité de prendre des décisions importantes concernant les soins prodigués aux femmes enceintes, aux mères et aux nouveau-nés, en fonction de leur expertise et de leur jugement clinique. Cette capacité à exercer leur jugement clinique et à agir de manière indépendante favorise un sentiment d'accomplissement et de satisfaction dans leur travail.

**« Quand t'es mise en autonomie et qu'on te fait confiance, il n'y a pas de soucis. Mais quand t'es en autonomie et qu'on te surveille, tu te sens jugé et t'as peur d'une erreur et tout ça et tu te sens plus en sécurité donc tu n'oses plus » (SFC2-4).**

### 2.2.3 Variété des tâches

Le métier de sage-femme est un métier avec de multiples facettes. Cette grande variété des tâches retrouvée dans la profession contribue positivement à la satisfaction professionnelle des travailleurs.

**« Moi je voulais toucher un peu à tout car j'aime vraiment tous les aspects du métier donc j'étais pas vraiment dans une optique d'être fixée quelque part » (SFC3-4).**

Leur accompagnement de la mère et de l'enfant s'étend sur l'ensemble de la période périnatale, couvrant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Dans la réalité, peu de sage-femmes se limitent à un seul service ou à un seul moment de la période périnatale. De même, leur champ d'action s'étend également à différents types de structures, qu'il s'agisse d'hôpitaux, de maisons de naissance ou de plateaux techniques.

**« Moi, ce que j'aime le plus, c'est d'être sage-femme de famille, c'est d'être auprès des couples, de faire le suivi global. Donc c'est de les voir pendant la grossesse, de les voir à l'accouchement et de faire leur suivi après » (SFT).**

#### 2.2.4 Accompagnement global

Les sage-femmes ont pratiquement toutes mis en avant le fait qu'elles apprécient réaliser un suivi global du couple. Ce qu'elles valorisent par-dessus tout, c'est la possibilité d'offrir un soutien complet et durable plutôt que l'aspect technique de leur métier. Ce qui les motive le plus, c'est de guider les couples tout au long de cette étape importante de leur vie et le rendu que ceux-ci leur procurent. Plusieurs sage-femmes ont évoqué un sentiment de satisfaction lorsqu'elles ont l'occasion d'aller jusqu'au bout du processus avec le couple, c'est-à-dire le fait d'être présente et responsable du début à la fin. Il est donc important pour les sage-femmes de disposer de temps auprès des parents afin de pouvoir réaliser cet accompagnement global.

#### 2.2.5 Equipe

Les éléments « équipe » et « travail en équipe » sont ressortis chez une grande majorité de sage-femme lors de la question abordant les éléments contributifs à une bonne satisfaction professionnelle. Que cela soit chez les sage-femmes hospitalières ou chez les indépendantes au sein d'une structure extrahospitalière, l'ambiance au sein de l'équipe, la collaboration et l'entraide sont des éléments relevés pour contribuer à une bonne cohésion d'équipe. Travailler au sein d'une équipe bien organisée et collaborative contribue à créer un environnement de travail favorable où les sage-femmes se sentent soutenues et valorisées.

**« C'est le fait aussi qu'on s'organise très bien entre nous (..) on sait qu'on peut compter les unes sur les autres. (...) On se connaît très bien toutes et ça fait que c'est très fluide dans la communication (...) On travaille aussi énormément notre cohésion d'équipe, on a toutes des coachings, on a des supervisions d'équipe (...) Tout ça contribue énormément à l'entente et au bien-être au travail. On sait, quand on arrive ici, qu'on a toujours des collègues souriantes, qui trainent pas les pieds, parce qu'elles font aussi, elles, le travail qu'elles aiment » (SFT).**

Renforcer le lien au sein de l'équipe et favoriser sa cohésion pour permettre à chacun de s'épanouir professionnellement est aussi une problématique ancrée chez la cheffe de service interrogée.

## 2.3 Les facteurs d'insatisfaction professionnelle

### 2.3.1 Les contraintes organisationnelles

Les contraintes organisationnelles semblent être une source importante d'insatisfaction chez les sage-femmes interrogées.

**« Finalement il y a pleins de contraintes organisationnelles qui sont imposées et qui peuvent gêner notre prise en charge mais on n'a pas le choix » (SFC2-4).**

Plusieurs aspects contribuent à cette insatisfaction. On retrouve notamment les horaires atypiques du milieu hospitalier. En effet, certaines sage-femmes expriment que leurs horaires imposés nuisent à leur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces horaires jugés comme difficiles ont également un impact négatif sur leur bien-être général et leur capacité à exercer leur métier dans des conditions optimales.

**« Quand j'ai repris temps plein avec un enfant je me suis vraiment rendu compte à quel point c'était compliqué à gérer sur le quotidien » (SFC3-4).**

Cependant, une des sage-femmes hospitalières répondantes affirme que les horaires ne rentrent absolument pas dans les causes de son insatisfaction professionnelle.

Certaines sage-femmes indépendantes complémentaires trouvent ce statut plus confortable car il offre une plus grande flexibilité. Mais pour d'autres, ce statut d'indépendante est encore plus contraignant en termes de balance vie privée et vie professionnelle car il demande de disposer d'une grande disponibilité pour ses patientes.

Le manque de personnel et le manque de moyens financiers sont aussi pointés du doigt. Ces deux aspects induisent une charge de travail trop importante et un manque de temps. Les sage-femmes se sentent débordées et sous pression. Elles expriment le sentiment de faire face à des exigences toujours plus élevées mais avec de moins en moins de ressources et de temps pour répondre à ces demandes croissantes. Cela peut entraîner des frustrations chez les sage-femmes face au sentiment d'incapacité de fournir les meilleurs soins possibles.

**« On voyait les couples qui arrivaient avec un projet naissance qui ne pouvait pas aboutir par faute de temps, de moyens, etc,.. » (SFT).**

Enfin, un dernier facteur d'insatisfaction est un sentiment de désaccord avec la gestion hospitalière. Ce désaccord provient de deux principaux éléments :

- Les contraintes imposées par la hiérarchie. Les sage-femmes interrogées entendent par là le poids des exigences administratives telles que les check-lists ou les audits qui semblent ajouter une charge de travail supplémentaire et un stress accru, le tout justifié par un souci d'amélioration de la qualité des soins.

***« Mais ce qui m'embête c'est les contraintes supérieures : tout ce qu'on nous demande en plus, l'informatique, les checks lists et tout même si tout ça est là pour la sécurité et la qualité du travail je le comprends » (SFR1-5).***

- Un sentiment de priorité pour la rentabilité au détriment du bien-être humain venant du management. Quelques sage-femmes expriment le sentiment d'une direction hospitalière déconnectée de la réalité de terrain. De fait, elles ont l'impression que cette gestion axée sur la rentabilité ne semble pas prendre en compte les défis quotidiens et les besoins réels des patients.

### 2.3.1 Le respect d'une temporalité

Un élément majeur d'insatisfaction professionnelle décrit particulièrement par les sage-femmes ne pratiquant pas les accouchements est un sentiment de pression à respecter un certain délai dans la gestion du travail de la parturiente et de l'accouchement.

D'après elles, cette contrainte temporelle trouve son origine notamment à travers deux problèmes.

Premièrement, la charge de travail à laquelle elles sont exposées engendre souvent un sentiment de frustration dans l'accompagnement des parturientes. En effet, elles expriment de voir faire régulièrement face à un manque de temps pour exercer le suivi qu'elles auraient souhaité auprès des couples.

***« Quand je travaillais en salle de naissance, je n'étais pas dans cette temporalité qui me permettait de garantir un accompagnement physio » (SFG).***

Ensuite, les sage-femmes ne pratiquant pas les accouchements décrivent un sentiment de contrôle et de pression venant du corps médical. Elles se sentent souvent mise sous tension par les médecins qui veulent parfois accélérer le processus d'accouchement. Toutefois les sage-femmes et gynécologues reconnaissent que cette pression est fortement liée à des contraintes organisationnelles. En effet, le système actuel favorise la réalisation des accouchements par les gynécologues pendant leur planning de consultation en journée, ce qui peut compliquer la prise en charge par les sage-femmes qui se voit dès lors faire face à une contrainte temporelle.

***« Mais donc on a toujours une sorte de pression à ce que les choses avancent vite. Mais ce n'est pas comme ça que ça devrait fonctionner car on sait qu'un travail ça met du temps mais voilà on doit tout faire pour que la dame accouche en journée, "dans les heures d'ouvertures" » (SFC2-4).***

***« Les médecins nous mettent souvent une pression pour que les choses avancent vite mais du coup ça ne nous permet pas de faire un chouette suivi où tu restes près des gens, tu les soutiens, tu leur expliques et tout non il faut vite faire les actes pour que ça avance » (SFR3-5).***

Les sage-femmes saisissent néanmoins la complexité de la situation pour les médecins, qui doivent assumer leurs journées même s'ils se sont levés la nuit ou qu'ils ont pris du retard pour un accouchement. Elles ne remettent donc pas en question la collaboration avec les gynécologues et entendent l'origine de leurs préférences en matière d'organisation du travail. Néanmoins, elles déplorent que cette contrainte temporelle imposée par l'organisation du système de santé entrave la réalisation de leur travail de la manière qu'elles souhaiteraient.

Enfin, les sage-femmes ont le sentiment de se trouver souvent prises entre les désirs des patientes, les exigences des gynécologues, les attentes des anesthésistes et leurs propres convictions. Elles doivent constamment tenter d'anticiper et de s'adapter aux souhaits de chacun, ce qui rend la prise de décision complexe.

***« En fait l'accouchement c'est un phénomène naturel et on se sent toujours obligé de brusquer les choses car on a cette pression, parfois on se la met toute seule car on essaye d'anticiper les réactions des médecins » (SFC2-4).***

### 2.3.2 La perte de sens

Finalement, les sage-femmes expriment une perte de sens dans leur travail. Ceci est surtout le cas pour les sage-femmes ne pratiquant pas les accouchements. Cette perte de sens serait engendrée par les contraintes organisationnelles évoquées précédemment mais aussi par une forme de pression médicale à laquelle les sage-femmes pratiquant les accouchements semblent échapper. Celle-ci leur semble particulièrement contraignante car elle les oblige à réaliser des actes sur ordre médical, même lorsque ces actes ne correspondent pas toujours à leurs propres convictions professionnelles ou aux envies des patientes.

