

PARAMEDICAL



Sainte-Julienne

Travail de Fin d'Etudes

en vue de l'obtention du grade de

Bachelier SAGE-FEMME

La philosophie de l'empowerment dans les soins et ses représentations

Présenté par

PERRIER Albane

Année Académique 2016-2017



CAMPUS
de l'OURTHE

Remerciements

Avant de vous présenter ce travail, nous voudrions prendre le temps de remercier les personnes qui nous ont aidée à relever ce défi de recherche et d'écriture scientifique :

Mme Conradt, référente sage-femme, qui nous a laissée le temps de choisir ce sujet qui nous passionne et n'a cessé de nous soutenir dans ce choix, merci pour sa patience,

Aurore Froment, sage-femme, qui a accepté volontiers d'être notre conseiller-expert, merci pour son soutien, sa disponibilité et ses précieuses remarques,

Mr Govers, conseiller méthodologique, qui nous a appris patiemment et avec dévouement la méthodologie de la recherche, merci pour sa disponibilité,

Mme Liénard, professeur en soins infirmiers, qui nous a accordé beaucoup de son temps et nous a largement aidée à délimiter notre problématique, merci pour son expertise inestimable,

Mme Kellens, professeur sage-femme en éducation à la santé, qui nous a montré son intérêt pour nos recherches, merci pour ses conseils,

Les trois sages-femmes qui se sont portées volontaires pour répondre à nos questions de recherche, merci pour leur temps et leur confiance,

Nathalie Paquay, sage-femme et amie, qui nous a patiemment motivée, soutenue, relue, conseillée,... merci pour son écoute attentive et sa patience sans faille,

Mme Dumont et l'ensemble du corps enseignant de l'HELMo qui nous ont appris cette merveilleuse profession avec amour et passion, merci pour la transmission de leur savoir,

Les professionnels rencontrés le long de mon parcours, avec qui nous avons pu avoir des discussions enthousiasmantes sur le sujet, ou bien qui travaillent, consciemment ou non, dans une philosophie d'empowerment, merci pour leur bel exemple d'humanité,

Enfin, nos proches, qui nous ont soutenue de près ou de loin tout le long de notre long parcours étudiant, merci d'avoir cru autant en nous.

Résumé

Dans le cadre de nos études de sage-femme, nous sommes exhortée à la réflexivité. Vu notre intérêt pour l'éducation à la santé, nous avons été amenée à approfondir la philosophie de l'empowerment. Celle-ci nous confronte à nos représentations. Cette recherche a pour objectifs de connaître les représentations des sages-femmes sur le soin, la relation d'aide, l'éducation à la santé, la personne et l'empowerment. Puis de comparer ces représentations aux positions de l'empowerment. Pour cela nous avons réalisé trois entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes hospitalières belges. Nous nous sommes entretenues sur les thèmes du soin, de la relation d'aide, de l'éducation à la santé, de la personne et de l'empowerment. Les résultats montrent des représentations en général proches de celles de l'empowerment. Cela bien qu'une des sages-femmes n'ai jamais entendu parlé de ce concept. Pour conclure, nous rappelons que nos représentations sont à réévaluer sans cesse afin de construire notre posture professionnelle.

Mots-clés : soin – relation d'aide – éducation à la santé – empowerment – représentation

Abstract

During our midwife studies, we are exhorted to reflectivity. As we are very much interested in health education, we deepened the empowerment philosophy. This confronts us to our representations. This research aimed at knowing a midwife's representation about care, help relationship, health education, person and empowerment. Then, to compare them to ideas of empowerment. Therefore, we realised three semi-structured interviews with Belgian midwives in hospital. We interviewed them about care, help relationship, health education, person and empowerment. The results show that representations are generally close from the one of empowerment. This despite of one midwife never having heard about this concept. To conclude, we remind that our representations have to be constantly re-evaluated in order to built our professional posture.

Key words: care – help relationship – health education – empowerment – representation

Table des matières

Remerciements

Résumé - Abstract

Table des matières

Introduction	1
1. Cadre théorique	2
1.1. Le soin	2
1.2. La relation d'aide	3
1.3. L'éducation à la santé	5
1.4. La personne	7
1.5. L'empowerment	7
1.5.1. Historique	7
1.5.2. Définitions et traductions	8
1.5.3. Les différents types d'empowerment selon Ninacs (2008)	10
1.5.4. L'empowerment dans les soins	11
1.5.5. Empowerment et éducation du patient	12
1.6. Compétences de la sage-femme et empowerment	14
2. Matériel et méthode	16
2.1. Choix de l'approche	16
2.2. Construction de la grille d'entretien	16
2.3. Sélection et description du corpus de population	17
2.4. Déroulement des entretiens	18
3. Résultats	19
3.1. Présentation de la population étudiée	19
3.2. Présentation des résultats	21
4. Discussion	26
4.1. La validité des résultats	26
4.2. L'interprétation des résultats	27
4.3. Les limites méthodologiques	29
4.4. Perspectives de recherche	29
4.5. Implications pratiques	30

Bibliographie

Annexe

Introduction

Le choix du thème de l'empowerment pour réaliser ce travail de fin d'étude nous semble être le fruit de notre parcours étudiant et de la réflexion qui l'a accompagnée. Durant notre bachelier en soins infirmiers, nous avons fortement apprécié la découverte de la relation soignant-soigné. C'est lors de nos études de sage-femme que nous avons pris conscience de notre profond intérêt pour nos cours d'eutocie, de préparation à la naissance, d'éducation à la santé,...

Lors de l'apprentissage pratique de la profession, nous nous sommes interrogée sur la façon la plus adéquate de transmettre notre savoir et d'échanger de manière adaptée et juste par rapport aux besoins et aux ressources de nos patients, tout en respectant leur bien-être et leur autonomie. Quelle est notre place de soignant ? Où est-elle ? C'est dans ce profond questionnement que la notion d'empowerment s'est révélée à nous. Cependant nous nous sommes rendue compte que ce concept, quoique rempli de promesses pour l'exercice de notre profession, ne semblait pas bien connu dans le métier ou bien était utilisé à tort, déformé. Dans ce cas, comment prôner un concept méconnu ?

Nous avons donc voulu savoir quelles étaient les croyances des sages-femmes au sujet de l'empowerment, et plus largement des concepts de soin, afin de savoir si celles-ci pouvaient correspondre à la philosophie de l'empowerment.

Ce travail sur la philosophie des soins nous semble susceptible d'avoir un intérêt en santé publique. En effet il pourrait mener à une évolution des pratiques d'éducation à la santé, du moins il pourrait amorcer une prise de conscience, chez les professionnels, de l'importance de leurs représentations.

Notre recherche commencera par définir différents concepts : le soin, la relation d'aide, l'éducation à la santé, la personne et enfin l'empowerment. Nous situerons également l'intérêt de l'empowerment et de notre recherche au vu des compétences de la sage-femme.

Ensuite nous expliquerons la méthodologie de notre recherche, l'outil utilisé et la population étudiée.

Puis nous exposerons les résultats obtenus.

Enfin nous discuterons de ceux-ci, de leur validité et des limites de notre recherche. Dans le prolongement de cette étude, nous donnerons des perspectives de recherche qui nous sembleraient intéressantes. Nous donnerons également un aperçu des implications pratiques qui en découlent.

1. Cadre théorique

1.1. Le soin

L'essence même du métier de sage-femme est de prendre soin de la parturiente, de son conjoint, du fœtus puis du nouveau-né, de la période préconceptionnelle au post-partum. Nous tenterons ici de définir le soin et le prendre soin, de leur donner un sens et de donner un aperçu des valeurs qui les sous-tendent.

Le soin se définit dans son sens commun, selon Le Grand Robert, comme « la manière appliquée, exacte et scrupuleuse de faire quelque chose », l'« effort, le mal qu'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose » (cité par Svandra, 2008, p.7). Notons, comme nous le fait remarquer Svandra (2008), que l'acte de soin n'est pas réservé aux seuls soignants. En effet tout un chacun peut prendre soin d'autrui dans l'attention, le souci qu'il a pour l'autre, la mère pour son enfant, l'enfant pour ses parents âgés, les amis entre eux, la collectivité envers les plus vulnérables... les exemples sont infinis.

Svandra (2008, p.6) définit le soin comme une « forme essentielle de responsabilité pour l'autre, [...] une manière de se conduire vis-à-vis d'autrui, un engagement actif et concret qui atteste de l'humanité de celui-là même qui le prodigue tout autant que de celui qui le reçoit ». Il parle du soin comme d'une éthique car ce comportement de prendre soin est une manière de protéger la vie humaine si vulnérable et fragile, de veiller sur elle. Il pense que « le soin pourrait dès lors avoir comme vocation de chercher à redonner à celui qui en a besoin certaines de ces capacités » (p10), et donc son autonomie, sa liberté de choix, sa puissance d'agir.

Vu le développement de la surmédicalisation, de techniques de pointe toujours plus nombreuses, nous pouvons nous demander quelle place reste-t-il au soignant dans les soins ? Et nous en venons alors au sens du soin. Alors que Svandra (2008, p.6) parlait du soin comme d'un « engagement [...] qui atteste de l'humanité », pour Fontaine (2006, p.156), « l'acte de soigner renvoie à "quelque chose" du devenir de l'humanité », « un acte qui implique au-delà du soin ». Cela car « nous engageons ce que nous sommes comme être humain, au-delà de nos compétences, de notre savoir faire et des moyens plus ou moins sophistiqués auxquels nous avons recours, parce que nous sommes renvoyés à la possible expérience avec l'autre d'un questionnement existentiel ».

Fontaine (2006) nous propose trois dimensions du soin pour lui donner sens : le singulier, la vulnérabilité et la promesse. Le singulier désignant toute personne et toute situation, le soin

est « la rencontre de plusieurs singularités qui ont à communiquer entre elles » (Fontaine, 2006, p.158). La vulnérabilité est ce qui engendre le soin. C'est la reconnaissance de cette fragilité de l'autre, semblable à la nôtre, qui amène le prendre soin et la solidarité entre les hommes. Enfin la promesse du soin est à voir comme un engagement dans le temps de notre présence au côté du soigné.

Reconnaître notre vulnérabilité, notre origine commune sans oublier notre singularité, notre unicité, ne peut que nous rapprocher de l'autre et nous aider à donner un sens à l'acte de soin. Sans prendre de risque, nous pouvons affirmer que prendre soin d'autrui est naturel depuis la nuit des temps. Cependant différents paradigmes sont apparus au fil de l'histoire : le paradigme maternant, le religieux, le scientifique, le libéral, l'humaniste (Gueibe, 2008). Chacun ayant son système de valeurs, se rejoignant parfois. Celui qui nous intéresse ici particulièrement est le paradigme humaniste, qui est apparu le plus récemment dans la pratique soignante.

