

Alors, fière d'être sage-femme hospitalière?

Autor(en): **Bodart Senn, Josianne / Sid'Amar, Nicole**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 11

PDF erstellt am: **06.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949465>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Moi, sage-femme hospitalière, à 19h15, ma nuit commence en salle d'accouchement avec le rapport de ma collègue sage-femme qui va terminer sa



journee de 12 heures: «Je suis contente de te voir, je n'ai pas arrêté de la journée.» Elle me transmet deux dames. La première: IG, une provoc pour terme dépassé à 8 cm, une tête haute et liquide méconial. «Ça sent pas bon je pense

qu'elle aura une césarienne!» La deuxième vient d'arriver: maintenant, je dois faire le contrôle de grossesse, «pour voir». Ensuite, elle me transmet les situations des dames hospitalisées dans le service d'obstétrique: MAP sous Tocolyse et cure de Celestone et problème rénal avec pose d'un drain à surveiller; une grossesse à 17 SA qui est provoquée pour chorioamnionite. Cette nuit-là, je vais avoir une césarienne à 22h30 avec une «petite» réanimation pour un bébé flasque qui va être hospitalisé en pédiatrie, un AVB à terme d'une 3G dans l'eau à 0h30 et une expulsion à 17 SA à 3h30. Plus tard, j'irai lui montrer son bébé et régler les détails de la suite avec elle et son mari. Entre-deux, je nettoie la salle d'op de la césarienne et les salles d'accouchement. A 7h15, ma collègue sage-femme arrive: «Je suis contente de te voir: j'ai eu une nuit chargée d'émotions!» A mon tour, après douze heures et demie de travail, de lui donner le rapport. Puis, je quitte mon service avec une fatigue bien là, mais aussi un sentiment d'avoir un métier qui me comble. **Après tout, je suis sage-femme!**

Que signifie cette dernière phrase? Nous sommes – toutes et tous – des sages-femmes, ou bien? Pourquoi ai-je parfois l'impression qu'il y a des collègues qui pensent que moi, dans mon «hôpital», je suis moins «bonne» que d'autres collègues? Est-ce que c'est parce que elles pensent que j'exécute uniquement les ordres des médecins? Est-ce que nous n'avons pas le même but? N'est-ce pas la dame qui choisit de quelle façon elle veut accoucher (à la maison, maison de naissance, sage-femme agréée, clinique au hôpital)? Pour moi, mon rôle est clair, surtout dans les situations difficiles que je rencontre à l'hôpital! Ce n'est pas le cas pour vous? **Après tout, nous sommes sages-femmes!**

N. Sid'Amar

Nicole Sid'Amar

Etats des lieux et souhaits

Alors, fière d'être sa

«Tu as un peu de temps?» C'est ainsi que Nicole Sid'Amar a invité des sages-femmes hospitalières actives dans des structures variées (petites, moyennes ou grandes, privées ou publiques) à témoigner de leur quotidien et à exprimer leurs souhaits quant à leur avenir professionnel. Six d'entre elles ont répondu par courriel, parfois longuement, et nous les en remercions vivement. Nous avons travaillé sur ces écrits selon les règles de l'analyse structurale. Il en ressort que la fierté du métier est bel et bien un des éléments clés de l'identité professionnelle qui nous aide à comprendre comment «nourrir» une image professionnelle forte.

Josianne Bodart Senn, avec l'aide de Nicole Sid'Amar

Pour susciter les témoignages les plus riches possibles et pour éviter d'exclure tout le côté émotionnel du vécu, nous n'avons pas posé de questions fermées. D'emblée, nous avons proposé des phrases à compléter le plus librement possible: «Ce que vit aujourd'hui la sage-femme hospitalière, c'est avant tout... Ce qui ne va pas dans son quotidien, c'est avant tout... Sa spécificité, c'est pourtant... Son avenir passe par... Il faudrait que nous, sages-femmes hospitalières,»

Le traitement n'est évidemment pas statistique, il n'en est pas moins rigoureux et systématique. La longueur ainsi que le ton des témoignages (pessimiste/optimiste) ont été très divers, mais ce n'est pas cela qui a attiré notre attention.