***« En fait on se retrouve à devoir aller à l'encontre de nos valeurs, de notre avis pour respecter celui des médecins et ça c'est très dur. En plus on doit expliquer ça à la patiente mais on ne peut pas montrer qu'on n'est pas d'accord avec ce qu'on fait car alors il n'y aura plus de confiance » (SFC2-4).***

Lorsque la sage-femme ressent un écart entre ses valeurs personnelles et les exigences de son travail, cela peut entraîner un profond sentiment de désillusion et de déconnexion. Les sage-

femmes, bien qu'elles soient passionnées par leur métier et qu'elles trouvent une grande satisfaction à accompagner les couples lors de l'accueil d'un enfant, ressentent un décalage entre leur mission première de gardienne de l'eutocie et la réalité de leur pratique actuelle. Le fait de se retrouver en conflit entre des pratiques médicales et son éthique professionnelle peut aboutir à un sentiment de culpabilité et de désengagement, menant finalement à une perte de sens et de motivation vis-à-vis de son propre métier.

*« D'abord, c'était de faire trop souvent des compromis avec mes valeurs et c'était d'avoir la sensation de faire des choses qui allaient à l'encontre de ce que je pensais bon pour la mère et pour ce petit bébé qui allait naître » (SFT).*

### 3. La pratique de l'accouchement eutocique au sein du milieu hospitalier

| Catégories conceptualisantes                                          | Rubriques                              | Thèmes                              |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| La pratique de l'accouchement eutocique au sein du milieu hospitalier | Organisation                           | En pratique                         |
|                                                                       |                                        | Collaboration avec le corps médical |
|                                                                       | Dévolution de l'accouchement eutocique | Avis général                        |
|                                                                       |                                        | Avantages                           |
|                                                                       |                                        | Limites                             |
|                                                                       | Impact sur la satisfaction             | Stress                              |
|                                                                       |                                        | Sécurité et responsabilité          |

#### 3.1 Organisation

##### 3.1.1 En pratique

En Belgique, il n'existe aucun consensus sur la pratique de l'accouchement eutocique. Celle-ci est donc fort différente d'une structure à l'autre. Le suivi de travail est toujours réalisé par une sage-femme. Au moment de l'accouchement, différents cas de figure peuvent avoir lieu.

Dans de nombreux cas énoncés dans nos entretiens, c'est le gynécologue qui a suivi la patiente pendant sa grossesse qui réalise l'accouchement, si celui-ci se déroule pendant sa journée de travail. Si l'accouchement a lieu la nuit ou le week-end, c'est le gynécologue de garde qui prend le relai. Certains gynécologues exercent de façon indépendante vis-à-vis de l'hôpital et réalisent les accouchements de leurs patientes de jour comme de nuit.

Dans cette pratique, les sage-femmes se disent garante de l'avancement du travail de la patiente tout en suivant les ordres médicaux qu'elles reçoivent. Elles sont tenues de maintenir informé le gynécologue référent de l'avancement du travail. Ensuite, une fois la parturiente sur le point d'accoucher, elles préviennent le gynécologue responsable pour qu'il vienne réaliser l'accouchement. La sage-femme reste présente et joue alors un rôle d'accompagnement pour le couple et le gynécologue. Toutefois, lorsque l'accouchement se déroule très rapidement, il peut arriver que la sage-femme soit amenée à le réaliser, le gynécologue n'ayant pas le temps d'arriver.

***« On fait le suivi de travail tout en maintenant informé le gynécologue référent de la patiente. Ensuite on appelle quand on est à dilatation complète mais on ne fait pas l'accouchement et en général on ne fait pas pousser sans que le médecin soit là » (SFC3-4).***

D'autres sage-femmes interrogées rapportent un système de pratique de l'accouchement eutocique qui se distingue par une organisation similaire, mais avec une répartition différente des responsabilités. Dans ce cas, la grossesse est également suivie par un gynécologue, et l'accouchement a lieu à l'hôpital. Toutefois, si l'accouchement se déroule sans complication (eutocique), c'est la sage-femme qui a la tâche de l'accouchement, sous la supervision et la responsabilité du gynécologue ayant suivi la grossesse de la patiente ou du gynécologue de garde. Le gynécologue n'est pas présent à l'accouchement, il intervient uniquement en cas de dystocie. En Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe quelques maternités fonctionnant de cette façon mais il ne s'agit pas d'une majorité.

***“On prévenait juste que l'accouchement allait avoir lieu, surtout si par exemple le bébé était gros ou quoi, que ça restait eutocique mais que les choses pouvaient virer mais sinon non. La nuit par exemple on ne prévenait pas” (SFC3-4).***

Enfin, il existe une dernière organisation évoquée lors de nos entretiens où le processus de naissance est exclusivement géré par des sage-femmes. Ce système se distingue du schéma dit classique où le suivi de la grossesse et de l'accouchement est assuré par un gynécologue. Dans ce contexte, le suivi de grossesse, le travail et l'accouchement relève de la responsabilité de la sage-femme. En cas de complication (dystocie), la sage-femme devra faire appel et transférer la responsabilité de la patiente au service du quartier de naissance.

### 3.1.2 Collaboration avec le corps médical

Selon tous les professionnels interrogés, il est primordial de souligner l'importance du travail de collaboration entre les gynécologues et les sage-femmes lors du processus entier de la

naissance. Elles mettent en avant que cette collaboration peut grandement améliorer les soins prodigués aux patients. Elles soulignent que cette collaboration repose en grande partie sur la confiance mutuelle entre les membres de l'équipe, laquelle se construit progressivement avec le temps et l'expérience partagée.

**« Avec le temps, on a gagné la confiance aussi des gynécologues avec qui on travaille » (SFT).**

En effet, les sage-femmes estiment qu'en collaborant de manière régulière avec un même gynécologue et en démontrant leur compétence au fil du temps, elles peuvent progressivement gagner sa confiance, et finalement travailler avec plus d'autonomie.

**« Je pense que je suis quand-même fort contrôlée mais je me dis aussi que je suis relativement nouvelle et peut-être avec le temps je gagnerai la confiance des médecins et je pourrai travailler plus en autonomie » (SFC2-4).**

Le gynécologue interrogé souligne que la collaboration entre médecins et sage-femmes est essentielle pour assurer des soins cohérents et complets aux patientes. Leurs compétences se complètent et leur travail ne peut se faire sans celui de l'autre. Dès lors, il est très important de trouver un équilibre entre leurs responsabilités et de faire preuve de respect mutuel afin de garantir la meilleure prise en charge possible pour les patientes. Cet avis est rejoint par une sage-femme hospitalière.

**« Ça reste un travail d'équipe et donc on travaille en complémentarité. Sans elles, nous on ne pourrait pas faire tous ce qu'on doit faire et à l'inverse elles savent qu'elles peuvent se reposer sur nous » (G).**

## **3.2 La dévolution de l'accouchement eutocique**

### **3.2.1 Avis général**

La question de la dévolution de l'accouchement eutocique par la sage-femme a presque fait l'unanimité auprès des acteurs interrogés.

**« Moi je suis pour dans de bonnes conditions » (SFC2-4)**

**« Let's go. En fait c'est notre job de le faire (SFR3-5).**

**« Mon avis là-dessus, c'est que c'est normal. Pour moi (...) ça ne devrait pas être un luxe » (SFT).**

**« Moi, je trouve que c'est une bonne idée, une bonne initiative » (SFC1-4).**

Néanmoins, il est important de souligner qu'une sage-femme du panel ne semble pas partager cet avis.

**« Moi, l'accouchement en tant que tel, faire l'acte de l'accouchement, je fais pas ce métier pour ça. Moi, je fais ça pour l'accompagnement au début de travail, jusqu'à la fin. Mais c'est pas l'accouchement et le fait de le faire qui me nourrit » (SFR1-5).**

Les acteurs estiment que l'accouchement physiologique relève davantage des compétences de la sage-femme que du gynécologue. En effet, la formation des gynécologues est principalement orientée vers la pathologie, tandis que les sage-femmes sont spécifiquement formées pour accompagner les naissances de manière physiologique.

**« Finalement, c'est reléguer une partie de nos compétences à quelqu'un dont c'est pas le métier en plus, parce que le gynécologue est formé à la pathologie » (SFT).**

Finalement, cette approche pourrait optimiser la collaboration entre les gynécologues et les sage-femmes tout en respectant davantage les compétences de chaque professionnel et de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des patientes et de leur bébé.

### 3.2.2 Avantages

Toutes les personnes interrogées voient dans l'accouchement par les sage-femmes un avantage pour tous les acteurs concernés par ce processus de la naissance. C'est-à-dire qu'ils estiment que ce serait dans l'avantage des sage-femmes, des gynécologues mais aussi des parents et de leurs bébés.

- *Les avantages pour les sage-femmes*

Les sage-femmes estiment que la réalisation de l'accouchement par elles-mêmes pourrait diminuer la pression de temporalité décrite comme facteur défavorisant de leur satisfaction professionnelle. En effet, le respect des disponibilités des gynécologues pour un événement imprévisible comme l'accouchement représente un stress important pour les sage-femmes au quotidien. Et étant elles-mêmes disponibles 24 heures sur 24, cette question ne poserait plus autant. De plus, la pratique de l'accouchement pourrait diminuer une forme de frustration que certaines sage-femmes décrivent lorsqu'elles sont témoins d'une surmédicalisation non justifiée. En effet, cette médicalisation non optimale entrave parfois leur sentiment de satisfaction d'avoir effectué un travail de qualité. De manière plus générale, le fait d'être responsable de la pratique de l'accouchement permettrait de valoriser le métier de sage-femme. En effet, les sage-femmes semblent apprécier le fait d'être reconnues pour leurs compétences et contribuer de manière plus autonome au bien-être des patientes et de leurs bébés.

**« Quand tu suis une dame en travail et que tu sens, comme tu es là depuis le début, que c'est ça qu'il faut faire et que tu suis ton intuition et que tu avais raison, ça donne vraiment de la confiance en ses capacités professionnelles » (SFC2-4).**

- *Les avantages pour les gynécologues*

Il ressort des entretiens réalisés que la pratique de l'accouchement physiologique par les sage-femmes permettrait aux gynécologues d'alléger leur charge de travail ou du moins de consacrer leur expertise davantage sur les situations nécessitant réellement une intervention médicale spécialisée.