Selon Gueibe (2008), il est basé sur l'autonomie du soigné et l'empathie du soignant. Précisons que, pour cet auteur, l'autonomie « consiste à reconnaître que le patient est le seul à savoir ce qui est bon et bien pour lui » (Le paradigme humaniste, para.1). Ainsi, le soignant, fort de son expertise professionnelle, a la charge d'informer le soigné de manière complète et éclairée afin que celui-ci puisse prendre une décision selon ses propres valeurs. L'auteur nous rappelle que l'information au patient nécessaire afin d'avoir son consentement éclairé est déjà mentionnée par Hippocrate au 4^{ème} siècle av. J.-C. Ce paradigme humaniste place le soigné et le soignant côte-à-côte et à la même hauteur, à égalité, contrairement au paradigme maternant où le soigné serait couché auprès du soignant, aux paradigmes religieux et scientifique où apparaît un tiers dans la relation soignant-soigné, respectivement Dieu ou la sciences, et au paradigme libéral où la relation est virtuelle. C'est ce paradigme humaniste qui nous semble être intéressant pour un développement de l'empowerisation du soigné.

Nous terminerons cette partie par une citation de Margron : « prendre soin n'est pas un luxe, mais une nécessité d'humanité, la nôtre » (cité par Fontaine, 2006, p.157). Celle-ci nous rappelle que prendre soin est un échange, une relation entre deux personnes humaines.

1.2. La relation d'aide

Le terme relation vient du latin « relatio » qui désigne le « rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL], 2012, Relation, para. 1). Selon le

Petit Robert (2005, p.2949), c'est « tout ce qui, dans l'activité d'un être vivant, implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre ». Dans la relation, il y a nécessairement une rencontre, une interaction entre deux personnes, que Manoukian (2008, p.3) désigne comme « partenaires », mettant chacun en jeu leur corps, leur parole et leur affectivité. Toute relation est singulière, chacun des partenaires étant unique.

Dans le cadre de la relation soignant-soigné, Gautier (2016) nous rappelle que le soignant entre volontairement dans la relation, de par son choix professionnel, contrairement au soigné qui y consent vu sa nécessité à recevoir des soins. Maniant savoir-être et savoir-faire, au soignant de veiller à ce que ce consentement soit éclairé. Pour Paillard (2013, p.228), la relation soignant-soigné constitue « une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale ou non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience ». Selon Potier, « la relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie » (cité par Corcelle, 2012, p.13). De plus, elle nécessite un engagement personnel du soignant, une objectivité et un minimum de disponibilité. Avec Manoukian (2008), nous noterons l'asymétrie persistante de cette relation du fait de la vulnérabilité du soigné d'une part, et du professionnalisme du soignant d'autre part. Cette asymétrie est persistante mais tend à diminuer. En effet les droits du patient sont reconnus par la loi du 22 août 2002, et le paradigme humaniste du soin, vu précédemment, place le soignant et le soigné côte-à-côte, à égalité. Cependant, Vlaemynck (2010) attire notre attention sur l'influence de la manière dont le soignant envisage la relation et considère le soigné. Il nous parle alors de la notion de réflexivité, « c'est-à-dire le regard porté sur l'autre et la manière dont on le considère, mais aussi le regard qu'on porte sur soi-même » (Vlaemynck, 2010, p.20), qui va déterminer la relation soignant-soigné. Habituellement, nous définissons la personne soignée par ses besoins, Formarier (2007) nous invite à la considérer comme une personne porteuse de ressources.

La communication est un facteur déterminant de la relation soignante. Elle est influencée, selon Manoukian (2008), par le verbal, le non-verbal (la gestuelle, l'expression du visage, la façon de se tenir, le regard...), la symbolique (des gestes, du matériel, de la tenue professionnelle...) et la congruence. D'après Gautier (2016), la communication n'est pas neutre mais empreinte des émotions de chacun, ce qui nous empêche de la maîtriser complètement. Le soignant tient un rôle important dans la communication : c'est à lui de

l'adapter aux besoins du soigné selon le contexte. Pour cela il doit déjà se connaître lui-même et avoir identifié ses propres émotions afin de pouvoir s'adapter et se réajuster face aux réactions du soigné. Cela permet d'instaurer un climat de confiance et donc de sécurité.

La relation d'aide, selon Formarier (2007, p.38), est basée sur la confiance et l'empathie et « a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il trouve dramatique pour lui ». Selon l'Association Nationale pour le Développement de l'Approche centrée sur le Développement du Pouvoir d'Agir [AndaDpa] (s.d.), la relation d'aide devrait être axée sur le développement du pouvoir d'agir pour permettre à l'autre de franchir un obstacle. Sept concepts de la relation d'aide sont décrits par Phaneuf (2002). Tout d'abord la présence à l'autre, tant physique que psychologique, qui se révèle par la qualité d'être, suscitant confiance et sécurité. Ensuite l'écoute qui nécessite du temps et une disponibilité intérieure pour accueillir l'autre. L'acceptation qui est un sentiment d'ouverture à l'expérience de l'autre, à sa souffrance, à sa manière d'être, de reconnaissance de la dignité de l'aidé. Le respect de l'aidé qui est considéré comme une personne humaine unique et libre. L'empathie qui est la faculté de l'aidant de comprendre et reconnaître l'aidé dans ses émotions sans s'identifier à celui-ci. L'authenticité qui est la capacité de l'aidant à rester lui-même au cours de la relation, sans artifice. Enfin la congruence, qui est l'adéquation de l'aidant entre ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qu'il dit et ce qu'il fait, permet une harmonie des émotions, des pensées et des actions.

Suite à la définition de ce concept de la relation, Formarier (2007, p.34) nous rappelle que nous sommes dans un cadre professionnel impliquant « des rapports sociaux codifiés, préétablis, fixant l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes », cela permettant d'être en sécurité tout en étant efficace. Au soignant de ne pas oublier la singularité de chaque relation afin d'aider l'autre au mieux.

1.3. L'éducation à la santé

Pour définir ce concept, intéressons-nous tout d'abord à son origine. L'éducation à la santé est une démarche de santé publique, celle-ci se définissant, selon Tessier, Andreys, et Ribeiro (1996, p.29), comme « une approche collective et administrative des problèmes de santé des populations sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels ». Selon Klein (2011), la santé publique est apparue vers le XVIII^{ème} siècle avec la mise en place d'une hygiène publique et de la vaccination afin de contrer les nombreuses épidémies de l'époque. Afin de gagner en efficacité, l'hygiène s'est imposée comme un mode de vie, au quotidien.

Pour cela, l'éducation sanitaire à l'école s'est développée afin d'éduquer toutes les classes de la population et non seulement les plus aisées. L'éducation est, à cette époque, un dispositif disciplinaire dans un modèle biopolitique (défini comme la « gestion politique de la vie des populations au profit de son accroissement et de sa régulation » (Klein, 2011, p.35)) de la santé publique. Les épidémies diminuant, les maladies chroniques dégénératives apparaissent comme la nouvelle cible de la médecine préventive. Elles nécessitent un changement de mode de vie avec l'évitement de comportements à risques, et non plus une simple information d'hygiène. Dans les années 1970, les objectifs de prévention sont redéfinis, c'est la naissance de l'éducation à la santé. Ce nouveau concept s'appuie sur la définition positive de la santé de l'OMS, dans le préambule de sa constitution en 1946 : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution de l'OMS, para. 1). Le bien-être des individus prime sur le renouvellement de la société. Nous allons actuellement vers un accompagnement à l'éducation, rendant ainsi l'autonomie aux individus, qui affirment alors leur liberté.

Il est intéressant de se rappeler, avec Guiet-Silvain (2011), que nous étions précédemment dans une perspective statique et immobile de la santé. Nous sommes passés d'un état à préserver, à un état dynamique à améliorer interminablement. L'éducation se révèle pour cela un formidable outil que le Trésor de la Langue Française définit comme l'« art de former une personne, [...] en développant ses qualités physiques, intellectuelles et morales, de façon à lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale avec une personnalité suffisamment épanouie » (Education, para.1). Selon Véret (2007), l'éducation à la santé implique une relation interpersonnelle avec l'intervention d'une personne disponible et compétente. Elle concerne toutes les populations et tous les âges. Elle ne peut entretenir la dépendance, en effet elle doit se pratiquer dans le but d'acquérir de l'autonomie et de construire sa responsabilité. Ce n'est pas un simple transfert d'informations comme dans l'enseignement. La discussion en petit groupe sera donc à privilégier pour favoriser l'échange et la participation dans un climat d'écoute de qualité.

L'éducation pour la santé en périnatalité est définie par Bernard et Eymard (2014, p.592) « comme un processus [actif] centré sur les femmes visant à augmenter leur autonomie et à faciliter l'acquisition ou le maintien des compétences dont elles ont besoin pour gérer et s'adapter aux changements inhérents à la maternité ». Ce processus concerne la grossesse, la naissance, le post-partum et l'enfant. La démarche se doit d'être globale par un suivi régulier et personnalisé promouvant la santé. Pour ces auteurs, cela doit faire appel à une démarche d'empowerment.

1.4. La personne

Etymologiquement, le mot personne vient du latin « persona » et signifie « masque de théâtre » (Larousse, s.d., Personne, para. 1). Selon le dico des définitions (2011), le mot personne désigne « un être rationnel et conscient de soi-même, qui possède une identité qui lui est propre. [...] Une personne est un être social pourvu de sensibilité, avec une intelligence et une volonté proprement humaines » (Définition de personne, para. 1). Différents domaines ont défini les caractéristiques de la personne. Nous retiendrons la définition en psychologie selon laquelle une personne est un individu humain défini par des aspects physiques et psychiques lui donnant son caractère singulier et unique.

Selon le CNRTL (2012), une personne est « un individu de l'espèce humaine, sans distinction de sexe » (Personne, para. 1). Cet individu est défini « par la conscience qu'il a d'exister, comme être biologique, moral et social » (Personne, para. 1).

Nous pouvons dire que chaque personne est singulière de par la combinaison unique des caractéristiques la définissant. Sachant cela, nous aborderons dans les soins chaque patient de façon adaptée afin de tenir compte de ses caractéristiques singulières.

1.5. L'Empowerment

1.5.1. Historique

Le concept d'empowerment est de nos jours fort à la mode et utilisé dans de nombreux champs d'activités tels que l'action sociale et la santé, l'éducation, la recherche et le développement, le management... Il nous semble intéressant de revenir à ses origines pour définir ce concept et le comprendre.

