

UNIVERSITE DE LILLE II

Ecole de sages-femmes du C.H.R.U de Lille

**L'INFORMATION DELIVREE AUX PARTURIENTES ET
L'ACTIVITE DES SAGES-FEMMES
EN SALLE DE NAISSANCE**

Etude réalisée dans un contexte d'accouchement eutocique

Mémoire rédigé et soutenu par

DEPRET Mathilde

Sous la direction de Madame CAPRON Clélia

Promotion Année 2016

UNIVERSITE DE LILLE II

Ecole de sages-femmes du C.H.R.U de Lille

**L'INFORMATION DELIVREE AUX PARTURIENTES ET
L'ACTIVITE DES SAGES-FEMMES
EN SALLE DE NAISSANCE**

Etude réalisée dans un contexte d'accouchement eutocique

Mémoire rédigé et soutenu par

DEPRET Mathilde

Sous la direction de Madame CAPRON Clélia

Promotion Année 2016

REMERCIEMENTS

- Je remercie tout particulièrement, Madame CAPRON Clélia, directrice de ce mémoire et sage-femme au Centre Hospitalier de Douai, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Je la remercie pour la qualité de son accompagnement, sa grande disponibilité, sa patience, ses encouragements qui m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Je te suis profondément reconnaissante.

- A toute l'équipe pédagogique, en particulier Madame CYBALSKI Marie-Caroline, sage-femme enseignante, qui a accepté de guider ce mémoire, pour ses encouragements, ses conseils avisés.
- A Madame BRZYCHCY Claire, psychologue à Jeanne de Flandre, pour son aide dans l'élaboration de la trame d'entretien.
- A la cadre du service de suites de naissance et à la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier de Douai pour m'avoir permis d'effectuer mon étude au sein de cet établissement.
- A toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude.
- Aux sages-femmes de Douai, pour leurs encouragements lors du stage préprofessionnel.
- A mes parents, à Bénédicte ma belle-mère, pour tout leur amour, leur soutien depuis toujours ainsi que pour leurs nombreuses lectures et corrections.
- A Pauline, ma grande sœur, qui me manque chaque jour, malgré la distance, elle a su être présente lors de cette année difficile.
- A mes grands-mères, à Gérard, pour leur soutien.
- A Nicolas, la personne qui partage ma vie. Je le remercie pour son soutien, sa patience, son écoute depuis notre rencontre. Il a toujours su m'épauler et m'encourager dans les moments difficiles.
- A Pascal et Catherine, mes beaux-parents, à Gisèle, pour leurs encouragements depuis le début de mes études ainsi que pour leurs corrections attentives.
- A Jean-Yves, à Isabelle pour leurs regards avisés sur ce travail.
- A Clémence, Hélène, Ludivine, Nadia, mes plus belles rencontres, pour tous ces moments inoubliables partagés ensemble.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

PREMIERE PARTIE

1. LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE	2
1.1 DEFINITION	2
1.2 LES CONCEPTS MOBILISES DANS CETTE RECHERCHE.....	2
1.2.1 Tâche, activité et prescription	2
1.2.2 Prescriptions des sages-femmes en salle de naissance	3
1.2.3 Activité et apprentissage.....	4
1.2.4 Situation	5
1.2.5 Compétences	6
2. LE LANGAGE EN SITUATION DE TRAVAIL	7
2.1 GENERALITES.....	7
2.1.1 Définition du langage	7
2.1.2 La communication	8
2.2 LES INTERACTIONS LANGAGIERES EN SITUATION DE TRAVAIL	9
2.2.1 Les interactions langagières.....	9
2.2.2 Les dimensions du langage en situation de travail	9
2.2.3 Le langage au travail : un apprentissage	10
2.2.4 L'analyse du langage au travail	10

DEUXIEME PARTIE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE	12
1.1 LE THEME.....	12
1.2 LES OBJECTIFS	12
1.3 LES AXES DE RECHERCHE.....	12

1.4 LA METHODOLOGIE.....	13
1.4.1 Outil de recherche.....	13
1.4.2 Critères d’inclusions et d’exclusions	14
1.4.3 Déroulement de l’étude.....	16
2. LES RESULTATS.....	17
2.1 PROFILS DES ACCOUCHEES	17
2.1.1 Âge des patientes.....	17
2.1.2 Parité	17
2.1.3 Situation familiale et professionnelle.....	17
2.1.4 Modalités d’accouchement	18
2.2 L’INFORMATION SUR LE DEROULEMENT DU TRAVAIL ET DE L’ACCOUCHEMENT PENDANT LA GROSSESSE	18
2.2.1 Internet, livres, émissions télévisées	18
2.2.2 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	19
2.2.3 Les consultations prénatales	20
2.2.4 L’entourage	20
2.2.5 La confiance en la sage-femme présente en salle de naissance	21
2.2.6 Le ressenti des femmes sur les informations du déroulement du travail et de l'accouchement...22	
2.3 LA PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LA SAGE-FEMME	22
2.3.1 La chronologie des actions	22
2.3.2 La chronologie temporelle.....	22
2.3.3 Les gestes réalisés par la sage-femme.....	22
2.3.4 L’interaction parturiente/sage-femme.....	23
2.3.5 Représentations du métier de sage-femme.....	24
2.4 L’INFORMATION DELIVREE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LA SAGE-FEMME	24
2.4.1 Les attentes des femmes concernant l’information délivrée en salle de naissance	24
2.4.2 Les sujets abordés en salle de naissance par la sage-femme	25
2.4.3 La manière dont l’information a été délivrée	25
2.4.4 Le moment de la délivrance de l’information	26
2.4.5 Le ressenti des parturientes face à cette information.....	27

2.4.6 Les émotions des parturientes et l'information en salle de naissance.....	27
2.5 L'INFORMATION EN POST-PARTUM SUR LE PASSAGE EN SALLE DE NAISSANCE.....	28
2.5.1 Interrogations concernant le passage en salle de naissance	28
2.5.2 Besoin de parler de leur passage en salle de naissance	28
2.5.3 Une information adaptée et suffisante.....	28

TROISIEME PARTIE

1. CRITIQUE DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE.....	30
1.1 LIMITES ET BIAIS.....	30
1.2 POINTS FORTS	31
2. ANALYSE ET DISCUSSION	31
2.1 LE REGARD DES FEMMES SUR L'INFORMATION DELIVREE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LES SAGES-FEMMES.....	31
2.2 L'ACTIVITE ET LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN SALLE DE NAISSANCE A TRAVERS LE DISCOURS DES FEMMES.....	34
3. OUVERTURE ET PROPOSITIONS	37
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

GLOSSAIRE

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

HAS : Haute Autorité de Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

EPNP : Entretien Post Natal Précoce

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Au bloc obstétrical, les sages-femmes doivent s'adapter à l'activité des salles de naissances en organisant leur travail en fonction du degré d'urgence. Au cours de mes stages, j'ai pu observer que la communication avec les parturientes¹ pouvait être dans ces cas, brève, pas ou peu suffisamment exhaustive pour que la patiente comprenne le déroulement de son accouchement et le vive pleinement. D'après une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), les femmes relèvent des insatisfactions concernant l'information, l'écoute et l'échange autour des gestes médicaux réalisés en salle de naissance (1).