Un témoignage révélateur

«La sage-femme hospitalière vit avant tout le partage de ses connaissances avec ses collègues ou celles en devenir, avec les assistants, les médecins et bien évidemment avec les couples qu'elle suit. La charge de travail est très fluctuante mais génère parfois beaucoup de stress. Dans son quotidien, ce qui ne va pas, c'est la pression subie par ses supérieurs et le manque de respect parfois. Sa spécificité c'est pourtant son rôle propre et autonome. Il faudrait que nous, sages-femmes hospitalières, soyons plus solidaires afin d'obtenir une écoute respectueuse, faire entendre nos opinions et peut-être bénéficier d'un peu plus de reconnaissance.»

Partage des connaissances, charge de travail très fluctuante, possibilités d'amélioration: «Tu vois: tout est dit en quelques mots, me signale Nicole Sid'Amar. Tu ne trouves pas?». Oui, mais c'est peut-être dit trop rapidement pour avoir un réel impact sur la vie quotidienne... Alors, pour trouver des pistes d'améliorations, j'ai eu l'idée de reprendre, un à un, les éléments contenus dans ce premier témoignage. Pour une meilleure compréhension, j'ai changé l'ordre des quatre éléments, ce qui me permet de faire d'abord un état des lieux et d'aller progressivement vers les possibilités d'améliorations.

1. Pressions et non-respect

- «La SFH vit pas mal de stress aujourd'hui, surtout en travaillant le jour:
- Répondre au téléphone des patientes n'arrivant pas à atteindre leur gynécologue, tant pour des problèmes d'obstétrique que de gynécologie
- Assurer entrée et suivi des provocations, prise en charge des dames en travail
- Elaborer et remplir les dossiers des dames devant venir accoucher (à partir de 32 SA) parce qu'il n'y a pas de sage-femme conseil
- Assurer l'accueil des urgences
- Nettoyer les salles après un accouchement, nettoyer et emballer des instruments pour la stérilisation, - Etc.»

En se laissant envahir par un sentiment d'impuissance ou d'incomplétude, on se focalise sur les embûches qui jalonnent le

ge-femme hospitalière?

chemin qui mènerait à un idéal professionnel, celui-ci semblant dès lors inaccessible. C'est aussi ne plus voir que les impasses et ignorer les marges de manœuvre encore possibles. D'autres témoignages vont dans ce sens:

- «Ce que vit la sage-femme hospitalière, c'est avant tout beaucoup de pression due au système lourd qu'est une équipe hospitalière. Pression de la hiérarchie, de l'interdisciplinarité avec qui elle doit jongler (être bonne dans toutes les domaines), de la responsabilité, des protocoles, des règlements de service, de la formation des étudiantes et cela en plus de son travail quotidien auprès des femmes qui est une pression en soi, etc.»
- «Ce que vit la sage-femme hospitalière aujourd'hui, c'est avant tout une grosse pression (des médecins très stressés qui sont eux également sous pression, de la hiérarchie qui est elle également sous pression). Un stress permanent dû à la surcharge de travail, l'avancée de la technologie qui existe malgré la sage-femme. Une femme que l'on réveille à dilata-tion complète pour lui expliquer comment pousser – il y a quelques exceptions quand même heureusement – et que l'on laisse une fois le bébé sur son ventre parce qu'une autre femme est sur le point d'accoucher et que toutes les collègues sont déjà prises...»
- «Je ne travaille pas dans les services, mais voici ce que j'observe: Toujours débordées, peu de temps pour s'occuper des patientes, peu reconnues de la part de la hiérarchie et du corps médical, elles ne travaillent pas, elles courent tous le temps, elles n'ont pas le temps de parler et de réfléchir sur des situations complexes. Quand elles demandent des formations, elles sont souvent refusées.»