D'après Bacqué et Biewener (2013), c'est au milieu du XVII^{ème} siècle qu'apparaît le verbe *to empower* en Grande-Bretagne. Il désigne « un pouvoir ou une autorité formelle accordés par une puissance plus élevée » (p.7).

Le terme empowerment apparaît plus tard, au milieu du XIX^{ème} siècle, et désigne « un état et une action, celle de donner du pouvoir » (Bacqué & Biewener, 2013, p.7).

Malgré ces origines anciennes, le terme d'empowerment sera utilisé plus largement qu'à partir des années 1970 par des mouvements militants sociaux, écologiques, féministes, noirs, homosexuels,... aux Etats-Unis et en Asie du Sud. Selon Bacqué et Biewener (2013, p.8), l'empowerment « caractérise alors un processus présenté comme égalitaire, participatif et

local, par lequel les femmes », et plus largement les minorités, « développent une "conscience sociale" ou une "conscience critique" leur permettant de développer un "pouvoir intérieur" et d'acquérir des capacités d'action, un pouvoir d'agir à la fois personnel et collectif tout en s'inscrivant dans une perspective de changement social ». La démarche vient des groupes eux-mêmes qui s'opposent à l'autorité hiérarchique, contrairement au XIX^{ème} siècle où c'est celle-là même qui accordait ce pouvoir.

Dans les années 1980, son utilisation s'élargit encore : les professionnels et universitaires se l'approprient dans de nouvelles approches d'interventions, dénonçant le paternalisme, la hiérarchie et les inégalités.

Dans les années 1990, l'empowerment fait son entrée en politique publique et internationale, par exemple dans l'Organisation des Nations Unies, la Banque mondiale, certains programmes de l'Union Européenne,... Mais il perd de son sens premier vu son utilisation abusive.

Bacqué et Biewener (2013) disent que la notion d'empowerment interroge « la question du pouvoir, à la fois individuel, collectif et social » (p.10) avec comme fondements « la valorisation et le développement des compétences et des [...] capacités d'agir des individus et des groupes » (p.11). Le développement de la notion d'empowerment s'inscrit dans un courant féministe où l'on parle de « pouvoir intérieur », « pouvoir de », « pouvoir avec », d'« une conception du pouvoir comme l'énergie et la compétence au lieu de la domination » (p.13). Nous souhaitons insister sur le fait que ce pouvoir n'est pas politique ou législatif, « mais plutôt celui qui s'exerce par l'action autonome, que cette dernière soit individuelle ou collective » (Ninacs, 2008, p.15). Ce même auteur rappelle la définition de l'autonomie comme étant la « capacité d'agir en fonction de ses propres décisions » (Ninacs, 2008, p.12), et non un synonyme d'indépendance.

1.5.2. Définitions et traductions

Nous avons vu précédemment l'évolution de la notion d'empowerment dans le temps et le flou conceptuel qui l'entoure, chacun l'utilisant selon ses propres besoins. Bacqué et Biewener (2013) ont cependant dégagé des points communs aux différentes interprétations de l'empowerment : le pouvoir constituant la racine du mot, ainsi que le processus d'apprentissage pour y accéder. L'empowerment peut donc aussi bien désigner un état (être *empowered*) qu'un processus (*to empower*), les deux étant à la fois individuels, collectifs et

sociaux, voire politiques, impliquant une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés et de transformation sociale.

Ninacs (2008), lui, définit l'empowerment comme l'action de « soutenir les efforts des individus et des communautés dans la recomposition de leur capacité d'agir de façon autonome » (Ninacs, 2008, p.11). Cet auteur parle d'une « approche » axée sur l'empowerment dans le sens, défini par Grawitz, d'une « démarche intellectuelle, une attitude, comportant souplesse, prudence et caractérisée par un état à la fois de grande vigilance et de grand respect » (cité par Ninacs, 2008, p.11).

Quant à Vallerie (2012, p.19), il traduit l'empowerment par le « mouvement d'acquisition d'un pouvoir ». Et Le Bossé traduit ce terme par le « développement du pouvoir d'agir individuel et collectif » puis le définit comme « un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou le collectif auquel elles s'identifient » (cité par l'AndaDpa, 2012, Le Développement du Pouvoir d'Agir des personnes et des collectivités, para.1).

Le terme anglais d'empowerment n'a pas d'équivalent français. Différentes traductions sont employées dans la littérature. Bacqué et Biewener (2013) utilisent les termes de capacitation, empouvoirement, pouvoir d'action, affiliation, pouvoir d'agir et puissance d'agir. Notons que les termes d'autonomisation, d'émancipation, de capacitation ne réfèrent pas la notion de pouvoir. Pour Ninacs (2008), empowerment peut être traduit par le mot compétent (= posséder une capacité d'agir) mais avec un risque de confusion car il a d'autres significations (être adroit, habile, qualifié). Lindsay utilise, lui, le mot « appropriation » dans ses écrits (cité par Ninacs, 2008, p.2). Selon Deslauriers, le Centre d'étude et de recherche en intervention sociale de l'Université du Québec en Outaouais utilise, quant à lui, l'expression « appropriation du pouvoir d'agir » (cité par Ninacs, 2008, p.2). Ou encore le vocable « puissance sociale » est proposé lors d'un colloque de l'Association internationale des écoles de travail social (Pascal, cité par Ninacs, 2008, p.2). Ces différentes traductions peuvent aider à la compréhension du concept mais ne traduisent jamais complètement le sens exact. Nous continuerons donc d'employer le terme empowerment, dans ce travail.

Nous remarquons dès maintenant que l'empowerment s'apparente à une philosophie, à une manière d'être et de faire ensemble.

1.5.3. Les différents types d'empowerment selon Ninacs (2008)

L'empowerment peut être observé à trois niveaux différents. L'empowerment individuel correspondant « au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou par un groupe d'individus » (p.17). L'empowerment communautaire qui correspond à « la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu, d'une façon qui favorise le développement du pouvoir d'agir des individus, groupes et organisations » (p.17). Enfin l'empowerment organisationnel qui représente « le processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation » (p.17). Ces trois niveaux sont en fait très liés, chacun favorisant l'autre.

L'empowerment individuel est un processus composé de quatre étapes : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique, chacune en interaction les unes avec les autres. La première étape est la participation dans la relation avec l'autre car le pouvoir d'agir s'acquiert en faisant des choix et en prenant des décisions. Ensuite il s'agit d'acquérir de nouvelles compétences pratiques et techniques ou bien de réévaluer celles déjà acquises, cela permettant la participation et l'action. La composante estime de soi est très importante dans le processus de l'empowerment individuel. Rappelons que ce terme désigne ici « la transformation psychologique qui annule les évaluations négatives antérieures intériorisées et incorporées dans l'expérience de développement de l'individu et par laquelle il arrive à être satisfait de lui-même (amour de soi), à évaluer ses qualités et ses défauts (vision de soi) et à penser qu'il est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes (confiance en soi) » (p.21). Cela amène l'individu à une « auto-reconnaissance de sa propre compétence » (p.21). Cette estime de soi passe par la reconnaissance de ses capacités par d'autres personnes, et ainsi par une valorisation de sa contribution dans le groupe. Enfin la dernière composante est la conscience critique. Celle-ci passe de la conscience individuelle du problème, à la conscience collective, puis à la conscience sociale (les problèmes étant influencés par l'organisation de la société), et enfin à la conscience politique (la solution des problèmes passe en partie par l'action collective). L'acquisition d'un pouvoir d'agir dans un domaine ne veut pas dire que la personne l'aura acquis dans un autre domaine. L'empowerment individuel n'est jamais définitivement acquis, c'est une dynamique en constant renouvellement.

Pour Rogers (1977), il existe « dans chaque organisme [...] un flux de mouvement en direction d'un accomplissement constructif de ses potentialités ». L'empowerment individuel est ici un processus continu, sous le contrôle de l'individu. « La pratique de la méditation, du focusing, de la prière ou de la tenue d'un journal, par exemple, aussi bien que la

communication avec des amis intimes, sont autant de supports à un processus continu d'empowerment. » selon Ducroux-Biass et Klein (2009, p.59).

Dans le cadre de ce travail nous nous intéressons à l'empowerment du soigné, donc à l'empowerment individuel car l'éducation du patient, même réalisée en groupe, vise avant tout à renforcer les capacités individuelles du patient. Notons, comme le suggèrent Doumont et Aujoulat (2002), qu'il serait intéressant d'étudier l'empowerment communautaire et l'empowerment organisationnel dans le cadre des hôpitaux promoteurs de santé, cela compte-tenu des différents publics cibles visés (les patients, le personnel, la communauté, l'organisation hospitalière).

1.5.4. L'empowerment dans les soins

Les différents auteurs déjà cités travaillent principalement le concept d'empowerment dans le cadre de l'intervention sociale. Nous nous permettrons ici d'appliquer leurs recherches au domaine de la santé.

Tout d'abord, Bacqué et Biewener (2013, p.46) nous invitent à « reconsidérer le rapport du "patient" au professionnel, car la nature des relations entretenues entre l'"aidant" et l'"aidé" peut contribuer à perpétuer l'ordre et la hiérarchie sociale ou au contraire à les mettre en cause ». Notons que Ducroux-Biass et Klein (2009) avaient remarqué que les médecins, les infirmières et les infirmiers ne voyaient pas encore l'intérêt d'avoir le patient comme partenaire, mais qu'ils voyaient plutôt cela comme une menace pour leur propre pouvoir.

Selon Vallerie (2012), si le professionnel a acquis un savoir théorique scientifique, le patient a lui acquis un savoir issu de l'expérience. Or les connaissances théoriques sont trop souvent considérées comme supérieures aux autres. Si le professionnel accorde de l'importance aux connaissances issues de l'expérience et reconnaît la « complémentarité des connaissances » (Vallerie, 2012, p.32), alors la relation s'équilibre et le dialogue devient plus aisé. Cela oblige le soignant à s'adapter au système de valeurs du soigné et à se repositionner lui-même car « chaque personne ou collectivité est la seule à savoir quel problème lui pose la situation qu'elle pense devoir faire évoluer » (Vallerie, 2012, p.33). Ainsi l'on passe « d'un travail sur un patient à une collaboration avec un usager expert » (Bacqué & Biewener, 2013, p.47). Soulignons que considérer le soigné et son système de valeurs dans la relation, c'est considérer les dimensions individuelles, émotionnelles, familiales, sociales, culturelles, spirituelles,... de celui-ci, c'est avoir une vision holistique de la situation.