***“Et c’est beaucoup plus enrichissant, tant pour les sage-femmes, tant pour les gynécos, parce que le gynéco, lui, va faire, que de la pathologie, et vraiment ça te libère du temps” (G).***

- *Les avantages pour les parents et leur bébé*

Une des sage-femmes libérales estime que parce qu'elle est responsable de l'accouchement, plutôt que le gynécologue, que cette approche plus physiologique et respectueuse du processus naturel de l'accouchement devient possible. Selon elle, cette implication directe des sage-femmes permet d'offrir aux parents une expérience de naissance plus personnalisée et moins intrusive, mieux adaptée à leurs souhaits et besoins spécifiques. Elle est convaincue que cette approche contribue à améliorer la satisfaction et le bien-être des parents pendant ce moment crucial de leur vie, tout en renforçant leur autonomisation à long terme.

***« Et donc le fait d'avoir un bon vécu de sa naissance, c'est super important et ça va les affecter, pas juste ponctuellement, pas juste au niveau éviter le traumatisme, mais même dans leur vie future. Ça veut dire que le fait d'avoir un bon vécu de sa naissance, ça leur permet par la suite d'avoir vraiment un empowerment, d'avoir plus confiance en elle, et tout et donc ça affecte leur vie future de façon globale » (SFG).***

De plus, la sage-femme étant présente durant tout le processus de l'accouchement, elle peut établir une relation de confiance et de familiarité avec le couple. Cette relation permet à la sage-femme de mieux comprendre les besoins et les préférences des futurs parents, offrant ainsi une continuité dans les soins.

### 3.2.3 Limites

Même si tous les acteurs estiment que la réalisation des accouchements par les sage-femmes peut apporter du positif, nombre d'entre eux ont également émis quelques préoccupations à ce propos. Ce sont presque exclusivement les sage-femmes qui n'effectuent pas les accouchements, par choix ou par contrainte, qui expriment certaines réserves.

L'une des principales réticences soulevées par les sage-femmes est l'augmentation de la charge de travail due à la pratique de l'accouchement. Cette responsabilité nécessite une disponibilité importante, car une fois engagée dans un accouchement, la sage-femme doit y rester jusqu'à la naissance de l'enfant. Et, comme mentionné précédemment, un accouchement eutocique peut s'étendre sur une longue période, limitant ainsi la disponibilité de la sage-femme pour ses autres patientes. Cette situation peut être préjudiciable pour les patientes et contrecarrer le désir d'accompagnement optimal exprimé par les sage-femmes. En conséquence, les sage-femmes peuvent se sentir dépassées ou pressées, ce qui peut affecter leur capacité à fournir des soins attentionnés, individualisés et de haute qualité.

***« Parfois, très rarement, quand un gynéco est de garde mais la patiente qui accouche n'est pas à lui alors ils nous laissent au périnée<sup>6</sup>. Mais finalement, ça ne nous arrange pas toujours non plus en fonction du service que l'on n'a. Moi souvent ici je préfère ne pas faire les accouchements pour être dispo et pouvoir quitter la chambre pour continuer à suivre mes autres patientes car ça ce n'est pas la gynéco qui va le faire » (SFR3-5).***

Un deuxième grand inconvénient redouté par les sage-femmes qui ne pratiquent pas les accouchements est la dégradation de la collaboration entre les sage-femmes et les gynécologues.

Certaines sage-femmes reconnaissent, comme expliqué précédemment, du positif dans le travail de collaboration avec les gynécologues et craignent que cela pourrait se perdre si les gynécologues ne venaient plus que pour la dystocie. En effet, en cas de charge de travail trop importante le gynécologue pouvait soulager les tâches des sage-femmes. Finalement cette collaboration sage-femme et gynécologue permet parfois une prise en charge neutre et multidisciplinaire tout renforçant la confiance mutuelle dans la prise de décision.

***« J'aime bien aussi parce qu'ils sont derrière et que si je ne sais pas le faire ou je suis trop occupée, eux vont aller le faire » (SFR1-5).***

De plus, cette préoccupation repose sur le risque que si les gynécologues n'interviennent que dans les cas de dystocie, ils seraient amenés à ne voir que les aspects problématiques ou les "échecs" de la prise en charge par les sage-femmes. De ce fait, la dévolution des accouchements pourrait ainsi créer une dynamique négative, où les gynécologues interviennent principalement en cas de complications, sans avoir une vision complète et nuancée de la prise en charge globale des sage-femmes. Certaines sage-femmes craignent que si elles réalisent les accouchements,

---

<sup>6</sup> Expression souvent utilisée par les sage-femmes pour évoquer la position de la personne qui effectue l'accouchement.

elles se voient confrontées à davantage de reproches dans le cas où les prises en charge deviennent dystociques.

En outre, certaines sage-femmes aiment pouvoir se reposer sur les décisions des gynécologues pour gérer les prises en charge. Cela les met en sécurité de savoir que le gynécologue est prêt agir instantanément en cas de complication. Finalement, la charge de l'accouchement se traduit par une augmentation significative des responsabilités professionnelles, ce qui peut être perçu comme une source de stress.

***« Les cas où c'est un peu plus compliqué, la responsabilité leur revient et donc c'est moins stressant pour nous » (SFR1-5).***

***« Mais il y a aussi toujours aussi cet aspect de sécurité de savoir que s'il y a la moindre chose c'est le gynéco qui va gérer. Quand on a l'habitude de travailler avec des gynécos c'est vrai que c'est une sécurité en plus » (SFC2-4).***

Comme mentionné précédemment, la plupart de ces limites ont été soulevées principalement par les sage-femmes qui n'effectuent pas les accouchements dans leur pratique quotidienne. En revanche, du côté des sage-femmes réalisant les accouchements, elles ont identifié très peu d'inconvénients. Certes, une certaine crainte de complications persiste, mais ces sage-femmes sont également d'avis que les gynécologues restent généralement disponibles pour intervenir presque immédiatement en cas de besoin. Ainsi, cette crainte est similaire à celle qu'elles auraient si un gynécologue pratiquait l'accouchement. De plus, ces sage-femmes se disent plutôt satisfaites de la collaboration qu'elles entretiennent avec les gynécologues. Elles estiment que la réalisation ou non des accouchements n'influence pas significativement cette collaboration. Ce qui contribue réellement à rendre cette collaboration optimale est le niveau de confiance que les gynécologues leur accordent avec l'expérience.

### **3.3 Impact sur la satisfaction**

La réponse à la question de l'impact de la pratique ou non l'accouchement sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes fut très contrastée. Finalement, la pratique ou non de l'accouchement aurait peu d'influence sur leur satisfaction.

***« Ça n'influence pas tant que ça négativement ma satisfaction » (SFC2-4).***

Ce sont surtout les facteurs considérés comme favorisant leur satisfaction qui se semblent peu influencés par la dévolution des accouchements. En effet, la majorité des personnes interrogées estime que la reconnaissance des parents et l'accompagnement global fourni par les sage-

femmes ne sont pas affectés par la pratique ou non des accouchements. Comme dit précédemment, la reconnaissance des parents est un élément crucial de la satisfaction professionnelle des sage-femmes. La qualité de l'accompagnement, le soutien apporté aux parents et la capacité d'établir une relation de confiance avec ceux-ci semblent indépendants de la pratique des accouchements.

***« Pour moi, on a la même reconnaissance de la part des parents. Ils ne retiennent pas que l'accouchement, c'est une partie de leur souvenir. Mais non parce que nous, sur le long terme, on va être plus présente pour l'accompagnement, l'allaitement et tout ça, et là, on aura plus de reconnaissance » (SFC4-4).***

De même, la diversité du travail et l'ambiance de travail sont des éléments qui contribuent significativement à la satisfaction professionnelle des sage-femmes. Bien que la dévolution des accouchements puisse influencer la charge de travail et les responsabilités spécifiques, elle n'affecte généralement pas la variété des tâches et l'ambiance de travail dans laquelle évoluent les sage-femmes. Par conséquent, ces aspects demeurent inchangés et continuent de contribuer positivement à leur satisfaction professionnelle.

Néanmoins, plusieurs sage-femmes estiment que cela pourrait réduire certains éléments influençant leur satisfaction professionnelle, bien que de manière non significative. La dévolution des accouchements pourrait potentiellement agir sur la temporalité contraignante, certaines contraintes organisationnelles et finalement réduire le sentiment de perte de sens dans leur travail.

***« Je pense que les gynécos arrêtaient d'être sur notre dos et ça nous retirerait une énorme pression. Donc nous serions moins stressées par cet impact au niveau du temps. Et je pense qu'ils auraient aussi plus de respect envers nous » (SFR2-5).***

Toutefois, un avis largement partagé parmi les sage-femmes est que ce n'est pas tant l'acte de pratiquer ou non les accouchements qui influence significativement leur satisfaction professionnelle, mais plutôt les conditions de travail et l'environnement dans lequel elles exercent. Ce qui est principalement dénoncé, c'est une certaine pression médicale exercée pour que les femmes accouchent à des horaires convenables et en conséquence un phénomène de surmédicalisation des accouchements parfois associé. Les sage-femmes expriment leur frustration face à cette approche, qu'elles estiment parfois non nécessaire et potentiellement préjudiciable pour la mère et le bébé. Elles souhaitent pouvoir offrir des soins plus naturels et personnalisés, sans certaines contraintes organisationnelles. Dans ce sens, Il est vrai que la pratique des accouchements par les sage-femmes pourrait favoriser un changement de

pratiques. En étant disponibles 24h/24 et en ayant une approche plus centrée sur la patiente, les sage-femmes pourraient contribuer à réduire la surmédicalisation et à offrir des soins plus individualisés et respectueux des besoins et des souhaits des femmes enceintes. Dans cette perspective, l'accouchement est perçu comme un moyen d'accompagner la femme dans ce moment important de sa vie, plutôt que comme une fin en soi. Les sage-femmes souhaitent replacer l'expérience de l'accouchement au centre des préoccupations, en mettant l'accent sur le bien-être de la mère et de l'enfant, et bien que le fait de pratiquer l'accouchement peut peut-être contribuer à cela, les sage-femmes ne semblent pas vouloir réaliser les accouchements pour l'acte en soi.