La naissance est considérée comme un événement de vie marquant pour toutes les femmes. Aussi, il est nécessaire de les accompagner. Les sages-femmes ont un rôle primordial dans la prise en charge des parturientes, cela se traduit par un accompagnement qui passe par la surveillance du bien-être maternel et fœtal en réalisant les gestes techniques, mais aussi par l'écoute, l'échange, la communication et l'établissement d'une relation de confiance entre la parturiente et la sage-femme. Les sages-femmes possèdent un rôle d'éducation auprès de la parturiente en lui apportant toutes les informations nécessaires à la compréhension de son travail et de son accouchement.

En tant qu'étudiante sage-femme en salle de naissance, j'ai remarqué que les femmes avaient des interrogations, des inquiétudes lors de ce moment et étaient en demande d'explications supplémentaires.

Face à ce constat, il serait intéressant de connaître le ressenti des parturientes sur l'information délivrée par les sages-femmes en salle de naissance. Cette information est-elle suffisamment exhaustive et adaptée aux parturientes pour qu'elles comprennent leur passage en salle de naissance? Que nous renseigne le discours des femmes concernant leur passage en salle de naissance sur l'activité et les compétences des sages-femmes ?

Pour répondre à ces questions, il conviendra de traiter la didactique professionnelle qui analyse l'activité du travail. Cette dernière sera ensuite adaptée aux sages-femmes de la salle de naissance. Puis il sera intéressant d'étudier la communication qui s'opère entre la sage-femme et la parturiente en salle de naissance lors de la délivrance des informations, avec les particularités de cet environnement. La deuxième partie sera consacrée à l'exposition des résultats. La troisième partie exposera une analyse de ces résultats.

¹ La parturiente est la femme qui est en train d'accoucher.

PREMIERE PARTIE
ANALYSE CONCEPTUELLE ET CONTEXTUELLE DE LA
RECHERCHE

1. LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE

1.1 DEFINITION

Cette recherche s'inscrit dans le domaine de la didactique professionnelle. Cette discipline vise à analyser l'activité du sujet en situation de travail afin de développer les compétences professionnelles. Elle est née en France dans les années 1990, développée par Pierre PASTRÉ, professeur titulaire de la chaire de communication didactique au Conservatoire national des arts et métiers français.

L'analyse du travail suppose une analyse de l'activité et de la tâche au préalable. Elle trouve son origine dans trois courants théoriques, la psychologie du développement, l'ergonomie cognitive et la didactique (2).

La didactique professionnelle prend en considération la notion d'activité. Selon PASTRÉ, l'activité et l'apprentissage sont indissociables, toutes les activités permettent aux individus d'apprendre. Cet apprentissage ne se limite pas à des procédures clairement établies mais également à la façon dont l'individu s'inscrit personnellement dans cette activité, c'est-à-dire sa façon de se comporter face à cette activité (2).

Il semble primordial de définir les termes employés en didactique professionnelle pour traiter ce sujet, une adaptation au contexte de la salle de naissance sera réalisée.

1.2 LES CONCEPTS MOBILISES DANS CETTE RECHERCHE

1.2.1 Tâche, activité et prescription

D'après PASTRÉ, l'analyse du travail consiste à étudier l'organisation de l'activité en y repérant les compétences et les conceptualisations mobilisées lors de l'activité. Cette analyse du travail comprend l'analyse de la tâche et de l'activité (3).

Les ergonomes différencient la tâche de l'activité. Ainsi, des spécificités persistent dans chacune de ces deux notions.

La tâche correspond à l'ensemble des gestes et des attitudes que doit adopter l'opérateur, elle répond à des exigences et à des normes de qualité élaborée par les autorités (4) (5).

L'activité est quant à elle, la réponse que l'individu met en œuvre pour réaliser la tâche. Elle permet de se centrer sur l'opérateur, sur ce qu'il fait, ses actions, la manière dont il procède pour répondre à la tâche (4).

C'est ce que nous mentionnent LEPLAT et HOC « *La tâche indique ce qui est à faire, l'activité, ce qui se fait. La notion de tâche véhicule avec elle l'idée de prescription, sinon d'obligation. La notion d'activité renvoie, elle, à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations* » (6 ; p 3-4).

La tâche et l'activité répondent à une prescription qui est « *une injonction de faire, émise par une autorité* » (7) et qui diffère de la réalité. L'application des prescriptions par les travailleurs varient en fonction de l'individu les réalisant, de la manière de réaliser les prescriptions et de l'environnement dans lequel elles se réalisent. L'environnement du sujet étant en permanence variable, chargé de contraintes et d'imprévisibilité, demande au sujet de s'adapter à la situation (5) (7).

1.2.2 Prescriptions des sages-femmes en salle de naissance

Le métier de sage-femme est une profession médicale à compétences définies, régie par la Code de la Santé Publique et par le Code de Déontologie. Elle est autonome dans sa pratique, spécialiste de la physiologie (8).

La prescription qui définit le champ de compétence de la profession de sage-femme en salle de naissance, « *comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux² en ce qui concerne la mère et l'enfant* », selon l'article L-4151-1 du Code de la Santé Publique (8).

Cette prescription en salle de naissance ne peut se détacher de l'information que la sage-femme délivre à la parturiente. C'est ce que nous stipule la loi Kouchner de mars 2002 (9), l'information est un droit des patients : les professionnels de santé sont tenus d'informer les patients de leur état de santé et de recueillir leur consentement lorsque des actes sont réalisés.

Pour aider les professionnels dans la délivrance de l'information auprès des patients, des recommandations issues de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont été élaborées de façon générale (10) mais également dans le domaine obstétrical (11).

² La période du post-partum s'étend de la délivrance du placenta jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.

Les recommandations de la HAS sur la délivrance de l'information auprès des patientes (11), c'est-à-dire les prescriptions en didactique professionnelle, se centrent majoritairement sur la période prénatale³ au dépit de la période per partum⁴.