Ainsi il est important de veiller à reconnaître les compétences du soigné afin qu'il puisse prendre confiance en lui et participer activement à la relation afin de développer son pouvoir d'agir. Pour cela il vaut mieux « montrer l'influence des facteurs sociaux et environnementaux et mettre en lumière les compétences, la volonté, les capacités des individus au lieu de leurs faiblesses, leurs maladies ou les facteurs de risques » (Bacqué & Biewener, 2013, p.46). Boutin et During (1994, p.49) pensent l'empowerment comme une démarche basée sur « la volonté (des intervenants) de permettre aux parents de prendre progressivement un pouvoir accru sur leur situation ».

Nous terminons ce paragraphe avec Rogers, dans Ducroux-Biass et Klein (2009), qui a décrit trois attitudes nécessaires et satisfaisantes à l'instauration d'un processus facilitateur d'empowerment. Premièrement l'empathie, c'est-à-dire être dans l'expérience de l'autre. Deuxièmement la congruence, ou authenticité, qui est le fait d'être soi, réel, ouvert. Troisièmement le regard positif qui donne de la valeur à l'autre.

1.5.5. Empowerment et éducation du patient

Selon Aujoulat, Deccache et Doumont (2002, p.66), l'empowerment est le « développement des ressources personnelles (sociales, psychologiques, intellectuelles et spirituelles) afin de donner à la personne les moyens de contrôler et de diriger sa propre vie ». Pour Salyer et Via (1999), l'« éducation a pour but d'assurer que les choix quotidiens faits par les patients [...] vis-à-vis de leur vie et de leurs soins sont des choix éclairés ». Aujoulat et al. (2002, p.66) nous disent que « le principe de l'empowerment en éducation du patient suppose le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé » afin que les patients « participent davantage à leurs soins » et qu'ils aient une meilleure qualité de vie.

L'étude réalisée par Salyer et Via (1999) donne quatre éléments pour définir une démarche d'empowerment comme éducation à la santé : une démarche d'aide, un partenariat qui prend en compte soi-même et les autres, une prise de décision partagée qui utilise les ressources, et enfin la liberté de faire des choix et d'accepter ses responsabilités.

Dans leur recherche, Aujoulat et al. (2002, p.67) s'appuient sur Mackintosh pour présenter le concept d'empowerment « comme une approche d'éducation à la santé centrée sur l'individu, dont le but est de faciliter la prise de décision en développant une meilleure image de soi et l'estime de soi, basée sur l'idée qu'en développant sa motivation, sa confiance en soi et ses aptitudes, l'individu est mieux à même d'identifier ses propres besoins de santé et d'agir pour les satisfaire ».

Pour une mise en pratique d'un programme d'empowerment destiné au patient, Arnold et al., présentés dans Aujoulat et al. (2002, p.70), proposent différents éléments clés :

- « un environnement psychologique agréable pour une réflexion personnelle, en valorisant les expériences personnelles, en favorisant l'auto-évaluation, en évitant d'être trop directif dans les conseils à formuler et en respectant tous les aspects concernant la confidentialité, [...]»
- permettre le partage des expériences
- élaborer des outils de formation et de discussion ».

Quant à Mackintosh, présenté dans Aujoulat et al. (2002), il propose différentes attitudes que devraient adopter les infirmières souhaitant promouvoir la santé des patients : identifier les croyances des individus, être sensible aux facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui peuvent altérer leur santé, donner des informations sur la santé tout en réactualisant leurs connaissances, accroître la prise de conscience par les individus des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, les informer sur leurs droits, impliquer autant que possible les individus dans la prise des décisions, leur offrir un soutien de qualité en mobilisant les ressources appropriées et en les mettant en relation avec les professionnels dont ils ont besoin, respecter le droit des individus à choisir leurs propres manières d'agir vis-à-vis de leur santé,...

De plus, Ducroux-Biass et Klein (2009) soulignent la nécessité que le personnel soignant soit lui-même *empowered* avant qu'il puisse savoir ce que signifie le processus d'empowerment du patient et de pouvoir y participer.

Nous pensons que ces attitudes proposées aux infirmières peuvent tout aussi bien l'être aux sages-femmes. En effet ces deux professions ont le même souci de prendre soin de l'autre au quotidien.

Enfin, Israël et al. (1994) préfèrent proposer une définition clarifiée de l'empowerment qui consiste à « conférer à autrui la capacité d'obtenir le pouvoir par ses propres efforts ». Ainsi pour Kieffer, présenté par Aujoulat et Doumont (2002), le processus d'empowerment est initié par le patient lui-même, les interventions des soignants étant mises en place dans le but d'accompagner et renforcer le processus. Attention alors à « ne pas forcer le patient vers une autonomie décisionnelle qu'il ne souhaite pas ou dont il ne se sent pas capable » (Aujoulat & Doumont, 2002, p.19).

Selon Gibson, présenté par Aujoulat et Doumont (2002, p.9), l'empowerment est un processus d'aide mais dont « le concept est abstrait, transactionnel (le processus implique d'être en relation avec autrui), multidimensionnel (nécessitant une approche systémique), positif (mettant l'accent sur les solutions plutôt que sur les problèmes) et dynamique ». C'est une

démarche dans laquelle il faut veiller à être dans un esprit de collaboration, à favoriser l'expression des émotions du patient et à respecter ses choix. L'empowerment repose « sur le questionnement et non pas sur des solutions apportées par d'autres » (Ninacs, 2008).

Aujoulat et al. (2002, p.70) posent alors la question suivante : « l'enjeu de l'empowerment ne deviendrait-il pas alors tout simplement de permettre au patient de clarifier son désir et d'exprimer son choix ? ».

1.6. Compétences de la sage-femme et empowerment

En Belgique, la loi du 10 mai 2015, relative à l'exercice des professions des soins de santé, reconnaît, entre autres, aux sages-femmes, dans l'art. 62. §1, l'exercice autonome de « l'information et l'éducation à la santé, vis-à-vis de la femme, de la famille et de la société ; l'éducation prénatale et à la parenté ». Selon le Conseil Fédéral des Sages-Femmes [CFSF] (2016), la sage-femme est reconnue, en Belgique comme à l'international, comme travaillant conjointement avec les femmes, les accompagnant et les conseillant, elles et leurs partenaires, leurs familles et la communauté, sur la santé et l'éducation dans le but de renforcer leurs capacités. Pour cela la sage-femme doit faire en amont un travail de clarification de ses propres valeurs et convictions afin d'assurer une approche éthique dans le respect de l'autre et de sa diversité. La sage-femme pourrait répondre à ces exigences via une démarche d'empowerment.

En Belgique, le CFSF rédige un profil professionnel et de compétences de la sage-femme qui définit les domaines d'exercice de la profession et indique les compétences qui doivent avoir été acquises à l'issue de la formation de base et durant l'exercice de la profession. Onze compétences sont reconnues aux sages-femmes. Une compétence étant, selon le CFSF (2016), l'ensemble des connaissances, des aptitudes, des attitudes et la compréhension dont fait preuve un professionnel dans l'exercice de son travail. Autrement dit il s'agit de comportements observables.

Nous allons ici nous intéresser aux compétences qui ont soutenu la création de ce travail et qui nous confirment que la philosophie d'empowerment est adaptée à l'exercice de notre profession.

Tout d'abord la « compétence 1 : surveiller la grossesse physiologique, le travail et le post-partum », selon laquelle la sage-femme « stimule la connaissance d'une approche physiologique à tous les stades de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; [...] elle

assure la continuité des soins ». La démarche d'empowerment permet un partage de connaissances au cours d'un suivi régulier.

Selon « la compétence 4 : gardienne de la situation psychosociale », la sage-femme « reconnaît et respecte les particularités psychosociales de la femme, de sa famille et de son entourage, [...] elle reconnaît et respecte la diversité et l'expérience interculturelle ». Cela fait tout à fait partie de la philosophie d'empowerment selon laquelle chacun a ses propres connaissances expérientielles, ses propres besoins et ressources. C'est le rôle de la sage-femme de les identifier, de les reconnaître, de les respecter et de s'y adapter.

Dans la « compétence 5 : promoteur de la santé », la sage-femme « informe et rend des avis dans le cadre de son domaine professionnel ». Dans l'élaboration de ce travail, nous essayons d'éclaircir différents concepts de soin, et de les faire connaître afin de s'en inspirer dans notre pratique professionnelle.

Selon la « compétence 6 : membre d'une équipe de soins, communication et coordination. Veiller à la continuité des soins dans un cadre pluridisciplinaire », la sage-femme « écoute attentivement et communique correctement avec les personnes en demande de soins et les professionnels de santé ». Nous avons vu précédemment l'importance de la communication dans la relation d'aide. De plus l'empowerment ne se limite pas à un seul domaine, le travail en équipe est nécessaire.

Selon la « compétence 7 : gardienne du cadre juridique et du code de déontologie », la sage-femme « défend le bien-être de la mère et de l'enfant en respectant leurs droits ». Rappelons-nous que l'empowerment est une démarche d'acquisition de pouvoir afin de faire valoir ses droits.

Dans la « compétence 8 : promoteur de la qualité », la sage-femme « est capable d'étayer, d'exprimer et de transmettre sa propre vision de la surveillance et de la promotion des soins de qualité aux autres professionnels des soins de santé ». Nous espérons que ce travail reflète cette compétence correctement.

Enfin, selon la « compétence 11 : praticienne professionnelle », la sage-femme « mène une réflexion critique sur son expertise professionnelle ». Ce travail de recherche se veut être une réflexion de nos représentations et donc de notre posture professionnelle.

2. Matériel et méthode

2.1. Choix de l'approche

En choisissant de traiter de la philosophie de l'empowerment, nous avons voulu définir ce concept dans le milieu des soins et faire un état des lieux des représentations des sages-femmes à ce sujet. Au vu des nombreuses utilisations de ce terme, il nous semblait important de le situer dans le contexte qui nous intéresse pour notre pratique professionnelle de sage-femme. Il nous est alors apparu qu'un état des lieux des représentations des sages-femmes nous renseignerait sur leurs croyances. Cela pouvant servir de base à l'établissement d'une conduite à tenir pour favoriser ou non la mise en pratique de cette philosophie dans les soins. Nous avons donc choisi de réaliser une approche qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs, ceci afin de guider la discussion via les thèmes choisis tout en évitant d'influencer l'expression.

2.2. Construction de la grille d'entretien

L'élaboration de la grille d'entretien n'a pas été facile. En effet, il s'agissait d'un exercice nouveau. Mais si nous savons que l'expérience est souvent un gage de qualité, il faut bien un début à tout. Fort heureusement, dans ce travail nous avons pu profiter de divers conseils avisés et experts.