2. Charge de travail très fluctuante

Ce qui ressort nettement, c'est qu'il devient de plus en plus difficile de travailler confortablement dans une structure hospitalière de grande di-



Photos: JBS



mension. Une sage-femme témoigne: «J'ai travaillé 11 ans dans un hôpital universitaire. L'année dernière, j'ai donné ma démission. S'occuper de 19 mamans avec 19 bébés de 19h à 7h, seule dans un service, devenait insupportable, pas tant de la surcharge de travail mais surtout de la qualité de mon travail. Je n'avais pas le temps d'être simplement à côté des femmes pour écouter leurs peurs, leurs angoisses, les aider dans leur nouvelle fonction et avec leur allaitement. La hiérarchie nous répondait simplement que ces femmes n'étaient pas malades et ne nécessitaient pas plus de soins et de temps de notre part.»

Un avis unanime se dessine sur les conditions de travail dans des structures très différentes. Une autre sage-femme hospitalière précise: «Tout d'abord, je pense qu'il est important de faire une différence entre SFH dans un hôpital privé et SFH dans un hôpital public. En effet, le travail et surtout la responsabilité de la prise en charge sont différents. Dans le

privé, la sage-femme s'occupe de la prise en charge de A à Z (accueil de la dame, suivi du travail, décision de pose de PDA, rupture de la poche, accouchement eutocique). Elle n'a que le gynécologue de la patiente comme interlocuteur, d'où une grande liberté dans son travail et dans les décisions. En hôpital public, il y a en plus des assistants et des chefs de clinique, donc une marge de manœuvre restreinte.»

3. Partage des connaissances

Le chemin vers une définition du terrain d'action de la sage-femme a été long et parsemé d'obstacles en tous genres, mais il est maintenant bien délimité par la notion d'accouchement physiologique. Pour maintenir et consolider l'identité professionnelle, les sages-femmes ont tendance à rester «entre elles». C'est pourquoi le partage des connaissances se fait en priorité avec d'autres sages-femmes et la spé-

cificité professionnelle est définie à travers un «rôle propre et autonome».

- «La sage-femme hospitalière vit avant tout le partage de ses connaissances avec ses collègues ou celles en devenir, avec les assistants, les médecins et bien évidemment avec les couples qu'elle suit. (...) Sa spécificité c'est pourtant son rôle propre et autonome.»
- «Sa spécificité, c'est... son savoir-être, son savoir-faire, sa tolérance, sa patience, son adaptabilité, son amour, toutes ces qualités qui vont vers un même but: que la naissance – que ce soit une césarienne, un forceps, une ventouse ou une spontanée – soit belle, bien vécue et la plus proche du projet de naissance. C'est aussi sa compétence à poser un diagnostic de pathologie, à prendre une décision et mettre en place, en complémentarité avec le médecin, un traitement ou l'attitude adaptée.»

Avec un terrain d'action bien défini, un des glissements possibles consiste à défendre un monopole. Cette attitude sera d'autant plus tentante que le contexte est conflictuel: dès que la sage-femme hospitalière sent que, pour une raison ou l'autre, la maîtrise de la situation lui échappe, elle aura tendance à faire appel à cette exigence de monopole pour réaffirmer son identité professionnelle.

«Notre formation et notre expérience nous permettent de suivre des femmes en travail et de pratiquer des accouchements eutociques, de suivre des grossesses, de faire de la préparation à la naissance, d'accompagner l'allaitement maternel, de réagir et d'intervenir en cas d'urgence (sous les ordres du médecin). Mais il y a des moments où notre métier nous échappe et il faut que nous montrions toujours ce dont nous sommes capables. En tout cas, il faut qu'on garde notre foi en notre profession et nous battre pour nous faire respecter.»

Etre ou ne pas être... sage-femme

Une des stratégies pour maintenir une identité professionnelle, la stratégie la plus ancienne, celle qui était propre aux corporations professionnelles d'avant l'industrialisation, consiste à «Se poser en s'opposant», à rester entre sages-femmes et à faire bloc au nom d'un idéal professionnel. C'est ainsi qu'une sage-femme qui terminait une formation de conseillère en lactation s'est sentie subitement exclue de son réseau professionnel, parce qu'elle «trahissait» en quelque sorte ses collègues... Par ailleurs, ici et là, les sages-femmes débutantes – ou les hommes sages-femmes – signalent encore les «mauvais traitements» subis pour se faire accepter par les sages-femmes

confirmées... Dans cette perspective, tout professionnel – ou tout particulier – qui n'est pas sage-femme est perçu comme un «opposant par nature».