Dans les années 50, le Docteur LAMAZE a mis en évidence que face aux douleurs de l'enfantement, il y avait beaucoup d'obscurantisme, une absence de connaissance des femmes de l'anatomie, de la physiologie de la naissance. C'est à partir de ce moment que se développa la psychoprophylaxie obstétricale, un enseignement pédagogique des femmes enceintes afin de comprendre le mécanisme de l'accouchement dans l'objectif d'évacuer les peurs (12).

Ces recommandations permettent d'aider les professionnels de la périnatalité à délivrer une information la plus correcte possible afin de rendre les couples acteurs de leur prise en charge. Ces dernières stipulent que l'information doit être adaptée à la personne, le professionnel de santé doit délivrer une information de façon à ce que celle-ci soit compréhensible pour le destinataire et répondant aux besoins, aux attentes du patient. En effet, certaines patientes/couples sont plus ou moins demandeurs d'informations, à des moments précis, rendant l'information plus ou moins exhaustive en fonction du destinataire (10) (11).

Les sages-femmes ont le devoir de répondre à la prescription en délivrant une information de qualité plus précisément une information adaptée et suffisante en terme de quantité auprès des parturientes lors de leur passage en salle de naissance.

1.2.3 Activité et apprentissage

PASTRÉ stipule que chaque individu est en apprentissage tout le long de sa vie aussitôt qu'il y a activité. Il différencie l'activité productive de l'activité constructive dans l'apprentissage. L'activité productive correspond aux actions, comme des gestes techniques par exemple. Cette activité prend fin une fois que se terminent ces actions, tandis que l'activité constructive persiste dans le temps. Cette dernière correspond à une analyse rétrospective de la part de l'opérateur de son activité productive, permettant ainsi une analyse de sa pratique avec l'objectif d'ajuster son travail. L'activité productive et l'activité constructive sont indissociables, cette analyse réflexive est un véritable outil d'apprentissage (2) (13).

Les sages-femmes apprennent de leurs activités et il en est de même pour les parturientes. L'apprentissage peut se faire de diverses façons : s'enrichir de nouvelles connaissances mais également remettre en question les connaissances déjà apprises (3).

³ La période prénatale correspond à la période de la gestation, avant la naissance de l'enfant.

⁴ La période per partum correspond à la période au cours de laquelle la parturiente est en travail.

MAYEN admet l'importance de prendre en compte le ressenti de la personne lors de sa prise en charge permettant ainsi d'ajuster, d'améliorer les pratiques professionnelles (14). C'est notamment le cas des études de périnatalité réalisées auprès des usagers comme le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) dans le but de faire entendre les attentes des femmes afin d'améliorer les conditions de naissances dans notre pays.

Les activités du travail doivent nécessairement se construire sur la notion de « co-activité ». Les sages-femmes ne peuvent être dissociées des parturientes et inversement, il est primordial d'élaborer une relation de confiance entre les deux partenaires (3). Cependant en salle de naissance, l'établissement de cette relation entre la parturiente et la sage-femme rencontre des particularités, elle s'établit en peu de temps, s'intensifie, s'inscrit dans une histoire de vie et prend fin rapidement dès la sortie du bloc obstétrical.

MAYEN et PASTRÉ stipulent que cette « co-activité » nécessite un compromis entre les prescriptions, les attentes et les besoins propres à l'autre (14). En effet, on observe depuis quelques années, un souhait de la part des couples d'être acteurs de la naissance de leur enfant (15). La parturiente devient actrice de ce moment grâce au rôle éducatif de la sage-femme en salle de naissance.

Ce rôle éducatif se traduit par la délivrance des informations sur le déroulement du travail⁵ et de l'accouchement permettant ainsi une adhésion aux soins de la parturiente.

1.2.4 Situation

Les tâches et les activités s'opèrent au sein d'une situation. Ces éléments sont indissociables (3).

La situation choisie dans cette étude est celle de la salle de naissance. Cet environnement est particulier pour la sage-femme mais également pour la parturiente.

Du côté des sages-femmes, l'activité en salle de naissance impose un rythme de travail particulier avec l'alternance de gardes de 12h, de jour comme de nuit, dans un climat où se mêlent diverses émotions à surmonter afin de prendre en charge des situations d'urgence et de suractivité (16).

Par ailleurs, la parturiente se trouve dans un événement de vie où les remaniements psychiques et physiques sont intenses. La naissance d'un enfant est sans doute le moment le plus intime de la vie d'une femme, dans le rapport au corps qu'elle induit. Celles-ci se retrouvent donc dans un univers inconnu ou peu connu, fantasmé mélangeant exaltation et peur face à cet événement.

⁵ Le déroulement du travail: Période en amont de l'accouchement, à partir de laquelle le col de l'utérus est à 3cm avec des contractions utérines régulières et douloureuses. C'est à partir de ce moment que le travail commence, nécessitant une surveillance par la sage-femme, en salle de naissance.

D'après SZEJER et STEWART, cette ambivalence de sentiments positifs et négatifs se traduit par la joie de rencontrer son enfant, la douleur présente lors des contractions utérines, le risque que des complications maternelles ou fœtales surviennent (17).

Cette description de la salle de naissance s'extrapole aux adjectifs utilisés par MAYEN pour décrire une situation : la variabilité, la diversité, l'exhaustivité (18). L'exhaustivité s'explique par le fait que le passage en salle de naissance ne se limite pas à l'accouchement et aux gestes techniques, il nécessite une prise en charge globale de la parturiente en amont et en aval du moment de l'accouchement.

La variabilité et la diversité de la situation de la salle de naissance se définissent par le fait que chaque parturiente possède des spécificités de part sa personnalité et ses attentes. Chaque naissance diffère du fait des événements imprévisibles que peut rencontrer la sage-femme lors du travail et de l'accouchement rendant chaque situation de travail singulière (3).

D'après l'article L-4151-1 du Code de la Santé Publique, les sages-femmes sont autonomes en salle de naissance dans la limite de la physiologie et adressent la patiente à un médecin devant une situation pathologique (8). Elles sont donc présentes lors du travail des parturientes et réalisent 55.8% des naissances globales (19). La majorité des suivis des parturientes en salle de naissance est effectuée par les sages-femmes.

Lors de la prise en charge de la parturiente mais aussi du couple, les sages-femmes mettent en application leurs compétences dans leurs activités de travail.

1.2.5 Compétences

Etre compétent ne se résume pas aux connaissances. La compétence est le fait qu'un individu soit capable de s'adapter à une situation complexe dans un même type de métier (13). Cette adaptation passe par une maîtrise des émotions, du ressenti personnel du sujet concerné tout en agissant de façon éthique envers autrui (20).