Nous avons eu la chance d'avoir un entretien exploratoire avec Mme Liénard, Coordonnateur au sein du Département Infirmier, Maître Assistant et Maître de formation pratique à la Haute Ecole Léonard de Vinci à Bruxelles. Celle-ci nous a aidé à définir les objectifs du travail : connaître les représentations des sages-femmes sur le soin, la relation d'aide, la personne et enfin l'empowerment, et les comparer aux concepts théoriques et à la philosophie d'empowerment. Cela pouvant nous donner une idée sur la faisabilité d'une mise en pratique de cette philosophie. En effet les représentations sont, selon Abric (1999, p.13), « une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de références (donc de s'y adapter, de s'y définir une place) ». Pour changer les comportements, il faut au préalable changer les mentalités.

Les thèmes ainsi choisis, il n'a pas été aisé de préparer les questions de relance car nous ne voulions pas que nos questions influencent les réponses des sages-femmes. Pour éviter cela,

nous avons choisi des questions ouvertes, c'est-à-dire qu'elles n'induisent pas la réponse, et larges, c'est-à-dire que la réponse n'est pas dirigée. Nous savions cependant que de nouvelles questions naîtraient au cours de l'entretien suivant la discussion.

Notons que nous avons rajouté le thème de l'éducation à la santé suite à des lectures approfondies sur l'empowerment. En effet nous avons lu que l'empowerment est une démarche d'éducation à la santé, aussi il nous a semblé intéressant de connaître les représentations des sages-femmes sur l'éducation à la santé afin de savoir si celles-ci correspondent ou non à la philosophie de l'empowerment.

Nous avons pu demander la validation de la grille d'entretien (Annexe) au conseiller-expert ainsi qu'au guide méthodologique.

Enfin nous avons effectué deux pré-tests de la grille d'entretien auprès de deux sages-femmes, l'une diplômée cette année 2017, l'autre en 2015. Ces pré-tests nous ont permis de compléter, d'affiner, de reformuler nos questions de relance afin qu'il soit plus intuitif de les poser et plus aisé d'y répondre. De plus ils nous ont permis de nous entraîner à interviewer et de nous familiariser avec ce nouveau rôle. Nous nous sommes rendu compte que le temps nécessaire à la réalisation d'une interview pouvait varier de 20 à 55 minutes selon les connaissances de la sage-femme.

2.3. Sélection et description du corpus de population

Nous avons décidé d'interviewer des sages-femmes hospitalières, indépendamment de l'unité de soin, car notre formation nous prépare beaucoup à cette facette du métier. De plus il nous semblait plus facile d'analyser les résultats si les sages-femmes avaient ce point commun.

Nous pensions interviewer des sages-femmes sur base du volontariat, de tous âges, de différents hôpitaux sans limitation géographique au sein de la Belgique. En effet plus le corpus de population est diversifié, plus celui-ci est représentatif. Finalement, nous n'avons lancé l'appel qu'à un groupe de sages-femmes, via une connaissance sage-femme via un réseau social. Par souci d'anonymat, nous tairons le nom de ce groupe. Après nous être présenté, nous leur avons introduit l'étude très succinctement en ne donnant que son titre, par peur d'influencer les réponses. Nous leur avons également précisé une approximation de trente minutes à une heure d'entretien et les moyens de nous contacter si elles désiraient participer.

Notre corpus de population est composé de trois sages-femmes formées à Bruxelles, de 25 à 30 ans. Il se trouve donc que le nombre d'entretiens est limité et nous n'avons pas la diversité d'âge souhaitée a priori. Cela limite donc notre cadre de recherche.

Les sages-femmes travaillent à l'hôpital. La première depuis deux ans et huit mois et la deuxième depuis trois ans, toutes les deux en Belgique. Enfin la dernière travaille actuellement à l'hôpital pour une durée déterminée en France, cela en attendant que sa nouvelle activité libérale soit viable. Avant cela, elle a travaillé sept ans et demi en Belgique dont près de sept ans en hospitalier et deux ans en libéral. Nous avons choisi de tenir compte de son entretien car son déménagement à l'étranger est relativement récent au vu de son expérience hospitalière belge.

Elles n'ont pas été rémunérées ni dédommagées pour leur participation.

L'étude se limitera donc aux représentations des sages-femmes belges exerçant en milieu hospitalier, sur les concepts du soin, de la relation d'aide, de l'éducation à la santé, de la personne et de l'empowerment.

2.4. Déroulement des entretiens

Nous avons proposé que les entretiens se déroulent face-à-face ou par skype, selon ce qui arrangeait le mieux la sage-femme. Ils se sont déroulés du 2 au 8 août 2017.

Le premier entretien s'est déroulé dans un café public, dans une ambiance calme et décontractée. Il a duré 33 minutes sans interruption. Le deuxième entretien s'est déroulé au domicile de la sage-femme. Sa fille était gardée par sa sœur, elles ont toutes deux assisté à l'interview de manière très discrète. Nous avons peut-être fait l'erreur de ne pas nous inquiéter à l'avance de réserver cet entretien de manière à ne pas être interrompue. Cependant nous n'avons été interrompues qu'une seule fois et très brièvement sur les 20 minutes qu'ont duré l'entretien. De plus la sage-femme est restée concentrée sur l'entretien. Le dernier entretien s'est déroulé via skype vu la géolocalisation de la sage-femme. Il s'est déroulé sans caméra donc mimant un appel téléphonique, durant 40 minutes sans interruption.

Vu l'âge des sages-femmes et à leurs demandes, nous avons usé du tutoiement durant les trois entretiens. Cela a sans doute permis une ambiance plus décontractée et facilitante pour parler de leurs représentations. Nous les avons assuré de l'anonymat de l'entretien. Avec leurs autorisations, les entretiens ont été enregistrés.

3. Résultats

3.1. Présentation de la population étudiée

Notre corpus de population est composé de trois sages-femmes belges de 25 à 30 ans. Elles ont toutes les trois suivi un bachelier sage-femme en quatre ans à Bruxelles.

Nous avons repris dans le tableau ci-dessous des éléments de l'anamnèse effectuée lors des entretiens. Ces éléments ne rentrent pas à proprement parler dans le cadre de notre recherche mais ils nous ont semblé potentiellement intéressants pour tenter de situer les représentations des sages-femmes interviewées. Effectivement les représentations d'un individu sont liées à son cadre de vie, son histoire et à ses expériences.

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Age	vingtaine	vingtaine	trentaine
Année diplômante	2014	2014	2009
Choix des études	« J'ai toujours voulu prendre soin des autres, le côté obstétrical, la maternité, la grossesse ça m'a toujours intrigué, passionné, j'ai toujours trouvé ça magique, être là pour les femmes à un moment important »	« Je voulais faire médecine d'abord et puis j'ai fait un stage en salle d'accouchement que j'ai beaucoup aimé et en fait en me reposant des questions je me suis rendu compte que ça avait toujours été infirmière ou sage-femme et j'ai plus été dans sage-femme parce que c'est ce qui me plaisait le plus. »	« parce que la science médicale ça m'a toujours vachement intéressée, depuis l'adolescence et en particulier l'obstétrique, ça me passionnait un petit peu. [...] ma maman travaille à l'hôpital donc un jour j'ai entendu parler des sages-femmes, et un jour elle m'a dit « oh je te vois bien faire ça », ça a un peu fait tilt »
Formations complémentaires	- Pharmacologie de la sage-femme	- Aromathérapie - Massage bébé	- Préparation affective à la naissance par Brigitte Dohmen - 1 an de master en sciences de la santé publique, option

	- 3 cycles de formations par Jacqueline Lavillonière		éducation à la santé
Parcours professionnel	Quelques mois d'intérim en début de carrière, actuellement en CDI depuis 2 ans et 8 mois dans l'hôpital souhaité en Belgique.	Actuellement en CDI dans l'hôpital souhaité dès le début de sa carrière, en Belgique.	7 ans à l'hôpital en Belgique dès la sortie de l'école, et du libéral depuis 2 ans, donc au début en continuant l'hospitalier. Actuellement en CDD à l'hôpital, en France.
Choix du travail en hospitalier	« pour apprendre encore des trucs à l'hôpital »	« c'est ce qui me plaisait à la base, je me voyais pas commencer en libéral tout de suite [...] et puis j'aimais bien le côté patho »	« en sortant de l'école je voulais faire de l'hôpital, [...] pour moi c'était ça être sage-femme. J'avais entendu parler du libéral et je savais que j'étais ouverte à ce chemin là mais j'avais entendu des profs dire qu'avant de faire du libéral il fallait faire de l'hospitalier au moins un an »
Avenir professionnel envisagé	L'hôpital « je m'y vois plus tard mais pas à temps plein, 50/50 avec du libéral ou autre chose, car il y a toujours des frustrations à l'hôpital »	« Je ne sais pas, je me laisse le temps de voir », « j'ai eu un accouchement très très physio dans un autre hôpital où j'ai vu qu'il y a moyen d'être beaucoup plus détendue donc je me pose des questions sans idée fixe », « J'envisage une formation en homéopathie ou en préparation globale à la naissance peut-être »	« je sais que ce n'est plus fait pour moi », « j'ai accepté un CDD hospitalier pour manger, mais clairement l'hôpital je sais c'est plus mon truc [...] à cause des problèmes d'empowerment, de patient, de pouvoir »

3.2. Présentation des résultats

Chacune des sages-femmes interviewées nous a livré ses représentations personnelles des cinq concepts choisis. Il n'a pas toujours été évident pour elles de mettre des mots dessus. Nous avons construit une synthèse de l'analyse thématique des entretiens sous forme de tableau.