Effets pervers

«Se poser en s'opposant» peut avoir très rapidement des conséquences défavorables: l'interlocuteur ou l'interlocutrice peuvent réagir de la même façon. Alors, le «retour de boomerang» ne tarde pas, entre autres du côté de la hiérarchie. La situation peut même «se crispier» et aboutir à une impasse...

- «Il faudrait une hiérarchie à notre écoute, prête à nous épauler, et une hiérarchie qui tienne compte de notre propre vie privée.»

- «Dans son quotidien, la SFH est confrontée à des décisions des médecins pas toujours facilement acceptables (césariennes électives, itératives, provocations, maturation pulmonaire, tocolyse, etc.) Elle doit aussi souvent affronter les questions des patientes auxquelles le médecin n'a pas répondu ou trop vaguement. Les différences de discours des médecins La difficulté de faire passer des nouveautés»

«Il faudrait également que les sages-femmes hospitalières ne se laissent pas envahir par le stress, surtout qu'elles ne le montrent pas! Il faudrait également qu'elles aient le droit d'utiliser la phytothérapie, la lithothérapie, la florothérapie, l'homéopathie. Avec des «il faudrait», la liste pourrait être très longue... Je n'ai aucun regret de ne plus être sage-femme hospitalière, je pense que les choses ne feront malheureusement que se dégrader avec le temps dans un hôpital universitaire tant qu'aucune étude a été faite: pour les médecines douces par exemple, on a aucune chance de pouvoir s'en servir... On se ferait traiter de sorcière...»

«Se poser en s'opposant», c'est aussi se focaliser sur les embûches qui jalonnent un chemin vers un Idéal professionnel partagé «entre soi». Une autre stratégie pour maintenir une identité professionnelle, stratégie développée plus récemment, consiste à «S'affirmer en nourrissant ses forces internes». Il s'agit alors de mettre en avant des compétences validées par une formation initiale et approfondies par des formations continues. Ces compétences ne sont pas toutes l'exclusivité des sages-femmes: elles peuvent donc être partagées avec d'autres professionnels sans mettre en danger leur identité professionnelle, parce que celle-ci repose moins sur des compétences exclusives que sur une combinaison spécifique de compétences.



Dès lors, tout devient possible dans un partage de connaissances par l'échange, l'expérience, la coopération, la pratique réflexive, parce que tout professionnel devient un interlocuteur susceptible d'être un allié, puisqu'il risque d'être porteur de progrès, et non plus un simple «opposant par nature».

Autonomie et interdisciplinarité

Les sages-femmes hospitalières sont toutes convaincues de leur rôle autonome. Mais, certaines voient dans ce concept d'autonomie une manière de vivre en autarcie (rester en soi pour être plus fortes) tandis que d'autres l'appréhendent comme une manière d'agir en fonction d'une légitimité spécifique, ce qui est tout différent.

La première image professionnelle pourrait être qualifiée de «faible», parce qu'elle est avant tout «défensive». La seconde pourrait être définie comme «forte», parce qu'elle est constructive. Dans cette perspective, une image professionnelle

faible conduit à vivre plutôt mal l'interdisciplinarité, voire à la considérer comme «impensable» alors qu'une image professionnelle forte favorise une interdisciplinarité bénéfique.

4. Possibilités d'amélioration

Plutôt que d'envisager les difficultés ou impossibilités d'atteindre un Idéal professionnel, les sages-femmes peuvent mettre en balance les Avantages et Inconvénients de leur quotidien. Ce qui était vu comme un inconvénient peut même alors être appréhendé comme un avantage. Dans le témoignage suivant, l'engagement complet auprès d'un couple n'est pas jugé impossible, mais il est conçu comme réalisable à court terme, sous certaines conditions qu'il faut chercher à maintenir. Dans cette perspective, l'Idéal professionnel se mue en une série d'objectifs tout aussi valorisants, parce que plus facilement accessibles.