LEPLAT caractérise les compétences selon plusieurs critères : elles sont finalisées, apprises, organisées et abstraites. Elles mettent en jeu les connaissances de l'individu, elles s'acquièrent au cours de la vie et elles s'observent par des manifestations qui témoignent des compétences de l'individu (21).

Les sages-femmes possèdent diverses compétences tant sur le plan technique que relationnel (22) (23).

Les compétences techniques des sages-femmes en salle de naissance se traduisent par la réalisation de l'ensemble des actes nécessaires à la surveillance fœtale et maternelle au cours du travail et de l'accouchement dans le champ de compétences définies (8).

Ces dernières ne peuvent être dissociées des compétences relationnelles de la sage-femme qui sont indispensables afin d'établir une relation de confiance pour un accompagnement optimal auprès de la parturiente. L'établissement d'une relation ne peut se distinguer de la communication (24). La compétence communicative se décrit par l'intrication des savoirs linguistiques mais également par la capacité du locuteur à communiquer dans des situations socio-culturelles spécifiques, elle est une véritable compétence professionnelle (24) (25).

Les notions de la didactique professionnelle qui s'opèrent au sein du travail des sages-femmes en salle de naissance ont été exposées. L'analyse du travail est principalement confrontée à des situations où l'activité met en présence des individus, ici la sage-femme et la parturiente, qui interagissent en utilisant le langage. L'activité du travail ne se limite pas qu'aux gestes, des paroles justes et précises l'accompagnent. Le langage au travail est reconnu comme un facteur favorisant la productivité, savoir communiquer devient une compétence professionnelle, il ne peut se différencier du travail (26) (27). Cet échange verbal s'élabore au sein d'une communication entre les partenaires.

Il conviendra dans un second temps, d'exposer le langage en situation de travail notamment en salle de naissance, entre la sage-femme et la parturiente.

2. LE LANGAGE EN SITUATION DE TRAVAIL

2.1 GENERALITES

2.1.1 Définition du langage

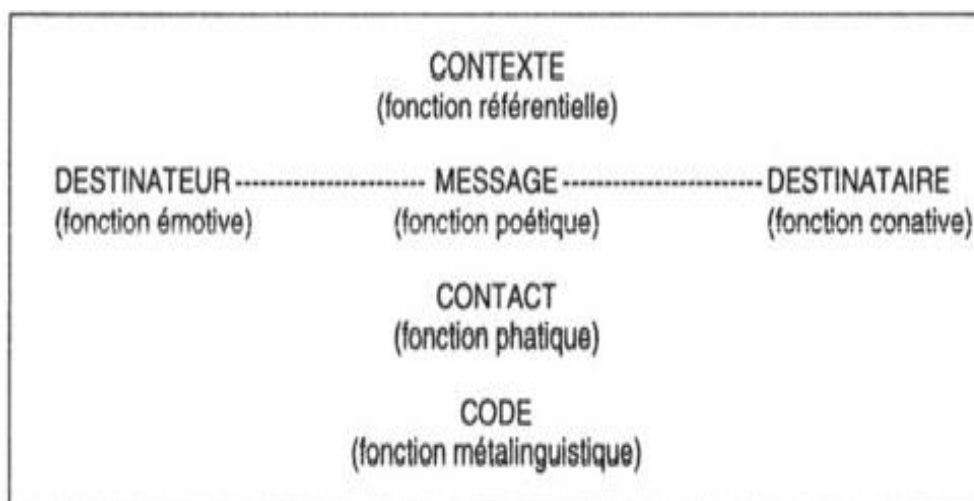
Le mot langage « *vient du latin lingua, qui désigne la langue en tant qu'organe mais aussi en tant que parole. C'est la faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux, au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphiques constituant une langue* » (28). L'acte de langage est considéré comme l'élément de base de toute conversation (25).

Plus couramment, le langage est un moyen de communication, d'information partagé entre plusieurs personnes.

2.1.2 La communication

« *La communication est l'action de communiquer quelque chose à quelqu'un* ». (28).

JAKOBSON distingue six éléments pour qu'il y ait communication.



Modèle de Jakobson

Schéma issu de la communication et langages- de la communication à l'interaction- 1992- Vol 93- Numéro1- p 73 (29)

Le destinateur transmet un message au destinataire, il s'engage émotionnellement (fonction émotive) et souhaite provoquer des effets (fonction conative) chez le destinataire. Ce message est transmis selon une valeur expressive de la part du destinateur (fonction poétique), il se situe dans un contexte particulier, c'est-à-dire que c'est à partir de lui que va dépendre la signification du message (fonction référentielle). Il requiert un code commun, qu'il est important de vérifier entre les partenaires (fonction métalinguistique). Par ailleurs, pour que le destinateur reçoive le message, il est nécessaire d'avoir un contact qui est un canal physique et une connexion psychologique qui tend à se maintenir lors de l'échange entre les deux partenaires (fonction phatique) (29).

Jusqu'à présent, nous avons abordé la communication à travers son expression orale, fondée sur le langage. ARISTOTE a mis en évidence l'importance de la communication non verbale dans le discours. Selon lui, toute communication est plurimodale et multicanaux. La communication ne se limite pas à l'échange verbal, les éléments acoustiques, physiques, visuels, olfactifs sont à prendre en compte (30). Cette dimension permet de souligner la qualité de la communication, elle dépend à la fois de ce qui est dit et de la manière dont l'information est diffusée.

Dans un second temps, il semble indispensable d'analyser les interactions langagières en situation de travail.

2.2 LES INTERACTIONS LANGAGIERES EN SITUATION DE TRAVAIL

2.2.1 Les interactions langagières

Les interactions langagières sont marquées par des influences réciproques entre les interactants. KERBRAT ORECCHIONI parle de « *discours en interaction* » (31) (32).

L'interaction entre les partenaires se maintient car chacun d'entre-eux collabore à cette interaction. Il existe une adaptation du discours entre les acteurs, ils prennent en compte ce qu'ils souhaitent transmettre mais également sur la compréhension et les attentes du locuteur, on parle de « *modèle de production-interprétation* » (31).

Par ailleurs, l'activité langagière est marquée par la présence d'invariants. Ce concept est développé par VINATIER elle parle « d'invariants du sujet » que le sujet construit et exprime tout le long de sa vie grâce à son histoire, son expérience.

Ces invariants représentent les valeurs, les intérêts, les motivations, les engagements, les jugements véhiculés par le professionnel dans l'interaction (13) (31). Ils permettent à l'acteur de s'adapter à la situation rendant ainsi son action efficace (33).