Thème	Verbatim
Le soin	
définition	<p>1. « répondre aux besoins d'une personne, que ce soit des besoins physiques, psychologiques ou médicaux »</p> <p>2. « c'est m'intéresser à la personne dans sa globalité, autant à ce qu'elle vit qu'au soin réellement, à l'acte technique que j'ai à faire, pouvoir concilier les deux et être aussi douce dans le prendre soin de la personne elle-même, dans ce qu'elle est, que dans mon acte technique »</p> <p>3. « pour moi, prendre soin, dans la vie professionnelle, c'est prendre soin de la santé, avec la définition de l'OMS, donc pas que la santé médicale et physique mais psychologique, émotionnelle, sociale, la famille, au sens large, la santé globale. Mais prendre soin c'est aussi prendre soin de la personne, c'est pas toujours que de sa santé. On prend soin de nos proches dans nos vies personnelles, [...] prendre soin c'est aussi une relation d'humain à humain et ça dépasse le cadre de la santé et de la blouse blanche. »</p>
pratique	<p>1. « qu'il soit respectueux dans sa globalité, le plus respectueux possible »</p> <p>2. « être à l'écoute du patient surtout », « à l'hôpital ce n'est pas toujours possible d'être là-dedans, y'a des moments où on est pris par le temps et c'est justement ça qui est un peu dommage c'est de devoir poser l'acte sans pouvoir toujours prendre la personne dans sa globalité »</p> <p>3. « c'est un soin qui est respectueux et éclairé. Respectueux des choix de la personne, éclairé parce qu'il faut qu'elle donne son accord et qu'elle ai bien compris ce qu'on fait, comment, pourquoi, respectueux du soignant, mais ça c'est pas la priorité, et puis évidemment qu'il respecte les principes de base de médecine basés sur les connaissances actuelles, d'asepsie. » « Pour moi un bon soin ce n'est pas un soin dénué d'humain, un bon soin parfaitement technique ça ne suffit pas »</p>

La relation d'aide	
définition	<p>1. « soutenir une personne et l'aider à trouver ses propres ressources pour avancer ou... que ce soit au niveau d'un deuil... là ça serait au niveau du médical, à créer une relation de confiance »</p> <p>2. « c'est être présent, à l'écoute, et être juste par rapport à la demande du patient [...], à l'hôpital on n'est pas toujours juste là-dedans »</p> <p>3. « ça me fait penser [...] à l'empathie plutôt que la sympathie, mais c'est une notion qui pour moi a complètement évolué avec mon travail personnel et mes formations. Du coup maintenant pour moi la relation d'aide c'est être là pour la personne, là où elle est, c'est ça qui est vachement difficile quand on est soignant, c'est que c'est pas nous qui sommes devant et qui décidons la suite, on doit bien laisser à la personne le choix et la liberté d'aller où elle veut. Pour moi la relation d'aide c'est je suis là pour t'épauler, te soutenir, mais de toute façon je ne peux pas faire les choses à ta place et c'est toi qui décide ce qui est bon, ce dont tu as besoin. Pour moi la relation d'aide c'est faire émerger le besoin de l'autre pour qu'elle puisse s'aider elle-même », « pour moi avant la relation d'aide c'était le soignant tout puissant qui vient sauver la personne, qui vient lui proposer des solutions »</p>
pratique	<p>1. « avoir du temps, du temps pour la personne, sentir que la personne est rassurée, qu'elle soit en confiance », à l'hôpital c'est « difficile d'être dans la relation d'aide, d'avoir du temps par exemple pour une personne et pas d'avoir 25 idées dans la tête... »</p> <p>2. « c'est s'asseoir, savoir prendre un temps déjà pour soi, être prêt à écouter, se recentrer sur soi, c'est justement ça qui n'est pas toujours facile, et puis juste prendre le temps de voir où en est la personne, si elle en a besoin ou pas, et si elle en a besoin, comment »</p> <p>3. « il faut laisser de la place pour que la personne parle, parce que parfois juste parler et s'exprimer ça fait tout le chemin pour elle, prise de conscience, trouver des solutions, donc laisser de la place pour la parole, éventuellement reformuler et dire je comprend, j'entend, c'est pas facile et maintenant qu'est-ce qui serait bon pour vous ? qu'est-ce que vous voulez faire avec ça ? Comment est-ce que je peux vous aider ? », « j'aurai besoin de plus d'outils dans la formation de base des sages-femmes, des soignants, et même après, des petites formations, des soutiens, parce que c'est pas facile, il y a tellement de façon de communiquer en fonction des gens, c'est une aptitude, un savoir être mais n'empêche que c'est assez compliqué je trouve ! »</p>
L'éducation à la santé	
définition	<p>1. « pour moi c'est informer des personnes sur des habitudes de vie importantes, qui permettent de rester en bonne santé et d'éviter d'être malade ou d'avoir des problèmes de santé, en amont d'un problème, ou ça peut être aussi après une maladie. Et c'est un mode de vie je</p>

	<p>dirais. »</p> <p>2. « pour moi c'est un peu comme la relation, c'est voir où en est la personne, voir ce qu'elle a besoin, moi j'essaye toujours de donner le minimum vital », « c'est s'adapter complètement au patient »</p> <p>3. « c'est un partage de connaissances entre des personnes qui ne sont pas soignantes et un soignant, partage de connaissances parce que si le soignant il ne s'ouvre pas, il partage pas ce que tu lui dis, de toute façon ça rentre, ça sort et il n'intègre pas. Pour moi l'éducation à la santé c'est un partage de savoirs et de connaissances à propos de notions de santé physique, mentale, alimentaire, d'hygiène, peut importe le domaine, ça a attrait avec la définition de l'OMS de la santé. Pour moi c'est forcément en lien avec l'empowerment, l'appropriation du pouvoir du patient. Entre un professionnel et un non professionnel. »</p>
pratique	<p>1. « à la maternité on le fait beaucoup mais souvent on leur balance beaucoup d'informations aussi parce qu'on n'a pas assez de temps et donc souvent ça s'imprègne pas tout », « la préparation à la naissance aussi c'est de l'éducation », « l'idéal c'est d'adapter en fonction de la personne que tu as en face de toi, mais c'est souvent compliqué quand tu n'as pas le temps, c'est souvent le cas à l'hôpital. [...] à la base c'est plus intéressant d'aller chercher les informations qu'elle connaît et en fonction de ce qu'elle connaît, de pouvoir introduire des notions, des nouvelles choses, en fonction de ses questions aussi »</p> <p>2. : « être disponible soi-même, rendre la personne disponible, [...] on ne peut pas faire vite vite. [...] Donc pour moi se poser et être à l'écoute des besoins de la personne, donc pour moi ça fonctionne mieux si je rebondis sur les questions de la personne ou que je peux parler de quelque chose au moment où ça se passe pour qu'elle imprègne correctement, et essayer de voir si la personne a compris, faire répéter, lui poser une autre question indirecte pour voir si on est bien dans la compréhension »</p> <p>3. « je pense qu'idéalement il faut d'abord demander la permission à la personne, [...] c'est utiliser des outils qui sont adaptés à la spécificité de chaque personne qu'on a en face, [...] de les personnaliser, [...] et puis il vaut mieux privilégier un peu d'info que beaucoup d'un coup et laisser de la place aux questions et aux reformulations. »</p>
La personne	
définition	<p>1. « être physique, psychologique avec un bagage culturel, environnemental, en fonction de là où il vit, dans quelles conditions », « à l'hôpital on a l'uniforme, ça crée directement une relation différente »</p> <p>2. « c'est un peu abstrait ça ! c'est une personne dans sa globalité, dans ce qu'elle est », « je dois m'adapter à la personne et à ce qu'elle</p>

	<p>vit », « moi je suis aussi une personne qui vit des choses, [...] il faut aussi savoir dire là c'est plus possible pour moi avec cette personne là », « on a tous la même importance, la même valeur »</p> <p>3. « à l'hôpital c'est quand même toujours un cas, [...] il y a toujours une étiquette médicale avec la personne, parce qu'il y a une question de rentabilité, il faut aller vite dans les soins, il faut être pragmatique. », « la personne est d'abord quelqu'un avec une vie, une identité, une histoire avant d'être un patient à soigner, mais la façon dont j'aborde la personne dépend énormément du cadre dans lequel je suis mais ce ne sera jamais rien qu'un corps ou rien qu'une maladie, ça c'est pas possible ! »</p>
L'empowerment	
Avez-vous déjà entendu parler d'empowerment ?	<p>1. « Le nom me dit quelque chose, mais après... je ne sais plus où je l'ai entendu, je n'ai pas de souvenir durant mes études ni à l'hôpital »</p> <p>2. « Non, j'allais justement dire qu'est-ce que c'est ? »</p> <p>3. « à mon master de santé publique à l'UCL, en cours d'éducation à la santé du patient je pense », « je n'ai pas souvenir d'en avoir entendu parlé pendant mes études, enfin certaines profs nous parlaient de choses, mais jamais on n'a mis l'étiquette "empowerment", "pouvoir". Et en hapto évidemment on en a parlé mais jamais avec cette étiquette là »</p>
définition	<p>1. « c'est la direction des soins, enfin non pas la direction mais les personnes au cœur du travail qui décident et qui prennent des décisions, qui sont impliquées dans les décisions concrètes », « que ce ne soit pas le chef qui décide de tout, que ça vienne de la base »</p> <p>2. « non, [...] pour moi je dirai que c'est toujours vouloir faire, je verrais ça plus dans du rendement. Je ne sais pas. »</p> <p>3. « pour moi c'est le pouvoir au patient, ça veut dire que c'est la personne qui a le pouvoir sur sa santé et sur ses décisions de santé, c'est elle qui décide, pas la blouse blanche, et ça ça fait une différence, pour moi ça change tout le système de santé », « c'est la femme enceinte qui est suffisamment bien informée et "éduquée" pour dire d'accord, donc le bon choix pour moi c'est... [...] parce que j'ai bien compris quels étaient les inconvénients, les avantages de telle chose et c'est moi qui décide. On ne vient pas m'imposer quelque chose. C'est éclairé mais ça va plus loin que l'information éclairée car c'est le patient qui fait le choix, qui décide au delà d'être éclairé. C'est éclairé au point de pouvoir choisir soi-même et de pouvoir assumer ce choix. »</p>
pratique	<p>1. « si des personnes arrivent avec un plan de naissance, qu'elles choisissent de dire ce qu'elles veulent, on essaye de le respecter dans la mesure du possible, c'est leur décision. [...] certains n'ont pas de prépa en amont et alors là je trouve que l'empowerment du patient, par le</p>