Image professionnelle FAIBLE

Se poser en s'opposant
 Etre sages-femmes entre soi
 Rejeter tout pro qui n'est pas sage-femme
 Se focaliser sur les embûches du chemin vers un Idéal
 Attitude défensive: interdisciplinarité mal vécue, voire impossible

Image professionnelle FORTE

Se poser en nourrissant ses forces internes
 Rester sages-femmes dans l'échange avec l'autre pro
 Se donner les moyens d'accueillir tout pro comme un allié possible
 Attitude constructive: interdisciplinarité bénéfique

Un regard inversé

Selon l'angle considéré, tout inconvénient ne peut-il devenir un avantage? Une sage-femme hospitalière énumère une longue série de points positifs relevés à partir de son vécu professionnel actuel et faisant écho aux critiques courantes du travail en milieu hospitalier:

1. «Une vie d'équipe avec la possibilité de partager son expérience, son vécu, son stress. Se remettre en question sur sa propre pratique en regardant travailler les collègues (pratique réflexive)
2. Des horaires certes irréguliers mais qui, une fois terminés, laissent place à la liberté. Pas de natel en poche, pas d'attente de dame à terme...
3. Un salaire fixe (avec des indemnités horaires) qui arrive toutes les fins de mois
4. Un engagement complet auprès d'un couple, mais à court terme. Les liens de confiance se créent en quelques secondes mais pour une courte durée. Pas d'engagement sur la durée (grossesse + accouchement + post-

partum) qui rend chacun plus ou moins dépendant de l'autre...

5. Une occasion d'assurer la formation des étudiantes sages-femmes et infirmières, celles des médecins assistants en ce qui concerne la physiologie
6. La sécurité médico-légale, à savoir le fait d'être «couverte» par l'institution lors de problèmes rencontrés
7. La participation à la formation continue offerte par l'institution, interne ou externe, avec une possibilité d'être toujours au courant des dernières études ou recherches exposées par les médecins qui doivent donner régulièrement des cours de formation interne
8. La possibilité de diversifier son activité de sage-femme selon les services, soit en changeant régulièrement (voire quotidiennement) de services selon les structures
9. La possibilité d'avoir toujours accès au matériel de pointe
10. La possibilité de se former et d'utiliser, selon les institutions, les méde-

cines alternatives pour lesquelles nous avons acquis une autorisation de pratiquer

11. La possibilité de créer une relation de confiance avec les médecins fixes à l'institution pour pouvoir travailler en complémentarité. Ce qui n'est pas toujours facile selon les institutions, mais ô combien positif quand c'est le cas
12. La possibilité de rencontrer toutes les pathologies obstétricales et de les gérer en collaboration avec le gynécologue ainsi que d'acquérir la compétence dans le management des grosses pathologies»

Une multitude de «petites» marges de manœuvre

A partir d'un tel regard, ce sont des actions ciblées et concrètes qui donnent sens à la pratique professionnelle en tant que salariée. Et, plutôt que de vouloir «faire bouger des montagnes», on s'occupe alors de changements possibles dans les réalités du quotidien et on cherche à les multiplier. Une sage-femme hospitalière en arrive à proposer ceci:

«Il faudrait que nous, sages-femmes hospitalières, réalisions que nous pouvons être avec les femmes même de courts instants. Prévenir la femme que l'on a qu'un quart d'heure à lui consacrer mais que, pendant ce temps, nous ne serons là rien que pour elle (pour cela, il ne faudrait que répondre aux sonnettes, par exemple).»

Ces deux autres sages-femmes hospitalières ne pourraient-elles pas faire de même, en demandant une informatisation «sur mesure» ou un meilleur coaching pour une utilisation aisée de l'informatique?

- «Trop de temps passé sur l'ordinateur avec des logiciels mal conçus, le matériel de bureau n'est pas adapté, les dossiers des patientes peu structurés.»
- «Les dossiers devenant de plus en plus informatisés, nous passons des fois plus de temps dans le bureau qu'auprès des femmes. Des femmes qui ressortaient de la maternité insatisfaites de leur prise en charge... mais ce qu'elles ne savaient pas c'est que la sage-femme hospitalière rentre chez elle aussi insatisfaite qu'elle avec ce goût amer du travail inachevé...»