2.2.2 Les dimensions du langage en situation de travail

L'activité de langage, quel que soit l'univers du travail, s'opère dans diverses dimensions. BORZEIX et FRAENKEL nous mentionnent que le langage s'inscrit au sein de trois dimensions : instrumentale, cognitive et sociale (27). Dans les activités de travail, ici en salle de naissance, les sages-femmes ont l'obligation de transmettre des informations auprès de la parturiente (dimension instrumentale), conformément à la loi de mars 2002, avec la notion de transparence du professionnel de santé sur les soins réalisés auprès du patient (9).

Mettre en mots l'activité du travail nécessite une réflexion de la part du locuteur sur l'action (27). Lorsque la sage-femme décrit et explique ses gestes, elle rend intelligible ses connaissances pour elle-même et pour la parturiente en lui transmettant ses savoirs (dimension cognitive).

De plus, le langage est un marqueur des rapports sociaux qui s'effectue entre les partenaires en interaction. Le fait de parler lors d'une interaction est une manière pour les individus de se présenter, de défendre leur place. Il existe une influence réciproque entre les partenaires qui se traduit par l'image qu'ils souhaitent montrer mais également par ce que chacun pense que l'autre attend de lui (24).

La parole est donc le marqueur de l'identité des individus : la parturiente comprendra l'identité de la sage-femme par son discours et la sage-femme, par le discours de la parturiente assimilera son niveau de compréhension permettant ainsi d'adapter son discours (dimension sociale) (27).

2.2.3 Le langage au travail : un apprentissage

PASTRÉ ne dissocie pas apprentissage et activité comme nous l'avons mentionné précédemment (2) (13). FILLIETAZ stipule que les individus sont capables d'apprendre au travail grâce aux interactions langagières que ces derniers rencontrent (34).

Cet apprentissage s'élabore par la collaboration entre les participants mais également dans la façon d'organiser la perception de leurs actions et d'élargir leurs ressources (34). Il définit les interactions langagières comme « *le processus temporellement ordonné qui prend place lorsqu'au moins deux individus se trouvent dans un espace perceptuel partagé* » (34).

On s'intéresse ici à l'information délivrée par les sages-femmes aux parturientes, dans un contexte professionnel, la salle de naissance.

Les sages-femmes réalisent les conduites à tenir, nécessaires à la surveillance maternelle et fœtale lors du travail et de l'accouchement. Les parturientes possèdent la plupart du temps des connaissances sur la maternité, connaissances acquises par la vulgarisation du sujet dans de nombreux médias tels que les magazines, livres, forums, sites internet (35). Grâce aux interactions langagières qui s'opèrent entre ces deux partenaires, la sage-femme informe la parturiente, permettant à celle-ci d'acquérir des connaissances, de façon à la rendre actrice de sa santé et des soins qu'on lui apporte.

2.2.4 L'analyse du langage au travail

Le langage ne peut être dissocié des activités du travail. Analyser le langage au travail permet de comprendre les pratiques professionnelles. Le langage peut également modifier les activités du travail, en adoptant une posture réflexive avec l'objectif d'améliorer les pratiques professionnelles.

Analyser le travail peut s'effectuer par la réalisation d'enquêtes auprès des personnes concernées. Dans le domaine de la périnatalité, diverses études ont été réalisées auprès des usagers.

Le CIANE a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples, afin d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays.

Leurs enquêtes ont montré que les femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés sont à 71% demandeuses d'un temps d'échange à postériori de l'accouchement (36).

Par ailleurs, les femmes perçoivent l'information comme insuffisante lors du déclenchement de l'accouchement. Cette information semble avoir un réel impact sur le vécu de l'accouchement. En effet, le manque d'information et l'absence de demande de consentement lors des interventions médicales semblent être des facteurs aggravants tant sur le plan physique que psychologique (37).

D'après la DRESS, les femmes affichent une très grande satisfaction globale sur le suivi de leur grossesse et le déroulement de l'accouchement, et les femmes relèvent des insatisfactions sur la question de l'information, de l'écoute et de l'échange autour des gestes médicaux réalisés en salle de naissance (1).

Suite à cela, il semblait intéressant d'approfondir les études déjà réalisées en enquêtant dans des situations d'accouchements eutociques, où seule la sage-femme accompagne la parturiente à la naissance de son enfant en salle de naissance. Cependant, ce lieu est un environnement particulier chargé d'émotions, où se mêlent l'aspect technique et relationnel du métier de sage-femme.

DEUXIEME PARTIE
ETUDE ET RESULTATS

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 LE THEME

Le thème de l'étude est :

« L'information délivrée par les sages-femmes auprès des parturientes et l'activité des sages-femmes en salle de naissance, dans un contexte d'accouchement eutocique ».

1.2 LES OBJECTIFS

A travers le discours recueilli auprès des patientes en suites de naissance, nous cherchons à connaître ce qui a été dit lors de leur passage en salle de naissance et nous souhaitons nous assurer de la qualité des informations délivrées, lors d'un accouchement eutocique. Le discours des femmes nous permettra de mettre en évidence l'activité du travail des sages-femmes ainsi que leurs compétences en salle de naissance.

Cette étude à posteriori permet d'adopter une posture réflexive en tant que chercheur en recueillant et en analysant le discours des patientes permettant d'améliorer les pratiques professionnelles, celles des sages-femmes en salle de naissance.

1.3 LES AXES DE RECHERCHE

Autour de ce thème, deux axes de recherche ont été développés :

- Le regard des femmes sur l'information transmise par les sages-femmes en salle de naissance.
- L'activité et les compétences des sages-femmes en salle de naissance à travers le discours des femmes.

Concernant le premier axe, on étudiera le ressenti des femmes sur l'information délivrée par les sages-femmes. On s'appuiera sur deux éléments, à savoir si cette dernière est adaptée et suffisante. Le premier élément concerne l'adaptation et la justesse de l'information. L'information correspond-elle aux attentes des femmes ? Est-elle compréhensible, personnalisée et délivrée au moment opportun ? Le second élément s'intéresse à l'exhaustivité de l'information. L'information apporte-t-elle tous les éléments attendus par la patiente afin que cette dernière puisse vivre pleinement la naissance de son enfant ?

Ces précisions sont issues des recommandations de la HAS concernant la délivrance d'une information sur l'état de santé du patient (10).

Concernant le second axe, on s'appuiera sur les éléments de la didactique professionnelle précédemment décrits pour analyser l'activité des sages-femmes à travers le discours des patientes.

1.4 LA METHODOLOGIE

1.4.1 Outil de recherche

En Sciences Humaines, différentes méthodes de recherche visent à verbaliser l'action : l'autoconfrontation de THEUREAU, l'autoconfrontation croisée de CLOT, et l'entretien d'explicitation de VERMERSH (38). Ces différentes méthodes décrivent l'activité par l'intermédiaire de l'acteur, en considérant la manière dont celui-ci a vécu sa situation. Lors d'une étude de pratique, il ne suffit pas d'avoir une observation extérieure mais il semble indispensable de considérer le vécu de l'acteur (39).