	<p>patient c'est difficile, c'est aussi je pense parce que c'est le genre de truc que tu peux pas faire au dernier moment », « il y a une application qui a été faite, un peu comme un fil facebook, il y a des informations d'éducation à la santé qui sont mises régulièrement, [...] ça s'adapte au profil de chaque patiente et donc il y a des informations différentes en fonction [...] et ça c'est pas mal pour l'éducation, ça offre une source sûre », « je pense que quand t'as tout le monde qui s'y met t'oses plus dire ce que tu penses, donner tes idées, quand c'est très hiérarchisé tu fermes ta bouche parce que t'oses pas le dire »</p> <p>3. « pas au tout début de la carrière parce que t'es tellement débordée, il faut déjà gérer, [...] mais après avec l'expérience et le temps et avec mes formations », « être suffisamment staffé, pour que ce personnel ait un nombre minimal de patients à s'occuper, c'est ça qui lui permet de dégager du temps, des discussions, de l'empowerment avec chaque patient, et c'est ça qui lui permet d'être disponible dans la charge mentale », « être formé, avoir plus de temps, de disponibilité, et évidemment le problème c'est tout le travail en amont, les couples ils ne peuvent pas être dans l'empowerment, et prendre des décisions pour eux dans l'urgence, il faut que le travail soit fait avant »</p>
<p>freins</p>	<p>1. « structures trop hiérarchisées je pense, parfois peut-être si on a une charge de travail trop importante ça complique les choses, le manque de temps, une mauvaise organisation »</p> <p>3. « le système de santé actuel est archaïque, les représentations actuelles archaïques de la médecine [...]. C'est la façon dont les soignants sont formés, c'est toutes les publicités qu'il y a dans les médias qui enferment les patients ou les futurs patients dans des croyances de société, dans des peurs, en fait vous êtes des moutons... », « Les freins principaux sont le manque de temps, les représentations et les croyances aussi bien chez les patients que chez les soignants, un autre frein c'est la toute puissance des soignants de par leurs études, leurs formations, tout ce qu'on traîne derrière nous, les freins économiques et tout ce problème d'organisation institutionnelle, de manque de temps et de disponibilité parce qu'on n'a pas assez de personnel, parce qu'on doit s'occuper de x patients parce que... voilà quoi ». « Pour moi l'empowerment c'est l'opposé de ce qu'on trouve malheureusement de plus en plus dans les hôpitaux, pour différentes raisons, c'est que le patient est un numéro et le soignant est un pion. »</p>

4. Discussion

4.1. La validité des résultats

Ces résultats peuvent être validés grâce à la rigueur scientifique de nos recherches théoriques et à la validation de notre grille d'entretien. Cependant il ne faut pas occulter les biais méthodologiques. En effet ceux-ci influencent les résultats de manière plus ou moins importante.

Nous avons trouvé de nombreuses sources scientifiques sur les différents concepts étudiés. Nous avons dû sélectionner les plus pertinentes pour notre recherche selon notre propre jugement. Notons que certaines sources datent de plusieurs années. Nous avons choisi de les citer tout de même de par leur sujet pertinent pour notre étude. Relevons que nous n'avons pas trouvé d'articles traitant de l'empowerment dans le cadre de la profession sage-femme. Nous avons estimé que dans les domaines étudiés, les soins infirmiers et sages-femmes étaient similaires. D'autant que ces deux formations ont un tronc commun à leur début.

Les entretiens ont été, selon nous, bien menés, dans de bonnes conditions pour les sages-femmes comme pour nous-même. Cependant nous avons trouvé que le questionnement des représentations d'un individu, quoique passionnant, se révèle quelque peu hasardeux et délicat. En effet nous devons veiller à rester neutre tout le long de l'entretien, sans influencer l'interviewé, tout en le dirigeant un minimum afin d'avoir les résultats qui nous intéressent dans le cadre de l'étude. Il s'agit de poser des questions de relance suffisamment larges et ouvertes afin de guider tout en respectant la liberté d'expression. Il nous a semblé également difficile de ne pas y interférer un tant soit peu nos propres représentations après les nombreuses recherches effectuées.

Pour les sages-femmes, il a été quelque fois difficile de trouver les mots pour donner leurs représentations. En effet ce sont des idées personnelles, parfois ancrées en nous de façon inconscientes, depuis des années, influencées tout d'abord par notre cadre de vie, notre histoire et plus récemment par nos études, nos formations, nos expériences professionnelles. Nous leur avons laissé le temps de trouver leurs mots, nous avons parfois reformulé pour être sûre d'avoir compris ce qu'elles voulaient dire sans en déformer le sens ni risquer d'interpréter leurs propos.

La retranscription des interviews a été faite dans les 48h. Cela nous a semblé important afin d'être le plus rigoureux possible. De plus chaque entretien était retranscrit avant le suivant. Cela nous a permis d'avoir la grille d'entretien bien en mémoire, de la maîtriser au mieux, en même temps que de ne pas mélanger les différentes interviews et leurs retranscriptions.

Nous sommes également consciente du nombre limité d'entretiens réalisés. Cela ne nous donne qu'un bref aperçu des représentations des sages-femmes et nous ne pouvons pas nous permettre d'en faire une généralité. De plus, les sages-femmes interviewées sont relativement jeunes et ont toutes moins de dix ans d'expérience professionnelle. Peut-être cela est-il dû à la méthode de recrutement via internet nécessitant une maîtrise de l'outil. Nous nous devons d'en tenir compte comme une sous-estimation des résultats. A noter également que le recrutement des sages-femmes s'est fait sur base du volontariat, cela a pu entraîner un biais du fait qu'elles étaient intéressées par le sujet.

La sélection des résultats s'est faite au regard de nos objectifs. Cependant il nous semblerait mensonger d'affirmer que cette sélection n'a pas été a minima influencée par nos propres représentations.

4.2. L'interprétation des résultats

Les objectifs de notre étude sont de savoir quelles sont les représentations des sages-femmes sur le soin, la relation d'aide, l'éducation à la santé, la personne et l'empowerment et de comparer ces représentations à la philosophie de l'empowerment. Ainsi les entretiens nous donnent les représentations des sages-femmes et notre cadre théorique définit les concepts choisis.

Les sages-femmes interviewées semblent toutes se représenter que le soin doit être global, humain et doit requérir des compétences professionnelles techniques ou médicales. Une sage-femme sur les trois parle du soin comme existant en dehors du milieu soignant. Cela peut être lié au contexte des entretiens, en effet nous sommes en étude de sage-femme et interrogeons exclusivement des sages-femmes, et les interviewées le savent. Le soin est décrit plusieurs fois comme devant être respectueux. Il nécessite de l'écoute pour une sage-femme, et d'être éclairé pour une autre. A l'éclairage de nos recherches scientifiques, nous pouvons dire que les trois sages-femmes se représentent le soin selon le paradigme humaniste. Ce dernier est certainement le plus favorable à une philosophie d'empowerment.

Les représentations des sages-femmes sur la relation d'aide se rejoignent sur l'idée qu'elle doit être centrée sur la personne et ses besoins. Deux sages-femmes tiennent compte également des ressources de l'individu. Cela dans un climat de soutien, de confiance grâce à une écoute attentive et en prenant le temps nécessaire à l'établissement de cette relation. Une sage-femme parle de la nécessité d'être soi-même disponible avant de pouvoir entrer en relation d'aide. Pour une autre, l'empathie semble être un préliminaire nécessaire qui lui permettra d'entendre ce que la personne a à dire, d'être là pour l'autre en respectant ses choix

et sa liberté, d'avoir une communication adaptée. Par rapport à nos recherches, ces sages-femmes tendent vers une diminution de l'asymétrie qu'il pourrait y avoir dans la relation soignant-soigné. Elles s'inquiètent de s'adapter à la personne et de ne pas s'imposer dans la relation. Dans leurs réponses, deux sages-femmes semblent faire ici preuve de réflexivité qui peut déterminer une aptitude à l'exercice de l'empowerment.

Les sages-femmes interviewées ont toutes cette même idée que l'éducation à la santé doit être adaptée au patient et se fait dans la durée, nécessitant d'être disponible. Pour une sage-femme cela s'apparente à un mode de vie. Une autre voit l'éducation à la santé comme un partage de connaissances et de savoirs pour une appropriation du pouvoir au profit du bien-être. Elle pense l'éducation à la santé comme une démarche d'empowerment. Ces représentations semblent se rapprocher de la littérature que nous avons exposée. Notons que le concept d'autonomie n'a pas été mentionné par les sages-femmes. Cependant il était peut-être sous-entendu par la sage-femme qui a parlé d'empowerment.

Dans cette recherche, les sages-femmes se représentent la personne comme un être constitué de plusieurs dimensions auxquelles il faut prendre attention dans leur pratique. Une sage-femme remarque qu'il ne faut pas s'oublier soi-même en tant que personne, chaque personne ayant la même importance, la même valeur. Nous avons vu que les définitions de la personne font ressortir également son caractère multidimensionnel et singulier.

Nous rencontrons, dans le dernier thème de la grille d'entretien, une disparité des connaissances au sujet de l'empowerment et donc une disparité des représentations. En effet, une sage-femme n'en a jamais entendu parler, une autre n'en a entendu parler que vaguement, et la troisième semble, elle, maîtriser tout à fait le concept. Dans les trois cas, elles n'en ont jamais entendu parler lors de leurs études de sages-femmes ou vraiment très superficiellement car elles n'ont aucun souvenir d'un emploi du terme dans leurs cours. Pour la sage-femme qui n'a jamais entendu parler d'empowerment, ce concept lui ferait penser à une idée de « rendement », de « vouloir faire ». De la sage-femme qui en a vaguement entendu parler, ressortent les idées d'implication, de respect des décisions et des choix, de la nécessité d'informations, d'éducation, d'adaptation et de climat propice avec une nécessité d'éviter une hiérarchie trop lourde et une mauvaise organisation, de limiter la charge de travail et de veiller à disposer de temps. Toutes ces idées sont retrouvées dans nos recherches scientifiques sur l'empowerment. Enfin, la dernière sage-femme, forte d'un master en Sciences de la Santé Publique, se représente l'empowerment comme le pouvoir du patient sur sa santé et ses décisions grâce à une éducation adaptée et à une information éclairée lui permettant d'assumer ses décisions. Elle nous précise, pour une démarche d'empowerment de la part du soignant, la nécessité d'être expérimenté et formé, d'avoir du temps, d'être

disponible pour pouvoir entrer en discussion, informer et éduquer les patients. Pour elle aussi, l'empowerment du patient se fait sur la durée. Elle pointe du doigt un système de santé et des représentations archaïques tant chez le soignant que chez le soigné, où « le patient est un numéro et le soignant est un pion ». Ses représentations sont retrouvées dans la littérature scientifique que nous avons sélectionnée. Cependant quelques notions qui nous semblent importantes n'ont pas été abordées. Notamment celle de l'estime de soi, à acquérir pour être *empowered*, et celle de la congruence ou de l'authenticité, à avoir dans une démarche d'empowerment. Nous avons bien conscience que, si elles n'ont pas été discutées, ces notions font peut-être tout de même partie des représentations des sages-femmes. En effet les entretiens ont été relativement courts et il y avait beaucoup à dire.