**« Je trouve que c'est quand même quelque chose de super bien à développer pour éviter qu'elles se retrouvent dans des situations où on se retrouve avec une kiwi<sup>7</sup>, une épisio[tomie] non justifiés » (SFC1-4).**

**« En fait moi ce que j'aimerais changer ce n'est pas vraiment le fait de pratiquer ou non l'accouchement car le rôle d'accompagnante est tout aussi important que d'être au périnée mais ce que je voudrais changer c'est cette surmédicalisation pour que les choses soient rapides. Donc j'aimerais qu'on arrête de nous imposer des actes juste qu'on puisse faire ce qu'on juge le mieux au moment qui nous semble adéquat. Et donc peut-être que pour arriver à cela il faut qu'on devienne responsable de l'accouchement car nous on est quand même réveillé la nuit par exemple. Parfois on est témoin de violences obstétricales et on sait que la motivation derrière ces actes c'est de gagner du temps. Mais en fait ces actes ils ont une répercussion sur la maman ou sur le bébé et c'est pas du tout anodin. Donc il y a beaucoup de frustration derrière cela » (SFT).**

## 4. La dévolution des accouchements eutociques : une réalité proche ?

| Catégories conceptualisantes                                     | Rubriques                           | Thèmes                        |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| La dévolution des accouchements eutociques, une réalité proche ? | Avis global                         | Souhait des sage-femmes       |
|                                                                  | Reconfigurations organisationnelles | Conditions organisationnelles |
|                                                                  |                                     | Compétences et habiletés      |

### 4.1 Avis global

Bien que la pratique des accouchements par les sage-femmes soit généralement bien perçue et reconnue comme bénéfique, la volonté de réaliser ces accouchements ne fait pas l'unanimité parmi les sage-femmes. Presque qu'aucune d'entre elles ne s'est révélée comme réellement

<sup>7</sup> La kiwi est un terme utilisé par les sage-femmes pour désigner la ventouse obstétricale. Il s'agit de la marque de la firme qui les fabrique.

contre cette perspective, mais il ne s'agit pas non plus d'une demande généralisée venant des sage-femmes.

**« Si je n'ai pas le choix je m'adapterai mais sinon je ne cours pas après » (SFR1-5).**

Toutes les sage-femmes estiment déjà jouir d'une belle autonomie dans leur pratique actuelle. Elles ne souhaitent pas nécessairement moins d'autonomie et considèrent qu'avoir davantage serait positif, mais elles se déclarent satisfaites de l'autonomie dont elles disposent actuellement. De plus, elles soulignent le fait d'avoir choisi de travailler dans les conditions qui leur sont propres, en connaissance de cause. Cela signifie qu'elles ont accepté le fait de ne pas réaliser les accouchements et que cette situation leur convient la plupart du temps. Une sage-femme nous confie que la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes dans son service pourrait même l'amener à repenser sa trajectoire professionnelle.

**« Moi je pense que je changerais de service. Je ne sais pas, je ne me suis jamais posé la question » (SFR1-5).**

De même, pour les sage-femmes qui réalisent les accouchements, elles expriment une certaine satisfaction à pratiquer ces interventions. Néanmoins, elles considèrent que les accouchements ne sont pas l'aspect le plus important de leur métier mais plutôt les conditions de travail dans lesquelles elles exercent, qui sont elles-mêmes influencées par leur pratique des accouchements.

**« J'aime bien accoucher mais limite en fait je préfère l'accompagnement à côté de la patiente que d'être au périnée » (SFR3-5).**

Toutefois, la dévolution des accouchements aux sage-femmes est une évolution largement envisageable et soutenue par l'ensemble des acteurs. Certains vont même jusqu'à penser que ce système actuel qui tend à s'épuiser naturellement. En effet, on constate que les mentalités évoluent majoritairement, avec une demande croissante des couples pour des accouchements moins médicalisés. C'est donc une dynamique qui semble provenir des couples surtout, mais également aussi un peu des sage-femmes et gynécologues. On observe que de plus en plus d'hôpitaux sont prêts à envisager cette possibilité.

**« Je suis très clairement, pour. En pratique, ça se fait déjà à certains endroits en Belgique et je pense que le seul facteur limitant qui bloque le fait que les sage-femmes accouchent, c'est le point financier. Pourquoi ? C'est parce que les accouchements sont encore fort rémunérateurs pour les gynécologues. C'est dans cette optique de gynéco privé, etc.. Mais en pratique, au niveau eutocique et médicalement parlant, ça n'a pas lieu d'être. Pour moi c'est pour cette raison on est dans un système au bord du gouffre » (G).**

## 4.2 Reconfiguration organisationnelle

Mettre en place un tel projet demande beaucoup de réorganisation organisationnelle dont notamment une réorganisation de l'équipe et des compétences du personnel soignant.

### 4.2.1 Conditions organisationnelles

Tous les participants à l'étude sont d'accord que la pratique de l'accouchement par les sage-femmes ne s'improvise pas. Toutes les sage-femmes estiment que cela nécessiterait d'avoir une plus grande équipe afin d'avoir l'opportunité d'être deux lors d'un accouchement.

Cet avis est partagé aussi par la sage-femme cheffe de service. Selon elle, l'augmentation du nombre de personnel qualifié est un critère principal de sécurité.

***“Il faut augmenter le staff de personnel sage-femme, mais je ne voudrais pas l'augmenter avec des puéricultrices ou des choses comme ça. Pour moi, il faut 100 % de sage-femme, on augmente le staff de sage-femme et on assure la sécurité pour travailler dans des bonnes conditions pour faire des accouchements, sinon, évidemment, ce n'est pas faisable” (SFR5-5).***

De plus, les sage-femmes semblent s'accorder sur le fait qu'elles seraient plus sereines de pratiquer les accouchements tout en sachant qu'un gynécologue est disponible presque l'immédiat en cas de problème.

***« Il faut qu'il y ait toujours un gynéco de garde sur place. Car moi qui ai travaillé ailleurs j'ai rarement profité des mes accouchements. Je me suis fait la réflexion ici avec toujours la présence d'un gynéco à proximité, que j'étais beaucoup plus sereine. Le fait de ne pas voir de gynéco ça entravait mon plaisir d'accoucher parce que tu as toujours une peur que ça se passe mal et que tu dois gérer seule » (SFR2-5)***

### 4.2.2 Compétences et habilités

Concernant les compétences du personnel paramédicale, afin de garantir une dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes qui se fasse de façon sécuritaire pour les professionnels et les patients, une adaptation semble également nécessaire.

Selon les interrogées, c'est l'enseignement même de la profession qui doit d'abord s'adapter. Le cursus scolaire des études de sage-femme ne semble pas assez complet et étoffé pour assurer sereinement la pratique des accouchements eutociques une fois le diplôme obtenu.

***« Mais par contre, en sortant des études, on n'est pas du tout formée à l'accouchement physiologique. Il y a des grosses lacunes, et ça, c'est encore un autre débat » (SFT).***

Une sage-femme réalisant les accouchements eutociques confie qu'elle ne se sentait pas directement capable de faire accoucher à la suite de son diplôme. Pour elle, suivre des formations a été un élément essentiel pour lui permettre d'aborder cette facette-là du métier avec assurance et autonomie.

***« J'ai suivi des formations(...)Mais c'est clair que je me sentais pas tout à fait légitime de me prétendre savoir faire des accouchements. Et je me suis formée, j'ai été voir, observer en compagnonnage d'autres sage-femmes, voir comment elles faisaient » (SFT).***

D'autre part, quelques-unes des sage-femmes se disent prêtes à réaliser les accouchements eutociques après une période de supervision par les gynécologues.

***« C'est pas quelque chose qui me fait peur là tout de suite même si d'office je serai un peu stressée au début mais tout le monde passerait par là. Je me sens prête même si j'aurai besoin d'une petite phase d'adaptation » (SFC2-4).***

# Discussion

## 1. Synthèse des résultats en regard de la littérature

Dans cette partie, nous aborderons les résultats obtenus à travers l'analyse des données en mettant en lumière leur pertinence par rapport à la question de recherche centrale : « **Comment la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes hospitalières influence-t-elle leur satisfaction professionnelle ?** »

L'impact de la dévolution des accouchements sur la satisfaction des sage-femmes semble être une question très nuancée. En effet, la question relève quelques paradoxes. La pratique de l'accouchement par les sage-femmes implique une transition vers une plus grande autonomie professionnelle. Cette autonomie pourrait accroître leur satisfaction en tant que praticiennes. Cependant, cela pourrait également engendrer des défis et des tensions liés à des responsabilités accrues et des modifications des structures de travail traditionnelles, telles qu'une charge de travail plus importante.

Tout d'abord, comme le montrent nos résultats et la littérature, il est important de préciser que, même si beaucoup de sage-femmes envisagent une modification de carrière au cours de leur exercice, principalement un passage du domaine hospitalier vers le domaine libéral, elles semblent plutôt satisfaites d'un point de vue professionnel (Estry-Béhar, 2008). Cette satisfaction provient notamment du fait que leur métier répond à leurs attentes initiales. Les nombreux stages durant leurs études les aident à développer une vision du métier proche de la réalité de la pratique et à se forger une identité professionnelle solide.

Ensuite, leur satisfaction découlerait, de manière générale, de la sensation d'avoir accompli leur travail de manière optimale. Elles entendent par-là la concordance entre leurs attentes, leurs perceptions de ce qui semble juste et leur prise en charge effective. Dans cette optique, le travail en autonomie semble renforcer cette perception d'accomplissement dans la mesure où elle favorise leur prise de décision (Legault, 2003). L'autonomie, définie comme la capacité à prendre des décisions et à exercer son expertise de manière indépendante, est donc de ce fait largement reconnue comme un facteur majeur de satisfaction dans de nombreux domaines professionnels, y compris celui des soins de santé (Randon, 2011). La majorité des sage-femmes belges semblent décrire un niveau d'autonomie élevé. Ce sentiment est davantage

marqué chez les sage-femmes indépendantes. De même, le sentiment d'autonomie différerait d'une région à l'autre. Ainsi les sage-femmes de la région de Bruxelles-Capitale se sentent plus autonomes (92,6%) que celles de Flandre (81,8%) et de Wallonie (73,01%). Mais elles estiment également qu'elles devraient avoir la possibilité de travailler encore davantage en autonomie à l'avenir. De plus, plus les sage-femmes ont d'années d'ancienneté et acquièrent de l'expérience, plus elles évaluent leur autonomie comme élevée. (Vermeulen, Fobelets, Fleming, Luyben, Stas & Buyl, 2023). Cette tendance s'est également retrouvée dans nos résultats. En effet, les sage-femmes interrogées estiment que l'autonomie est corrélée avec la confiance en ses capacités et de son équipe, laquelle se gagne avec le temps.