Nous cherchons à recueillir dans le discours des femmes ce qui s'est passé en salle de naissance.

L'autoconfrontation est la méthode d'investigation de choix en Sciences Humaines, elle permet par le biais d'un enregistrement le plus souvent vidéo, de confronter l'acteur à son activité et d'enregistrer ensuite la confrontation aux images de l'acteur à sa propre activité face au chercheur.

L'autoconfrontation croisée, quant à elle, fait intervenir un pair de même niveau d'expertise dans la confrontation des images, ici en l'occurrence une autre sage-femme (40). Cependant, cette étude s'intéresse au ressenti des parturientes sur leur passage en salle de naissance, ce sont donc des méthodes inadaptées dans cette étude. Pour des raisons administratives, techniques mais surtout éthiques, l'utilisation de l'autoconfrontation comme méthode d'investigation place le chercheur dans une situation délicate et non réalisable dans ce contexte.

Le but principal de l'entretien d'explicitation est *« de s'informer auprès de la personne qui a vécu ce que l'on essaie d'explicitier, produire des verbalisations descriptives de vécus passés spécifiés »* (38) (41). On invite l'acteur en l'occurrence l'accouchée, à se remémorer une situation vécue, celle de la salle de naissance, sans support pour la verbalisation.

La méthode d'investigation employée est l'entretien d'explicitation. En effet, cet outil est le plus approprié dans cette situation. L'entretien est un instrument d'investigation spécifique, qui aide à mettre en évidence des faits particuliers dont la parole est le vecteur principal. Le point fort est de donner la parole aux patientes sur un sujet peu étudié, l'information délivrée en salle de naissance par les sages-femmes.

Par ailleurs, la méthode d'investigation choisie nous a permis de supprimer un biais grâce à l'absence du chercheur au moment de l'échange entre la sage-femme et la parturiente.

Une grille d'entretien a été créée afin d'avoir une trame lors des entrevues (ANNEXE I). Cette grille d'entretien a été analysée lors d'un rendez-vous avec Madame BRZYCHCY, psychologue au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU), à Jeanne de Flandre, Lille (59).

Cette trame d'entretien se décompose en cinq parties :

- La partie I recueille des informations générales concernant les accouchées interrogées.
- La partie II vise à connaître les différentes sources d'informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement, que la patiente a pu utiliser pendant la grossesse.
- La partie III permet d'aborder l'activité de la prise en charge en salle de naissance.
- La partie IV tente de percevoir l'opinion des femmes sur l'information délivrée en salle de naissance par les sages-femmes.
- La partie V aborde la période du post-partum en évoquant leurs éventuels besoins d'informations à posteriori de leurs passages en salle de naissance.

Les entretiens ont été réalisés sous forme semi-directive afin de laisser la possibilité aux femmes interrogées de s'exprimer librement sur leur ressenti tout en posant un certain cadre à l'entretien permettant d'aborder les différents thèmes qui nous semblaient intéressants. Les questions posées étaient des questions ouvertes, afin de ne pas orienter la réponse puis en fonction des réponses données, nous poursuivions l'entretien.

1.4.2 Critères d'inclusions et d'exclusions

Cette étude s'intéresse aux accouchements eutociques, champs de compétences des sages-femmes. Plus de la moitié de ces accouchements sont réalisés par les sages-femmes, spécialistes de la physiologie (14). Le discours porté à la connaissance des femmes, lors de ce moment, est donc donné par un seul professionnel, la sage-femme.

Les définitions d'un accouchement eutocique et physiologique suscitent actuellement de nombreux débats pour convenir d'une définition universelle (42).

Dans cette étude, nous avons décidé de caractériser l'accouchement eutocique comme tout accouchement où seule la sage-femme intervient lors du passage en salle de naissance de la parturiente.

Soit un accouchement :

- Par voie basse non opératoire
- A partir de 37 semaines d'aménorrhée
- Faisant suite à une grossesse unique
- Faisant suite à un travail spontané ou à un déclenchement
- En présentation céphalique⁶
- Avec ou sans analgésie péridurale
- Sans complication maternelle/ fœtale/ néonatale : sans intervention de l'obstétricien/ du pédiatre

Les femmes majeures et francophones sont éligibles à l'étude.

Ces critères ont été choisis afin d'éviter les biais quant au recueil de l'information donnée par d'autres professionnels de santé.

On **exclut** les femmes ayant un accouchement :

- Par voie basse instrumentale ou par césarienne
- Avant 37 semaines d'aménorrhée
- Faisant suite à une grossesse multiple
- En présentation podalique⁷
- Avec des complications maternelles, fœtales et néonatales
- Femmes mineures
- Femmes non francophones

Les femmes mineures ont été exclues pour la difficulté à obtenir des autorisations parentales pour les interroger. Les femmes non francophones ont été également exclues pour ne pas rencontrer de difficultés supplémentaires, notamment de compréhension lors de l'entretien, nous avons voulu éviter la présence d'une tierce personne comme interprète pour éviter d'avoir recours à des reformulations.

⁶ On appelle présentation, la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin maternel. La présentation céphalique est une présentation longitudinale dans laquelle la tête fœtale est au contact avec le détroit supérieur. C'est la majorité des présentations fœtales.

⁷ On appelle la présentation podalique, la présentation du siège. C'est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin.

1.4.3 Déroutement de l'étude

La demande d'autorisation d'enquête auprès de la maternité de Douai a été sollicitée le 11 novembre 2015 auprès de la cadre du service de suites de naissance et auprès de la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier de Douai (ANNEXE II). Une fois l'accord obtenu, des entretiens exploratoires ont été réalisés à partir de décembre 2015. Ces entretiens ont permis de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en avant les éléments auxquels le chercheur ne peut penser spontanément. Ils permettent également de vérifier la compréhension des questions par les enquêtées. Une seconde demande d'autorisation a été demandée et validée suite au temps imparti pour réaliser les entretiens.

Le choix du lieu pour la réalisation de cette étude est le service de suites de naissance du Centre Hospitalier de Douai situé à Dechy dans le Douaisis (59). J'ai choisi de réaliser cette étude sur mon lieu de stage, pour des questions de praticité mais aussi pour pouvoir en tirer des conclusions dans ce lieu qui m'est familier.