Rappelons que l'empowerment n'est qu'une philosophie, un terme désignant une certaine façon de penser et d'agir, une certaine posture professionnelle. Ainsi nous pouvons nous rendre compte que si l'on ne connaît pas le terme, nous pouvons tout à fait adhérer à la philosophie et la meilleure façon de le savoir se retrouve dans notre comportement. Ici nous avons étudié les représentations de sages-femmes actives s'appuyant sur leurs expériences et donc nous osons penser leurs comportements.

4.3. Les limites méthodologiques

La principale limite de notre recherche est liée au nombre limité d'entretien. Celui-ci ne nous permet pas de généraliser nos résultats. D'autant plus que le corpus de population est assez homogène en âge et années d'expérience professionnelle, ce qui pourrait induire une sous-estimation des résultats. Cela dit, nous avons choisi une méthodologie qualitative et non quantitative.

Une autre limite à ce travail est probablement les entretiens. En effet, récolter des informations sur des représentations personnelles est délicat. La difficulté réside dans le fait d'amener l'interviewé à se confier sur des concepts personnels tout en restant objectif. Cependant, rappelons que nous avons effectué une recherche qualitative. Elle prend donc en compte chaque témoignage dans sa singularité. Nous avons appris beaucoup de chacun d'eux, ce qui a pu nourrir notre réflexion.

4.4. Perspectives de recherche

Cette étude nous a appris beaucoup sur différents concepts du soin et les représentations que nous pouvions en avoir. Il serait certainement intéressant et non superflu d'étouffer ces

résultats par un plus grand nombre d'entretiens. Nous pourrions également faire une analyse plus fine de ces résultats en étudiant le vocabulaire employé. En effet parfois nos représentations sont trahies par notre vocabulaire, si ce n'est l'inverse. Il y a alors un travail à effectuer pour que les deux concordent.

Nous pensons que cette philosophie, cette posture est adoptée, consciemment ou pas, pratiquement ou intuitivement, par de nombreuses sages-femmes. Il serait alors intéressant d'en savoir plus sur les postures professionnelles des sages-femmes. Cela d'autant que nous avons aperçu au cours de nos recherches de nombreux concepts de soins. Peut-être serait-il intéressant de les étudier et de les comparer à la notion d'empowerment ?

Au cours de nos recherches, nous nous sommes rendu compte que le concept d'empowerment était assez bien documenté et théorisé. Il y aurait certainement encore beaucoup à faire et à dire sur son domaine d'application, sa mise en pratique par les sages-femmes, en obstétrique dans nos maternités et salles de naissance, les freins à sa pratique, les possibilités de formation en empowerment, l'évaluation de sa pratique,...

L'empowerment comme démarche d'éducation à la santé est aussi un thème de recherche très intéressant à approfondir. Notamment de nos jours où l'accès à l'information s'élargit, où l'on dénonce de plus en plus les violences obstétricales, où l'on revendique une naissance respectée. Des regroupements citoyens et de nombreuses associations se créent avec une large portée grâce aux réseaux sociaux, permettant de divulguer rapidement les idées.

4.5. Implications pratiques

Ce travail nous a beaucoup appris sur ces différents concepts de soin. Et il y aurait encore tant à dire... Ces recherches ont certainement permis de consolider un peu notre posture professionnelle, encore en modelage alors que cette formation s'achève déjà. Nous espérons que cela nous aidera dans la pratique de notre profession, que nous n'oublierons pas les valeurs humaines qui s'en dégagent. Nous espérons également que ce travail pourra éclairer des collègues dans leur propre posture ou pratique.

Nous avons un intérêt certain pour le master en Sciences de la Santé Publique qui pourrait nous permettre d'approfondir les bases déjà acquises et de les mettre en pratique. Il se trouve que la loi elle-même nous oblige à nous former à raison de 75h/5ans. Nous croyons en l'importance d'être soutenue dans nos valeurs afin qu'elles nous rendent plus forte.

Bibliographie

Articles

- Aujoulat, I., Deccache, A., et Doumont, D. (2002). L'empowerment, un enjeu important en éducation du patient. *Education du patient et enjeux de santé*, 21(3), 66-70.
- Aujoulat, I. et Doumont, D. (2002). L'empowerment et l'éducation du patient. *Série de dossiers techniques*, 02-18.
- Bernard, M.-R. et Eymard, C. (2014). L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé publique*, 5(26), 591-602.
- Conseil Fédéral des Sages-femmes. (2016). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*.
- Ducroux-Biass, F. et Klein, G.-H. (2009). « L'empowerment » et Carl Rogers. Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers. *Approche centrée sur la personne, Pratique et recherche*, 2(10), 52-67. doi : 10.3917/acp.010.0052
- Fontaine, M. (2006). Soigner, un acte qui implique au-delà du soin ? *InfoKara*, 21(4), 155-159. doi : 10.3917/inka.064.0155
- Formatier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 33-42. doi : 10.3917/rsi.089.0033
- Guiebe, R. (2008). L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique. *Perspective soignante*, 12(33), 6-30.
- Guiet-Silvain, J. (2011). Dossier : les enjeux et les transformations de l'éducation à la santé. *Carrefours de l'éducation*, 2(32), 11-13. doi : 10.3917/cdle.032.0011
- Israël, B. et al. (1994). Health education and community empowerment : conceptualising and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health education quarterly*, 149-170.

Klein, A. (2011). De l'éducation du corps à l'éducation au corps : genèse et critique de l'éducation en santé. *Carrefours de l'éducation*, 2(32), 31-47. doi : 10.3917/cdle.032.0031

Salyer, J. et Via, P.-S. (1999). Psychosocial self-efficacy of veterans attending a diabetes education program. *The diabetes educator*, 25(5), 727-37.

Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmier*, 4(95), 6-13. doi : 10.3917/rsi.095.0006

Veret, J.-L. (2007). Les métiers en éducation pour la santé. *Santé publique, hs(19)*, 65-72. doi : 10.3917/spub.070.0065

Vlaemynck, F. (2010). Relation soignant-soigné : patient, objet ou sujet ? *L'infirmière magazine*, (264), 20.

Dictionnaire

Relation. (2005). Dans Rey, A., et Rey-Debove, J. (dir.). *Le Petit Robert*, 3, p.2949. Paris : Seyer.

Lois

Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. *Moniteur belge*, 26 septembre 2002, p.43719.

Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015. *Moniteur belge*, 28 juin 2015, p.35172.

Mémoires

Corcelle, C. (2012). *La qualité du réveil en salle de surveillance post-interventionnelle*. Mémoire de fin d'étude en soins infirmier non publié, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Jacques les Flamands, Marseille.

Gautier, C. (2016). *La posture de l'infirmier(e) dans la relation soignant-soigné*. Mémoire de fin d'étude en soins infirmiers non publié, Institut de Formation en Soins Infirmiers Henry Dunant, Tarbes, France.

Monographies

Abric, J.-C. (1999). *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.

Bacqué, M.-H. et Biewener, C. (2013). *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte.

Boutin, G. et During, P. (1994). *Les interventions auprès des parents. Bilan et analyse des pratiques socio-éducatives*. Toulouse : Privat.

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (4^e édition). Paris : Lamarre.

Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier, Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-Grand, France : Setes.

Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière Education.

Rogers, C. (1977). *On personal power*. New York : Delta.

Tessier, S., Andreys, J.-B., et Ribeiro, M.-A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Maloine.

Vallerie, B. (2012). *Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)*. Paris : L'Harmattan.

Pages internet

Association Nationale pour le Développement de l'Approche centrée sur le Développement du Pouvoir d'Agir. (s.d.). *Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA PC)*. En ligne http://www.andadpa.fr/?page_id=17.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Personne*. En ligne <http://www.cnrtl.fr/definition/personne>.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Relation*. En ligne <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>.

Larousse. (s.d.). *Personne*. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personne/59812>.

Les Définitions, le dico des définitions. (2011). *Définition de personne*. En ligne <http://lesdefinitions.fr/personne>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *A propos de l'OMS*. En ligne <http://www.who.int/about/mission/fr/>.

Trésor de la Langue Française. (s.d.). *Education*. En ligne <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?12;s=2807591820;r=1;nat=;sol=1;>

Annexe : la grille d'entretien

La philosophie de l'empowerment dans les soins et ses représentations

Objectifs des entretiens :

1. Savoir quelles sont les représentations des sages-femmes sur le soin, la relation d'aide, l'éducation à la santé, la personne, l'empowerment.
2. Comparer ces représentations aux positions de l'empowerment.

Corpus de population souhaité : 3 à 6 sages-femmes hospitalières belges.

Grille d'entretien semi-directif :

Thèmes du guide d'entretien	Relances verbales prévues
<u>Anamnèse générale</u> <ul style="list-style-type: none">- Nom et prénom ?- Age ?- Parcours d'étude ? (école, master et années)- Formations complémentaires ?- Parcours professionnel ?	<ul style="list-style-type: none">- Pourquoi avez-vous choisi ces études ?- Avez-vous fait d'autres études avant ou après celles de SF ?- Projetez-vous de faire l'une ou l'autre formation complémentaire ? et pourquoi celle-là plutôt qu'une autre ?- Depuis quand travaillez-vous ?- Avez-vous choisi de travailler en milieu hospitalier ? et pourquoi ?- Avez-vous des aspirations professionnelles pour le futur ?
<u>Le soin</u> <ul style="list-style-type: none">- Définition ?- Pratique ?	<ul style="list-style-type: none">- Que signifie le soin/prendre soin pour vous ?- Qu'est-ce qu'un bon soin pour vous ? Quels qualificatifs pourriez-vous donner ?
<u>La relation d'aide</u> <ul style="list-style-type: none">- Définition ?- Pratique ?	<ul style="list-style-type: none">- Que signifie la relation d'aide pour vous ?- Qu'est-ce qu'une bonne relation d'aide pour vous ? Quels qualificatifs pourriez-vous donner ?- Comment mettre en pratique la relation d'aide ?

<p><u>L'éducation à la santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition ? - Pratique ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Que signifie l'éducation à la santé pour vous ? - Qu'est-ce qu'une bonne éducation à la santé pour vous ? - Quels qualificatifs pourriez-vous donner ? - Comment mettre en pratique l'éducation à la santé ?
<p><u>La personne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment abordez-vous la personne dans votre métier ? - Que représente pour vous la personne soignée ?
<p><u>L'empowerment</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition ? - Pratique ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà entendu parler d'empowerment ? Comment ? Où ? Par qui ? - Qu'est-ce que cela signifie/représente pour vous ? - Pensez-vous favoriser l'empowerment de vos patients dans votre pratique professionnelle ? - Pensez-vous être dans de bonnes conditions pour pratiquer l'empowerment ? avoir les bons prérequis ? ou bien pensez-vous avoir des freins à la pratique de l'empowerment ?