De plus, l'autonomie professionnelle offrirait également une forme de protection contre le stress psychologique, l'épuisement professionnel, la dépression et l'anxiété. Les sage-femmes qui bénéficient d'un haut degré d'autonomie adoptent généralement des attitudes plus positives envers leur travail. Elles sont plus susceptibles de se sentir valorisées et reconnues pour leur expertise et leur contribution (Homer, 2016 ; Moncrieff, 2018). Enfin, la satisfaction professionnelle corrélée à un degré d'autonomie permettrait de limiter le phénomène de *turn-over* connu dans les soins de santé. (Estryn-Béhar, Van Der Heijden, Fry & Hasselhorn, 2010). Ce phénomène s'applique également aux sage-femmes qui seraient plus engagées dans le travail lorsqu'elles bénéficient d'un haut niveau d'autonomie. (Vermeulen, Fobelets, Fleming, Luyben, Stas & Buyl, 2023).

En dernier ressort, la possibilité d'exercer son métier de manière autonome, permettrait également de moins devoir faire de compromis avec ses propres valeurs et ainsi contribuer à la recherche de sens dans son métier. En effet, lorsqu'il y a un conflit entre les valeurs personnelles et organisationnelles, les travailleurs se retrouvent à devoir faire un compromis entre le travail qu'ils veulent faire et qu'ils doivent faire (Maslach, 2008) Donc la pratique de l'accouchement permettrait de mieux répondre aux attentes individuelles puisqu'il induit un travail en autonomie.

Ce phénomène de désajustement entre le contexte dans lequel évolue un soignant et le respect de ses valeurs professionnelles est un défi complexe auquel sont confrontés les soignants. En effet, il peut entraîner des répercussions sur l'engagement des soignants dans leur métier mais aussi entraîner un sentiment de démotivation et d'épuisement (Péoc'h & Ceaux, 2012).

Dans ce sens, les sage-femmes ne pratiquant pas les accouchements semblent être plus confrontées à ce sentiment désillusion par rapport à leur pratique. Cette désillusion peut

découler de divers facteurs, notamment des contraintes organisationnelles inhérentes à la pratique des accouchements par les gynécologues, ainsi qu'un sentiment de pression médicale perçu par les sage-femmes dans ce contexte.

Le sentiment de prodiguer des soins de qualité se manifeste à travers la reconnaissance des personnes directement concernées par ces soins. En effet, selon Burn et Douglas (2002, cité par Bourdil & Ologeanu-Taddei, 2018), la reconnaissance au travail se définit comme étant la « *démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur* » et est fondamentale, d'autant plus pour les métiers demandant un important engagement psychologique. Ainsi, un besoin de reconnaissance s'est révélé jouer un rôle central dans l'épanouissement professionnel des sage-femmes. Elles apprécient particulièrement la reconnaissance régulièrement exprimée par les parents mais sont également en recherche d'une reconnaissance de la part de leurs supérieurs. Cette dynamique, s'explique par le fait que lorsque les professionnels de la santé se sentent peu reconnus au sein de leur institution, l'importance de la reconnaissance venant des patients devient primordiale. En fait, le manque de reconnaissance interne peut être compensé par la reconnaissance externe, notamment celle exprimée par les patients. Cependant, il est crucial de noter que les différents types de reconnaissance au travail, comme définis par Brun et Douglas (2002, cité par Bourdil & Ologeanu-Taddei, 2018) ne sont pas interchangeables. En effet, la reconnaissance externe, telle que celle des patients, ne compense pas totalement un possible manque de reconnaissance interne, telle que celle exprimée par l'équipe ou la hiérarchie. Et lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance reçue, cela peut entraîner un désengagement professionnel et un sentiment d'inefficacité, affectant non seulement les relations avec les collègues mais également celles avec les patients et pouvant à terme être associé à un épuisement professionnel (Maslach, 2008 ; Bourdil & Ologeanu-Taddei, 2018). Ce besoin de reconnaissance de la part des parents ne semble que faiblement impacté par la pratique ou non de l'accouchement. En effet, les sage-femmes étant très présentes pour les couples tout long du parcours de la naissance, elles jouissent souvent d'une belle reconnaissance de ceux-ci pour qui l'accouchement même ne représente qu'un élément, certes marquant, de ce parcours. Toutefois, la dévolution de l'accouchement eutocique aux sage-femmes pourrait donner lieu à une meilleure reconnaissance de la part du corps médical et de la hiérarchie.

Les sage-femmes jouent finalement un rôle d'accompagnement global tout au long du parcours de la parentalité. C'est un élément qui semble très important pour contribuer à la satisfaction des sage-femmes. Ce modèle d'accompagnement, tel que défini par l'Association Nationale des Sage-Femmes Libérales (ANSFL), englobe un suivi pré, per et post-partum par la même sage-femme, offrant ainsi une continuité de soins personnalisée et centrée sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. La dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes favoriserait donc ce désir d'accompagnement global puisqu'il offre la possibilité aux sage-femmes de mettre en pratique une continuité des soins et suivi personnalisé aux parents (Thomas, 2017).

D'autres facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction semblent quant à eux assez peu influencés par la pratique de l'accouchement. La demande de rentabilité, le manque de temps et de moyens, sont parmi les principaux facteurs mentionnés. D'un côté, la rentabilité et l'efficacité imposées par les structures hospitalières imposent aux sage-femmes une justification permanente des actes posés. Elles se sentent fort contrôlées dans leur travail à travers les technologies de plus en plus omniscientes. Dans ce sens, peu importe la politique en matière d'accouchement, les contraintes administratives et technologiques sont de plus en plus conséquentes et viennent entraver la relation de soin (Dayer, 2015). Certaines sage-femmes évoquent même que cette demande de rentabilité amènerait à une forme de déshumanisation dans les soins. En effet, le système des soins de santé tend de plus en plus à standardiser les procédures afin de s'axer sur l'efficacité et la sécurité. Mais cela peut amener à négliger l'individualité des patients et entraver la demande de soins personnalisés autour du patient (Business Bliss Consultants FZE, 2018).

De l'autre, la rentabilité à tout prix se lie au paradoxe du manque de temps et de moyens. Il faut faire plus avec moins. Ce manque de ressource est largement responsable des difficultés rencontrées par les professionnels de la santé (Rossano, 2019, cité par Abord de Chatillon, Chakor & Commeiras, 2022).

D'autres facteurs de satisfaction mentionnés semblent également peu influencés par la pratique ou non de l'accouchement. Il s'agit de la variété des tâches et l'équipe. La variété des tâches correspond au panel d'activité réalisé dans le cadre de la profession. Dans le secteur des soins de santé, la variété des tâches est reconnue comme un réel facteur de satisfaction. Cependant, l'acte de réaliser l'accouchement en tant que tel ne semble pas modifier le ressenti concernant

la variété de leurs tâches professionnelles (Horellou-Lafarge, 2011). Les sage-femmes interrogées partagent cette pensée. Selon elles, le suivi de travail et l'accompagnement global autour de l'accouchement participe davantage à renforcer la variété des tâches retrouvée dans leur profession.

L'équipe joue aussi un rôle fondamental dans la satisfaction professionnelle des sage-femmes. Toutes les sage-femmes ont souligné l'importance de la cohésion et de la coopération au sein de l'équipe de soin. C'est cette coopération autour d'un même objectif de soin qui fait l'essence même d'une équipe (Chenevard & Demierre, 2014). Le rôle fédérateur du chef de service a également été reconnu. Selon Bourret (2012) : *“L'encadrement a une fonction de lien social, son rôle ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais à relier des hommes”* (Bourret, 2012, cité par Dumas, Douguet & Fahmi, 2016). Néanmoins, la politique en matière d'accouchement ne semble que peu influencer ce facteur “équipe”. La coopération, l'ambiance de travail et la cohésion d'équipe semblent être influencés par des facteurs extérieurs à la pratique ou non de l'accouchement.

Enfin, le dernier élément qui semble peu affecté par la pratique de l'accouchement concerne les contraintes organisationnelles. Par contraintes organisationnelles, les sage-femmes entendent le plus souvent les horaires atypiques et le contrôle hiérarchique. Il s'agit de facteurs qui entravent la satisfaction professionnelle des sage-femmes mais qui sont inhérents au système hospitalier et donc difficilement modulables (Colombat et al., 2011).

Finalement, la totalité des acteurs interrogés se disent en faveur de la pratique de l'accouchement par les sage-femmes. On pourrait dès lors envisager que c'est notamment parce que cela contribue de façon positive à leur satisfaction. Toutefois, la réalité semble plus complexe. Globalement, ce ne serait pas la pratique ou la non pratique de l'accouchement qui requiert de l'importance pour la satisfaction des sage-femmes mais plutôt les facteurs contextuels engendrés par les différences de pratique. En d'autres termes, ce n'est pas tant l'action d'accoucher en elle-même qui influence la satisfaction des sage-femmes, mais plutôt les circonstances et les environnements de travail qui découlent de cette pratique. Par conséquent, on constate donc que la pratique de l'accouchement par les sage-femmes pourrait avoir un effet sur leur satisfaction professionnelle par l'influence indirecte de certains facteurs de satisfaction et d'insatisfaction. En effet, ce processus de l'accouchement semblerait influencer des éléments, décrits par les sage-femmes interrogées, tels que leur autonomie dans

la prise de décision, leur sentiment de reconnaissance pour leur travail et la manière dont elles gèrent les contraintes de temps et de ressources.

Par conséquent, même si la participation directe à l'accouchement peut ne pas être le seul déterminant de leur satisfaction professionnelle, elle pourrait tout de même impacter les conditions dans lesquelles les sage-femmes exercent leur profession, et donc indirectement leur niveau de satisfaction. L'important est donc de veiller à un environnement de travail qui favorise la mise en pratique des facteurs cités ci-dessus. Et la dévolution de l'accouchement eutocique aux sage-femmes semble pouvoir y contribuer.

Finalement, exercer selon ce modèle de soins encouragerait les processus physiologiques de la naissance, tout en permettant à la sage-femme d'exercer sa profession avec plus d'indépendance et en mettant en œuvre toutes les compétences propres à ces soins. (Maillefer, de Labrusse, Cardia-Vonèche, Hohlfeld & Stoll, 2015,).

## **2. Forces**

La première force de ce travail est avant tout le caractère actuel et innovant de sa thématique. En effet, la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes est un sujet d'actualité dans le paysage belge des soins de santé. De plus, peu d'études à l'heure actuelle abordent précisément la convergence des thématiques de la pratique de l'accouchement et de la satisfaction professionnelle des sage-femmes. Ceci renforce donc la pertinence de ce mémoire.