Une véritable recherche d'alliés potentiels

Tant qu'on en reste à une solidarité «entre soi», on ne peut que se battre, se confronter, sauvegarder, résister à toute modernisation. Les alliés sont bien sûr avant tout parmi les collègues, mais pas

seulement: ils peuvent aussi se trouver en dehors du cercle des sages-femmes, parce qu'ils défendent les mêmes objectifs... Une sage-femme est proche de cette logique, peut-être sans en être vraiment consciente. Elle s'exprime ainsi:

«Ce qui ne va pas dans son quotidien c'est avant tout... cette difficulté de garder sa place et sa spécificité et travailler en complémentarité avec les autres professionnels. D'être respectée pour son savoir, de devoir parfois se battre pour permettre à un couple de vivre la naissance selon leur projet dans la mesure où la sécurité est respectée...»

Contrairement à la solidarité «entre soi», une solidarité «par objectifs» serait sans doute plus appréciable. La mise en place des filières HES est sans doute une bonne occasion d'y accéder:

«Il faudrait que nous, sages-femmes hospitalières, réaffirmions nos compétences pour la physiologie et le diagnostic de la pathologie. Que nous nous réappropriions cette physiologie; que nos compétences soient reconnues par les médecins et l'institution et que cette notion de complémentarité soit bien comprise. Nous travaillons ensemble pour la réalisation d'un projet. La formation Bachelor actuelle des sages-femmes donne la compétence aux jeunes diplômées de faire, analyser et comprendre la recherche EBM ce qui va nous permettre de faire des recherches sages-femmes. Celles-ci nous permettront de faire des consensus avec les gynécologues pour trouver le juste milieu entre la médicalisation qui devrait être moins grande lors de situations physiologiques. Des postes de sages-femmes ou soins infirmiers «Masterisés» devront être créés dans les institutions pour que ces recherches puissent être entreprises et menée en cours de travail et non pas en plus des horaires de travail. Cela demande toutefois un engagement des «jeunes» ce qui, sans reconnaissance, est parfois difficile.»

Enfin, une solidarité par «objectifs» se rapproche de l'action politique et de la défense des intérêts professionnels au sein de la Fédération suisse des sages-femmes. C'est ce qu'a compris la même sage-femme hospitalière quand elle conclut:

«L'engagement dans les groupes de travail de la FSSF est important également mais, une fois de plus, sans rémunération il faut vouloir le faire. Doit-on toujours être payé pour s'engager?» ◀

Sondage en Suisse alémanique

Comment va la collaboration interdisciplinaire?

Toutes les sections alémaniques SHV (qui représentent quelque 1400 sages-femmes) ont reçu cet été un questionnaire sur les conditions de collaboration interdisciplinaire. Par la méthode «boule de neige» (chaque sage-femme qui reçoit le questionnaire est priée de l'envoyer à ses collègues), au délai prescrit, 190 questionnaires avaient été retournés. Ce sont finalement 184 questionnaires qui ont pu être exploités.

Gerlinde Michel

Consensus à propos de l'accouchement «normal»

45,1% de toutes les sages-femmes hospitalières travaillent en collégialité selon des lignes directrices, 36,4% le font partiellement et 20,4% très peu ou pas du tout.

Dans les cliniques privées, (9,4% du total des répondantes), 39,6% trouvent qu'il existe un consensus sur la définition de l'accouchement normal, 47,2% «en partie seulement».

Hiérarchie

Un tiers des sages-femmes hospitalières (33,1%) travaillent dans une structure hospitalière dans lequel le thème de la hiérarchie et des conflits de pouvoir est d'actualité.

C'est particulièrement vrai dans les grands hôpitaux (plus de 1000 naissances par année) avec 39%; moins net dans les cliniques plus petites (moins de 500 naissances par année) avec 28,2%; clairement plus rare dans les cliniques privées avec 19%.