Des modifications de la trame d'entretien ont été effectuées. Ces dernières portées principalement sur des reformulations de questions mais également sur des suppressions de questions car de nombreuses redites étaient mentionnées par les femmes interrogées. Les entretiens ont été réalisés du 8 mars 2016 au 2 avril 2016. Sept entretiens ont été réalisés d'une durée variable de 9 minutes 30 secondes à 46 minutes 06 secondes. Nous n'avons eu aucun refus de la part des patientes éligibles lors de la présentation du sujet de recherche.

Le recrutement a été fait par la lecture du résumé de l'accouchement présent dans le dossier médical afin de connaître les patientes éligibles à l'étude. Je n'ai pas pu m'entretenir avec les sages-femmes, ni avec le personnel du service de suites de naissance pour recruter les patientes pour des raisons organisationnelles

Les entretiens ont été menés à partir du deuxième jour du post-partum en début d'après-midi, avant le début des visites. Cette période semble être la plus appropriée. L'accouchement représente pour la femme une véritable épreuve physique et psychique, il est donc primordial pour elle et pour son enfant de se remettre de cette épreuve en début de séjour. Les entretiens ont été réalisés dans la chambre de la patiente, les femmes étaient seules avec leur nouveau-né à l'exception d'un entretien au cours duquel le conjoint était présent. Ce dernier a participé spontanément à l'entretien.

Une feuille d'information a été remise aux patientes afin de leur expliquer l'étude et de recueillir leur consentement (ANNEXE III). Un exemplaire a été remis à la patiente afin de me contacter pour d'éventuelles questions concernant l'étude.

Pour pouvoir se centrer sur la discussion, tous les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone et retranscrits en intégralité sur Microsoft Word, après accord de la patiente. Les enregistrements ont été ensuite supprimés, ce qui pouvait rassurer les patientes.

2. LES RESULTATS

Aucun pourcentage n'apparaîtra dans cette présentation car l'échantillon de population n'est pas suffisamment représentatif de la population générale. Les entretiens sont peu nombreux et constitués dans un seul établissement, on ne peut donc pas les généraliser à l'ensemble des accouchées, mais ils permettent tout de même de dégager certaines données.

2.1 PROFILS DES ACCOUCHEES

2.1.1 Âge des patientes

TRANCHE D'AGE	18- 25 ans	26-30 ans	31-35 ans
Effectif (n=7)	1	3	3

Figure 1. L'âge des patientes interrogées

L'âge moyen des femmes interrogées est de 29,7 ans.

2.1.2 Parité

PARITE	Primipares	Multipares
Effectif (n=7)	2	5

Figure 2. La parité des patientes interrogées

Dans l'échantillon, la majorité des femmes interrogées sont des multipares, plus précisément trois d'entre elles sont des IIème pare⁸ et deux d'entre elles sont des IIIème pare.

2.1.3 Situation familiale et professionnelle

Toutes les patientes interrogées vivent en couple. Trois d'entre elles ont une activité professionnelle. Parmi ces femmes, une a signalé le fait de travailler dans le milieu médical. Pour les autres patientes, elles sont sans activité professionnelle. Une patiente n'a pas abordé sa situation professionnelle.

⁸ La parité correspond au nombre de naissances, quel qu'en soit le mode, à partir du moment où le terme est supérieur à 22 semaines d'aménorrhées et/ou le poids fœtal est supérieur à 500 grammes.

2.1.4 Modalités d'accouchement

Concernant les modalités d'accouchement, trois d'entre elles ont été déclenchées⁹ pour des motifs différents :

- Pour pré éclampsie¹⁰ (Entretien 2- Primipare)
- A terme+4¹¹ (Entretien 6 - Multipare)
- Pour liquide amniotique méconial¹² lors de la rupture spontanée des membranes (Entretien 7- Primipare)

Deux de ces sept patientes n'ont pas bénéficié d'analgésie péridurale. L'une d'entre elles avait pour projet d'accoucher sans analgésie péridurale (Entretien 2-Primipare). L'autre patiente a eu un travail très rapide (Entretien 4- Multipare). Les autres patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale.

2.2 L'INFORMATION SUR LE DEROULEMENT DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT PENDANT LA GROSSESSE

2.2.1 Internet, livres, émissions télévisées

On remarque que les femmes expriment un besoin d'être rassurées : elles effectuent des recherches par différents médias, que ce soit par Internet, par des livres ou par des émissions télévisées de réalité filmées en salle de naissance (Entretiens 2/3/6/7).

La peur est un sentiment qui a été mentionné par ces femmes (Entretiens 6/7). Une patiente évoque l'accessibilité à ces informations, facilitant ainsi son organisation familiale (Entretien 6- Multipare).

Cependant, les femmes ont un regard critique sur l'information accessible au grand public notamment celle accessible sur Internet.

Elles ont jugé celle-ci comme une information riche en jugements et en ressentis négatifs pouvant être une source d'angoisse : « *Finally, ça stresse plus les gens que ça leur fait du bien* » (Entretien 7- Primipare). De ce fait, l'information fournie dans divers livres de maternité semble être une information « *différente, plus neutre, sans jugement, c'était plus rassurant* » (Entretien 6-Multipare).

⁹ Par déclenchement du travail, on entend le fait d'entamer artificiellement le processus du travail avant sa mise en route spontanée, et ce, en vue de procéder à l'accouchement de l'unité fœto-placentaire

¹⁰ La pré-éclampsie est une maladie exclusivement gravidique, associée à une hypertension artérielle et à l'apparition de protéines dans les urines pouvant avoir des répercussions maternelles et fœtales. Le seul traitement est l'arrêt de la grossesse.

¹¹ Terme+4 signifie que la grossesse fut prolongée de 4 jours. A partir de ce délai un déclenchement est réalisé en fonction des protocoles des services.

¹² La présence de méconium dans le liquide amniotique est la conséquence du passage du contenu de l'ampoule rectale fœtale dans le liquide amniotique. La présence de liquide amniotique méconial peut être à l'origine de phénomènes pathologiques in utero.

Les émissions télévisées filmées en salle de naissance ont été citées par plusieurs femmes, ces supports ont été regardés par curiosité et analysés avec un regard critique stipulant que « *ce n'est pas la réalité* » (Entretien 3- Multipare).

Ces sources d'informations semblent être bénéfiques pour les femmes quand elles sont utilisées à bon escient « *Des choses m'ont servi* » (Entretien 2-Primipare). Une femme a mentionné le caractère indispensable de la sage-femme dans la délivrance de l'information « *Malgré tout, ça ne remplace pas une sage-femme* » (Entretien 2-Primipare).

2.2.2 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La PNP est évoquée par toutes les patientes interrogées. Seule deux d'entre elles, dont une primipare et une multipare, l'ont effectué mais n'ont pas suivi l'intégralité de la préparation pour des raisons médicales et organisationnelles. L'une d'entre elles a évoqué avoir eu une Menace d'Accouchement Prématuro¹³ (MAP) pendant sa grossesse, le repos lui a été conseillé, elle n'a pas pu se rendre aux séances.