Une autre force réside dans notre travail de collaboration. En effet, nous avons réalisé ce mémoire en duo. Nous avons pu, tout au long de l'élaboration de ce travail, discuter et argumenter nos différentes visions et interprétations personnelles, ce qui a permis d'approfondir davantage notre travail d'analyse. Cette richesse se démontre particulièrement dans l'analyse croisée des résultats de cette étude.

Enfin, notre position de chercheur et de sage-femme nous donne une force supplémentaire vis-à-vis de l'implication des répondants à notre étude. Cette position peut nous conférer une certaine légitimité auprès de nos répondants, qui peuvent se sentir plus enclin à s'engager de façon sérieuse dans le processus des entretiens semi-dirigés. De plus, la connaissance des enjeux et des défis spécifiques attachés à notre problématique de départ facilite l'élaboration de questions pertinentes susceptibles d'améliorer la richesse et la qualité des données

recueillies. Nous pensons que notre position de chercheur et de témoin renforce la valeur de notre étude.

### **3. Limites**

D'un point de vue des limites de ce travail, nous pouvons tout d'abord énoncer les limites relatives à l'échantillon obtenu. Premièrement, notre échantillon ne comprend qu'un seul gynécologue. Bien que nous ayons choisi d'intégrer son ressenti dans les résultats de la recherche, nous savons qu'il représente une limite dans sa transférabilité. En effet, il est possible que l'absence de diversité dans les perspectives recueillies des gynécologues aient affecté les résultats obtenus. Par conséquent, nos résultats ne reflètent pas l'opinion de cette famille de professionnels. Finalement, une plus grande diversité d'opinions aurait pu entraîner des résultats moins favorables à la dévolution des accouchements aux sage-femmes par exemple.

Du côté de l'échantillon de sage-femme obtenu, nous trouvons aussi qu'il manque un peu de diversité. Les structures universitaires, les plateaux techniques et les gîtes de naissance ne sont représentés chacun que par un seul individu. Cela peut également poser un possible problème de transférabilité des résultats. Enfin, nous pensons que certaines sage-femmes répondantes induisent un biais d'auto-sélection. Leur participation et donc leur discours étant motivé et influencé par un possible intérêt préexistant pour la problématique.

De plus, nous retrouvons aussi une limite inhérente à l'élaboration des entretiens. En effet, le choix du lieu des entretiens revenait aux interrogés. La plupart d'entre eux ont choisi de l'effectuer sur leur lieu de travail, pour des raisons principalement pratiques. Par rapport à notre thématique, nous pensons que la réalisation de l'entretien sur le lieu de travail peut potentiellement introduire un biais, dans le sens où cela pourrait influencer le discours des répondants.

Enfin, comme énoncé dans les forces, notre position de chercheur et de sage-femme peut renforcer la construction de cette recherche mais cela peut également s'exprimer comme une limite. Nous sommes concernées par notre propre question de recherche. Nous avons pensé cette étude avec des hypothèses et convictions personnelles préalables qu'il convenait de ne

pas laisser influencer la manière de mener nos entretiens et d'analyser nos données afin de ne pas affecter la direction et l'objectivité de cette étude.

## 4. Perspectives

Dans un contexte où les tensions en matière de management humain dans le secteur des soins de santé sont palpables, il devient primordial d'instaurer des mesures visant à contrer la croissante insatisfaction professionnelle des soignants. Cette nécessité s'applique également dans le cadre de la dévolution grandissante des accouchements eutociques aux sage-femmes, sachant que la satisfaction professionnelle peut jouer un rôle crucial dans la prestation de soins de qualité. Dans cette perspective, plusieurs pistes de réflexion et enjeux émergent pour orienter la recherche future et les pratiques cliniques.

Tout d'abord, il serait opportun d'approfondir la compréhension des déterminants spécifiques de la satisfaction professionnelles des sage-femmes. En effet, encore peu d'études ont été menées sur le sujet et encore moins dans le contexte de la dévolution des accouchements eutociques. Dans ce sens, des études supplémentaires pourraient explorer en détail les expériences, les perceptions et les défis rencontrés par les sage-femmes dans la mise en œuvre de ce modèle de soins. En effet, il pourrait être intéressant de développer des stratégies de soutien professionnel spécifiquement adaptées aux besoins des sage-femmes travaillant dans le cadre de la dévolution des accouchements eutociques.

Par ailleurs, il convient de souligner l'existence de divers types de pratiques d'accouchement eutociques hospitaliers et extrahospitaliers (service classique, plateau technique, maison de naissances, ...), chacun caractérisé par des approches distinctes. L'exploration de l'impact de chaque type de pratique sur la satisfaction des sage-femmes pourrait dès lors offrir davantage de perspectives riches et nuancées.

Ensuite, il serait pertinent de s'intéresser à l'avis du dernier acteur clé concerné par la pratique de l'accouchement eutocique, à savoir les gynécologues. En effet, leur point de vue est essentiel pour comprendre de manière plus complète et équilibrée les dynamiques et les défis associés à ce modèle de soins. Partagent-ils le même avis que les sage-femmes concernant la dévolution des accouchements eutociques ?

Enfin, il semble que les résultats de cette étude qualitative ne permettent pas de conclure de manière probante qu'un modèle de dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes devrait être mis en place pour améliorer leur satisfaction professionnelle. Toutefois, cette transition de pratique s'étend peu à peu, à l'exemple de l'ouverture des plateaux techniques à Bruxelles et/ou des gîtes de naissance intra-hospitaliers (Walheer, 2024). Par conséquent, ces résultats pourraient fournir des informations pertinentes aux décideurs sur les enjeux associés à la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes. Le renforcement de la formation professionnelle, la promotion de la collaboration interprofessionnelle et la révision des politiques de financement des soins périnataux figurent notamment parmi ses enjeux

## Conclusion

Le concept de la satisfaction professionnelle est un concept multidimensionnel clé étudié en gestion des ressources humaines et en management. Il influence directement la performance et l'engagement vis-à-vis de l'organisation. Dans le domaine de la santé, la satisfaction professionnelle des soignants est déterminante dans la qualité des soins. Chez les sage-femmes plus particulièrement, cette satisfaction impacte directement la santé materno-infantile. De prime abord, les sage-femmes semblent globalement satisfaites de leur profession. Les conditions de travail, la reconnaissance, l'autonomie, l'équipe, la variété des tâches ou encore le sens du travail sont autant de facteurs qui semblent exercer une importante influence sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes.

À la vue de la conjoncture actuelle en matière de politique périnatale, la satisfaction professionnelle des sage-femmes et le souhait d'un retour à la physiologie des accouchements sont deux thématiques d'actualité. Cette recherche avait pour but de croiser ces différentes thématiques afin de mettre en lumière l'influence de la pratique de l'accouchement eutocique par les sage-femmes hospitalières sur leur satisfaction professionnelle. Le panel, constitué de sage-femmes réalisant et ne réalisant pas les accouchements a permis d'étoffer la vision de cette étude.

La pratique de l'accouchement eutocique semble influencer la satisfaction professionnelle de façon indirecte en modifiant l'environnement dans lequel les sage-femmes travaillent. Ce sont surtout les facteurs considérés comme entravant leur satisfaction qui semblent influencés par la dévolution des accouchements. En effet, les résultats mettent en lumière que la pratique de l'accouchement permettrait de donner aux sage-femmes un sentiment accru d'autonomie et de responsabilité professionnelle. Cette autonomie est également associée à une réduction du sentiment de perte de sens ressenti par les sage-femmes lorsque, sous la supervision directe d'un gynécologue, elles ne peuvent suivre leur propre expertise.

Ainsi, les sage-femmes se sentent plus investies dans leur pratique et plus connectées aux patientes qu'elles accompagnent tout au long du processus d'accouchement.

Cependant, certaines préoccupations ont été évoquées quant à la charge de travail accrue et au stress associés à la prise en charge des accouchements eutociques. La nécessité d'une formation continue et d'un soutien adéquat a été largement soulignée.

Enfin, il faut reconnaître que la dévolution des accouchements eutociques ne constitue pas une solution univoque et doit être mise en œuvre avec précaution, dans le respect des normes de sécurité et de qualité des soins. Il est finalement primordial que les décideurs politiques, les gestionnaires de santé et les praticiens collaborent conjointement afin d'assurer un environnement de travail favorable au soutien du développement professionnel des sage-femmes et la promotion de pratiques de soins sûres et satisfaisantes pour tous les acteurs.

## Bibliographie

- Abord de Chatillon, E., Chakor, T. & Commeiras, N. (2022). Santé au travail dans les métiers du soin : Panorama de la recherche francophone sur la santé au travail dans les métiers du soin (introduction au dossier spécial). *@GRH*, 42, 13-33. Accès <https://doi.org/10.3917/grh.042.0013>
- Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G. & Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession : An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 386–399. doi: 10.1111/jocn.14651
- Bonnet, D. (2018). Approche historique de l'évolution des écoles de sage-femmes en France. *Les Dossiers De l'Obstétrique*, 480(1), 34-35. Accès <https://journaleska.com/index.php/do/article/view/4145>
- Bourdil, M. & Ologeanu-Taddei, R. (2018). Les patients, premier champ de reconnaissance au travail : étude au sein d'un CHU. *@GRH*, 29, 61-92. Accès <https://doi.org/10.3917/grh.184.0061>
- Bruyneel, A., Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., Detollenaere, J., Kohn, L., Pirson, M., ... Van den Heede, K. (2023). Association of burnout and 37 intention-to-leave the profession with work environment : A nationwide crosssectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 137. Accès <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104385>
- Business Bliss Consultants FZE. (2018). *Impact of McDonalization on Healthcare*. Accès <https://nursinganswers.net/essays/impact-of-mcdonalization-on-healthcare.php?vref=1>
- Carayol, M. (2004). La sage-femme : un acteur incontournable de la périnatalité en France. *Santé, Société et Solidarité* 2004, 1, 97-103. doi: 10.3406/oss.2004.1230
- Casey, M. , Saunders, J, & O'Hara, T. (2010) Impact of critical social empowerment on psychological empowerment and job satisfaction in nursing and midwifery settings. *Journal of Nursing Management* 18, 24–34. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01040.x
- Chenevard, D-K., Demierre, M. (2014). *Stratégies de coping et dynamique d'équipe*. (Travail de Bachelor. Haute école de santé de Genève). Accès <https://sonar.ch/hesso/documents/315482>
- Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F., Bauchetet, C., Blanchard, P., Copel, L., ..., Ruszniewski, M. (2011). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie*, 13, 845-863 doi: 10.1007/s10269-011-2098-5
- Conseil Fédéral des Sages-Femmes (2016). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*. Accès [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016\\_01\\_cfsf\\_frvv\\_annexe\\_profil\\_professionnel.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf)

- Dayer, A. (2015). *L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance : Une « camisole de force » pour le personnel soignant ?* (Travail de mémoire. Institut de hautes études en administration publique de l'université de Lausanne). Accès : [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_C06AF3D51922.P001/REF.pdf](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_C06AF3D51922.P001/REF.pdf)
- De Labrusse, C., Abderhalden Zellweger, A. & Pfund, A. (2022) Soins périnataux gérés par les sage-femmes: définitions et principes. *Obstetrica*, 4, 44-47. Accès <https://hesav.ch/soins-perinataux-geres-par-les-sages-femmes-definitions-et-principes/>
- Déry, J. (2018). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle*. (Thèse. Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'université de Montréal). Accès : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10843>
- Di Mario S., Bassevi, V., Spetolli, D. (2005). What is the effectiveness of antenatal care  
Accès [https://www.researchgate.net/publication/305618069\\_What\\_is\\_the\\_effectiveness\\_of\\_antenatal\\_care\\_Supplement\\_WHO\\_Regional\\_Office\\_for\\_Europe's\\_Health\\_Evidence\\_Network\\_HEN\\_2005](https://www.researchgate.net/publication/305618069_What_is_the_effectiveness_of_antenatal_care_Supplement_WHO_Regional_Office_for_Europe's_Health_Evidence_Network_HEN_2005)
- Dumas, M., Douguet, F. & Fahmida, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20 (5), 45-67. Accès <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le libellio d'aegis*, 7(4), 47-58. Accès <https://hal.science/hal-00657925v1/document>
- Durant, J. (2024). « Accoucher comme à la maison » : en 2024, les gîtes de naissance se généraliseront dans les hôpitaux bruxellois. *Radio Télévision Belge de la Communauté française [RTBF]*. Accès <https://www.rtb.be/article/accoucher-comme-a-la-maison-en-2024-les-gites-de-naissance-se-generaliseront-dans-les-hopitaux-bruxellois-11309485>
- Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Annals of global health*, 86(1), 44. Accès <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Accès <http://s2.e-monsite.com/2010/05/18/12698893extrait-du-livre-sante-et-satisfaction-pdf.pdf>
- Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45. Accès <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0029>
- Faniel, A. (2013). La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde. *CERE asbl, Bruxelles*. Accès [https://www.cere-asbl.be/wp-content/uploads/2021/11/7\\_sages\\_femmes.pdf](https://www.cere-asbl.be/wp-content/uploads/2021/11/7_sages_femmes.pdf)

- Gaudet, S. & Robert, D. (2018). L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique. *Les Presses de l'Université d'Ottawa*. Accès [https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=yv5sDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=recherche+qualitative+d%C3%A9finition&ots=NCPPfaWMiK&sig=uYlh0JhtLm\\_c9hjl6j1h3g3whU#v=onepage&q=recherche%20qualitative%20d%C3%A9finition&f=false](https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=yv5sDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=recherche+qualitative+d%C3%A9finition&ots=NCPPfaWMiK&sig=uYlh0JhtLm_c9hjl6j1h3g3whU#v=onepage&q=recherche%20qualitative%20d%C3%A9finition&f=false)
- Gerhard, E. (2022). Soins périnataux gérés par les sage-femmes. *Obstetrica* 4, 44-55. Accès <https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2024/01/16.11.2023-Soins-perinataux-geres-par-les-sages-femmes.pdf>
- Gironi, P., Kirkpatrick, C., Baeyens, C. & Englert, Y. (2015). L'accouchement par sage-femme en pleine autonomie. revue de la littérature et analyse de 80 mois d'activité à l'Hôpital universitaire Erasme. *Revue Médicale de Bruxelles*, 36 (3), 141-146. Accès <https://www.amub-ulb.be/revue-medicale-bruxelles/article/l-accouchement-par-sage-femme-en-pleine-autonomie-revue-de-la>
- Guilloux, R. (2021). L'accouchement physiologique, un espace de contre-pouvoir pour les femmes ? *Périnatalité*, 13, 216-230. Accès <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0142>
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2016). Revue de littérature- Qualité de vie au travail et qualité des soins. Accès [https://ifpek.centredoc.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=1442](https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1442)
- Homer, C. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *The Medical Journal of Australia*, 205(8), 370–374. Accès <https://doi.org/10.5694/mja16.00844>
- Horellou-Lafarge, C. (2011). La santé des infirmières françaises. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 73–102. Accès <https://doi.org/10.7202/1006122ar>
- Jarosova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M.S., ... Nedvedova, D. (2016). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 24, 70–79. Accès <https://doi.org/10.1111/jonm.12273>
- Khenniche, S. & Henriot, J. (2021). Action publique : quête de performance et perte de sens. Un éclairage par les tensions de gouvernance. *Management international*, 25(6), 116–132. Accès <https://doi.org/10.7202/1085586ar>
- Kilic, S. (2018). Équilibre vie personnelle-vie professionnelle, Soutien social, Engagement et Satisfaction au travail : une analyse des effets médiateurs. *Revue de gestion des ressources humaines*, 107, 23-33. doi 10.3917/grhu.107.0023
- Le Flanchec, A., Mullenbach, A. & Rojot, J. (2015). Favoriser la satisfaction au travail : les apports de l'enquête REPONSE 2011. *Management & Avenir*, 81, 37-55. Accès <https://doi.org/10.3917/mav.081.0037>

- Legault, J. (2003). Crise d'identité professionnelle et professionnalisme. Accès [https://books.google.be/books?id=Gbc3YFVT\\_sC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.be/books?id=Gbc3YFVT_sC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Leroy, C., Van Leeuw, V., Minsart, A-F. & Englert, Y. (2013). Données périnatales en Région bruxelloise - Années 2008-2012. Centre d'Epidémiologie Périnatale. Accès [https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\\_CEPiP\\_Bxl\\_2012-fr.pdf](https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPiP_Bxl_2012-fr.pdf)
- Leroy, C., Van Leeuw, V., Minsart, A-F. & Englert, Y. (2013). Données périnatales en Wallonie- Années 2008-2012. Centre d'Epidémiologie Périnatale. Accès [https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\\_CEPiP\\_Wal\\_2012-fr.pdf](https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPiP_Wal_2012-fr.pdf)
- Loriol, M. (2011). Sens et reconnaissance dans le travail. Accès <https://shs.hal.science/halshs-00650279/>
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. Accès <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P.& Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15-56. DOI 10.1186/s12884-015-0477-4
- Mambourg, F., Gailly, J., Wei-Hong, Z. (2010). Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Accès [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_139B\\_recommandations\\_accouchement\\_%C3%A0\\_bas\\_risque.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf)
- Masclet, G. (2010). Pour optimiser le soin, il faut donner du sens au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 391–412. doi:10.1016/s1420-2530(16)30143-1
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. DOI: [10.1037/0021-9010.93.3.498](https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498)
- Moncrieff G. (2018). Can continuity bring birth back to women and normality back to midwives? Accès <https://doi.org/10.12968/bjom20182610642>
- Morel, M. F. (2015). Sages-femmes et accoucheurs. Perspectives historiques. *Naître aujourd'hui, Paris, Glyphe*, 239-255. Accès [http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/MF-Morel\\_SF-accoucheurs.pdf](http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/MF-Morel_SF-accoucheurs.pdf)
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives - hors-série*, 3, 1-27. Accès [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/MucchielliFINAL2.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/MucchielliFINAL2.pdf)

- Nedvěďová, D., Dušová, B., Jarošová, D. (2017). Job satisfaction of midwives : a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 8(2), 650–656. doi: 10.15452/CEJNM.2017.08.0014
- Obata, S. & Iriyama, S. (2023). Development and validation of a professional autonomy scale for Japanese midwives. *Nagoya journal of medical science*, 85(3), 555–568. Accès <https://doi.org/10.18999/nagjms.85.3.555>
- Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation. (2021). *Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale*. Accès [https://www.actiris.brussels/media/11zb4qwr/2022\\_01\\_view\\_brussels\\_analyse-des-fonctions-critiques-en-rbc\\_compressed-h-736E9AAC.pdf](https://www.actiris.brussels/media/11zb4qwr/2022_01_view_brussels_analyse-des-fonctions-critiques-en-rbc_compressed-h-736E9AAC.pdf)
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2021). *Ressources en Santé : Emploi total en santé et action sociale*. Accès <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30169>
- Perrod, A. (2013) Sage-femme : de la distinction à l'autonomie en passant par la dépendance. *Santé conjugée*, 64. Accès <https://www.maisonmedicale.org/sage-femme-de-la-distinction-a-l/#easy-footnote-bottom-2-3660>
- Peter, K.A., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., ... Hahn, S. (2021). Le stress au travail chez les professionnel-le-s de santé en Suisse. *Rapport final STRAIN pour toutes les organisations*. Accès [https://www.bfh.ch/dam/jcr:5e53d3d5-9bb9-45f2-a952-3422a2adbe83/STRAIN\\_Rapport\\_organisationsdomicile.pdf](https://www.bfh.ch/dam/jcr:5e53d3d5-9bb9-45f2-a952-3422a2adbe83/STRAIN_Rapport_organisationsdomicile.pdf)
- Papoutsis, D., Labiris, G. & Niakas, D. (2014). Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *British Journal of Midwifery*, 22(7), 480-486. Accès <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.7.480>
- Randon, S. (2011). *Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000*. Accès <https://hal.science/hal-00748863/>
- Rey, J., Perrenoud, P. & Gouilhers, S. (2019). Satisfaction des sages-femmes au travail : un défi collectif. *Obstétrica*, 1, 42-46. Accès <https://arodes.hes-so.ch/record/3739?ln=fr>
- Saintôt, B. (2015). Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement : De nouvelles problématiques sociétales et médicales. *Laennec*, 63, 6-15. Accès <https://doi.org/10.3917/lae.154.0006>
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A & Devane D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives - hors série*, 5, 99-111. Accès <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

- Service Public Fédéral Santé publique [SPF], s. d. (2007, Juin 08). Arrêté royal du 8 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 1991 relatif à l'exercice de la profession d'accoucheuse.
- Service Public Fédéral Santé publique [SPF] Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2019). Professions réglementées des soins de santé en Belgique. Accès <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-0>
- Service Public Fédéral Santé publique [SPF] Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2022). Données phares dans les soins de santé : les professionnels de santé. Accès <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/telechargez-ici-le-rapport-entier-en-pdf>
- Tavani, J., Lo Monaco, G. & Collange, J. (2019). Validation complémentaire d'une mesure de satisfaction au travail. *Santé Publique*, 31, 223-232. Accès <https://doi.org/10.3917/spub.192.0223>
- Thomas, C. (2016). Accoucher en France aujourd'hui. les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée. (Thèse. Faculté d'anthropologie sociale et ethnologie, université de la Réunion). Accès <https://theses.hal.science/tel-0148889>
- Thomas, C. (2017). L'accompagnement global par les sage-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. *Anthropologie & Santé*, 15. Accès <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2729>
- Tency, I., Vandeputte, L. & Rothmann, I. (2023). Midwifery-led care during childbirth in Belgium anno 2021. *European Journal of Midwifery*, 7. Accès <https://doi.org/10.18332/ejm/172265>
- Van Leeuw V., & Leroy, Ch. (2022). Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021. Centre d'Épidémiologie Périnatale. Accès [https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\\_CEPiP\\_Bxl\\_2021-fr.pdf](https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPiP_Bxl_2021-fr.pdf)
- Van Leeuw V., & Leroy, Ch. (2022). Santé périnatale en Wallonie – Année 2021. Centre d'Épidémiologie Périnatale. Accès [https://www.cepip.be/img/pdf/rapport\\_CEPiP\\_Wal\\_2021-fr.pdf](https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPiP_Wal_2021-fr.pdf)
- Verdino, S., Azcue, M. & Maccagnan, S. (2015). La péridurale, entre émancipation et norme. *La Revue Sage-Femme*, 14 (2), 45-49. Accès <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2015.03.001>
- Vermeulen J, Fobelets M, Fleming V, Luyben A, Stas L, Buyl R. (2023). How Do Midwives View Their Professional Autonomy, Now and in Future? *Healthcare*, 19(12). doi: 10.3390/healthcare11121800

Walheer, S. (2024.) Les gites de naissances : obligatoires dans les maternités bruxelloises à partir de septembre 2024. *Born in bruxelles*. Accès <https://www.bornin.brussels/actualites/les-gites-de-naissance-obligatoires-dans-les-maternites-bruxelloises-a-partir-de-septembre-2024/#:~:text=C'est%20officiel%2C%20d%C3%A8s%20septembre,accueillir%20ce%20type%20d'accouchement.>

# Annexes

## Annexe 1 - Guides d'entretiens

### 1.1 Guide d'entretien sage-femme

#### Parcours professionnel

- Pouvez-vous nous décrire votre carrière ? (Type d'étude, depuis quand exercez-vous en tant que sage-femme, lieu d'emploi, activité salariée ou indépendante)
- Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre profession ?
- Quelle était la vision que vous aviez de votre carrière en sortant de l'école de sage-femme ?
  - Comment la réalité de la pratique des accouchements par les sage-femmes correspond-elle ou non à vos attentes initiales ?
  - Avez-vous déjà pensé à modifier votre plan de carrière ?

#### Satisfaction professionnelle :

- Globalement quel est votre ressenti par rapport à votre satisfaction professionnelle ?
- Quels sont les éléments qui contribuent le plus à votre satisfaction professionnelle et pourquoi ?
- Quels sont les éléments qui entravent votre satisfaction professionnelle et pourquoi ?
- Que pensez-vous de l'autonomie que vous avez dans votre travail ?
  - Ce niveau vous convient-il ? Vous en souhaitez plus ou moins ? Pourquoi ?
  - Comment les protocoles existants influent-ils sur votre capacité à prendre des décisions autonomes ?

#### Dévolution des accouchements

- Comment s'organise la pratique de l'accouchement eutocique dans votre pratique quotidienne ?
  - Comment collaborez-vous avec d'autres professionnels de la santé, notamment les gynécologues, dans le contexte des accouchements eutociques ?
  - Dans quelle mesure avez-vous le sentiment d'avoir de l'autonomie dans la gestion des accouchements eutociques ?
- Quel est votre avis global par rapport à la pratique ou non de l'accouchement eutocique par les sage-femmes ?

#### Dévolutions des accouchements et satisfaction professionnelle

- *Sage-femmes réalisant les accouchements eutociques*

- Comment la pratique des accouchements eutociques impacte-t-elle les éléments que vous avez jugés comme influençant positivement ou négativement votre satisfaction au travail ?
- Quels aspects spécifiques liés à la pratique de l'accouchement vous procurent une satisfaction particulière ?
  - Des défis ?
  - Une source de stress ?
- Dans quelle mesure la pratique de l'accouchement eutocique vous a influencé dans votre trajectoire professionnelle ?
  - La responsabilité vis-à-vis de la pratique des accouchements eutociques, a-t-il été un critère lors du choix de votre lieu de travail ? Pourquoi ?
  - Avez-vous déjà envisagé de changer votre trajectoire professionnelle pour ne plus devoir pratiquer l'accouchement ? Pourquoi ?
- Quel serait votre état d'esprit, si dès à présent, vous n'étiez plus chargé de la réalisation des accouchements eutociques dans votre établissement ?
  - Pourriez-vous dès lors envisager de changer de lieu de travail ou carrément de travail ? Pourquoi ?
- *Sage-femmes ne réalisant pas les accouchements eutociques*
- Dans quelle mesure la pratique de l'accouchement eutocique vous a influencé dans votre trajectoire professionnelle ?
  - Le fait de ne pas être la responsable vis-à-vis de la pratique des accouchements eutociques, a-t-il été un critère lors du choix de votre lieu de travail ? Pourquoi ?
  - Avez-vous déjà envisagé de changer votre trajectoire professionnelle afin de pouvoir pratiquer l'accouchement ? Pourquoi ?
- Comment la non pratique des accouchements eutociques impacte-t-elle les éléments que vous avez jugés comme influençant positivement ou négativement votre satisfaction au travail ?
- Quels aspects spécifiques liés à la pratique de l'accouchement vous procureraient une satisfaction particulière ?
  - Des défis ?
  - Une source de stress ?
- Quel serait votre état d'esprit, si dès à présent, vous aviez la charge de la réalisation des accouchements eutociques dans votre établissement ?
  - Sentez-vous prête à l'heure actuelle si vous pourriez réaliser les accouchements dans votre pratique ?
  - D'après vous, quels seraient les changements à envisager pour rendre cela possible ? (Point de vue organisationnel, financier,...)

Merci pour le partage de vos expériences. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

## 1.2 Guide d'entretien gynécologue

### Parcours et contexte professionnel :

- Pouvez-vous nous décrire votre carrière ? (Type d'étude, depuis quand exercez-vous, lieu d'emploi, ...)
- Quels sont les aspects les plus gratifiants de votre profession ?

### Dévolution des accouchements

- Dans votre service, les sage-femmes réalisent-elles les accouchements eutociques ?
  - Quel est votre ressenti vis-à-vis de ce protocole de service ?
- Quel est votre avis global par rapport à la pratique ou non de l'accouchement eutocique par les sage-femmes ?
- *Gynécologues travaillant dans une structure où les sage-femmes réalisent les accouchements eutociques*
  - En tant que gynécologue, comment percevez-vous la collaboration avec les sage-femmes, en particulier dans le contexte des accouchements eutociques ?
    - Quels sont les aspects positifs de cette collaboration dans le contexte des accouchements eutociques ?
    - Quels sont les défis de cette collaboration dans le contexte des accouchements eutociques ?
  - Selon vous, comment la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes influence vos relations avec les sage-femmes ?
  - Quel serait votre état d'esprit, si dès à présent, vous aviez la charge de la réalisation des accouchements eutociques dans votre établissement et non plus les sage-femmes ?
- *Gynécologues travaillant dans une structure où les sage-femmes ne réalisent pas les accouchements eutociques*
  - En tant que gynécologue, comment percevez-vous la collaboration avec les sage-femmes, en particulier dans le contexte des accouchements eutociques ?
    - Comment percevez-vous les aspects positifs et les défis de cette collaboration dans le contexte des accouchements eutociques ?
  - Quel serait votre état d'esprit, si dès à présent, les sage-femmes ont la charge exclusive de la réalisation des accouchements eutociques, sous votre responsabilité, dans votre établissement ?
    - Leur feriez-vous confiance d'emblée ?
    - D'après vous, quels seraient les changements à envisager pour rendre cela possible ? (Point de vue organisationnel, financier,...)
  - Selon vous, en quoi la dévolution des accouchements eutociques aux sage-femmes influencerait vos relations avec les sage-femmes ?

## Annexe 2 – Tableau thématique d’analyse des entretiens

| Catégories conceptualisantes                                          | Rubriques                                 | Thèmes                              | Verbatim |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Expérience personnelle du métier de sage-femme                        | Vision du métier                          | Conformité aux attentes             |          |
|                                                                       | Orientation de carrière                   | Critères dans le choix de carrière  |          |
|                                                                       |                                           | Réorientation professionnelle       |          |
| La satisfaction professionnelle                                       | Avis global                               | Satisfaction                        |          |
|                                                                       |                                           | Insatisfaction                      |          |
|                                                                       | Facteurs de satisfaction professionnelle  | Reconnaissance                      |          |
|                                                                       |                                           | Autonomie/ liberté d’action         |          |
|                                                                       |                                           | Variétés des tâches                 |          |
|                                                                       |                                           | Accompagnement global               |          |
|                                                                       |                                           | Equipe                              |          |
|                                                                       | Facteurs d’insatisfaction professionnelle | Contraintes organisationnelles      |          |
|                                                                       |                                           | Temporalité                         |          |
|                                                                       |                                           | Perte de sens                       |          |
| La pratique de l’accouchement eutocique au sein du milieu hospitalier | Organisation                              | En pratique                         |          |
|                                                                       |                                           | Collaboration avec le corps médical |          |
|                                                                       | Dévolution de l’accouchement eutocique    | Avis général                        |          |
|                                                                       |                                           | Avantages                           |          |
|                                                                       |                                           | Limites                             |          |
|                                                                       | Impact sur la satisfaction                | Stress                              |          |
|                                                                       |                                           | Sécurité et responsabilité          |          |
| La dévolution des accouchements eutociques, une réalité proche ?      | Avis global                               | Souhait des sage-femmes             |          |
|                                                                       | Reconfigurations organisationnelles       | Conditions organisationnelles       |          |
|                                                                       |                                           | Compétences et habiletés            |          |

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/fsp](http://www.uclouvain.be/fsp)