Une femme a mentionné son regret face à l'organisation des séances : « *J'ai l'impression que ça commence trop tard dans la grossesse, c'est mieux peut être si ça commence plus tôt* » (Entretien 7- Primipare).

Les éléments recherchés pour ces deux femmes lors des séances de préparation à la naissance portent principalement sur :

- Les moments de détente pendant la grossesse : (Entretiens 1- Multipare)
- L'allaitement maternel : (Entretien 1- Multipare)
- Les poussées pour l'accouchement : (Entretien 1- Multipare) (Entretien 7-Primipare)
- La respiration lors des contractions utérines douloureuses : (Entretien 1- Multipare)
- La visite des salles de naissance : (Entretien 7- Primipare)

Cependant, ces éléments recherchés n'ont pas été délivrés pour l'une d'entre elles du fait de son incapacité à se rendre aux séances. « *J'aurais surtout aimé voir les salles d'accouchements, car c'est vrai que quand on est arrivés on ne savait pas dans quel endroit on allait se trouver* » (Entretien 7-Primipare). Ce couple a mentionné l'importance de connaître l'environnement au préalable du jour de l'accouchement : « *On est arrivés, un peu perdus* ».

¹³ La menace d'accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale

Une patiente évoque son souvenir de la préparation à la naissance lors de sa première grossesse et a jugé celle-ci inutile pour elle. « *Les cours ne m'ont pas servi (...) les cours n'étaient pas vraiment intéressants, je n'avais rien appris* » (Entretien 3- Multipare).

L'une d'entre elles a évoqué ne pas avoir effectué de PNP lors de sa première grossesse, elle évoque son refus à la PNP pour sa deuxième grossesse comme une évidence. « *Je ne l'ai pas faite au premier donc je ne vois pas pourquoi je l'aurais faite pour le deuxième* » (Entretien 4-Multipare).

2.2.3 Les consultations prénatales

L'une d'entre elles indique ne pas avoir parlé de ses inquiétudes sur l'accouchement lors des consultations prénatales avec la sage-femme : « *Je ne voulais pas la déranger. Les rendez-vous sont souvent rapides et je n'y pensais pas tout le temps* » (Entretien 6- Multipare).

La sage-femme de consultations a permis l'orientation d'un couple vers la préparation à la naissance afin de palier à leurs inquiétudes : « *La sage-femme de consultations nous a conseillés de faire la préparation à la naissance. On l'a faite pour avoir des meilleures informations, sans jugement. Elle nous avait dit que ça nous permettrait d'être rassurés* » (Entretien 7- Primipare).

2.2.4 L'entourage

Pour tous les entretiens, l'entourage familial et amical, semble jouer un rôle primordial dans la délivrance de l'information sur le déroulement du travail et de l'accouchement. La naissance d'un enfant est un événement échangé avec les proches. Cet échange semble être un moment de curiosité, d'intéressement à l'autre permettant indirectement d'avoir des connaissances sur le déroulement du travail et de l'accouchement.

Certaines femmes ont mentionné que le récit des accouchements de leur entourage était suffisant pour avoir des informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement (Entretiens 3/4/5- Multipares).

L'entourage familial est également présent pour répondre aux inquiétudes des femmes, les personnes concernées pour répondre à leurs angoisses sont des personnes féminines connaissant la maternité. « *J'en ai parlé à ma mère, la mère de monsieur, ma belle-sœur car elle a accouché il n'y a pas longtemps* » (Entretien 7-Primipare).

L'expérience de l'accouchement dans l'entourage semble influencer les inquiétudes des patientes ou au contraire les apaiser : « *Je n'avais pas peur du tout car je vois ma sœur, elle a eu des enfants avant moi. Ça s'est super bien passé pour elle donc je ne vois pas pourquoi ça se passerait mal pour moi* » (Entretien 4-Multipare) « *Mes cousines ont eu une césarienne et elles ont eu des douleurs importantes après donc ce n'est pas rassurant et j'avais peur de vivre la même chose* » (Entretien 6- Multipare).

« Comme ça s'est bien passé, ça m'a permis de déstresser, de me rassurer. Elle m'a dit qu'il n'y avait pas de raison que ça se passe mal » (Entretien 7-Primipare).

2.2.5 La confiance en la sage-femme présente en salle de naissance

Plusieurs femmes interrogées ont évoqué « *la confiance* » envers les sages-femmes en salle de naissance (Entretien 1/2/5- Multipares).

Elles ont également évoqué « *l'habitude* » des sages-femmes à accompagner les couples lors de ce moment, faisant son travail « *du mieux possible pour nous accompagner, nous informer* » (Entretien 2-Primipare).

La sage-femme est considérée comme une personne rassurante et de confiance de par le fait que les femmes se laissent porter par la sage-femme « *On se laisse guider par la sage-femme qui s'occupe de nous* » (Entretien 3-Multipare) « *Elles savent ce qui est bien pour la santé du bébé et pour nous en salle d'accouchement* » (Entretien 5- Multipare).

2.2.6 Le ressenti des femmes sur les informations du déroulement du travail et de l'accouchement

La majorité des femmes interrogées ont conscience du caractère imprévisible de la salle de naissance, du fait que « *tout peut basculer* » (Entretiens 1/2/3) « *ça se passera comme ça devra se passer* » (Entretien 5-Multipare). L'une d'entre elles a mentionné que la césarienne n'était jamais à exclure « *on n'est pas à l'abri d'en avoir une* » (Entretien 6- Multipare).

De ce fait, plusieurs femmes ont évoqué vouloir « *vivre le moment et voir comment ça va se passer pour cet accouchement* » (Entretiens 1/2). Tous les accouchements sont singuliers, elles n'ont donc pas voulu s'occuper leur esprit avec des informations jugées « *inutiles pour nous mais ne pas trop nous encombrer l'esprit par peur d'être déçue* » (Entretien 2-Primipare) pouvant avoir même un effet négatif « *c'est peut-être même angoissant d'en savoir trop* » (Entretien 5-Multipare).

2.3 LA PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LA SAGE-FEMME

2.3.1 La chronologie des actions

Les femmes interrogées racontent avec détails leur passage en salle de naissance. Elles mentionnent le début du travail de la maison à l'arrivée de leur enfant.

Pour toutes les femmes interrogées, le récit de leur passage en salle de naissance s'arrête au moment de la naissance de leur enfant.

La période du post partum immédiat en salle de naissance a été peu évoquée, seule deux d'entre elles ont mentionné la venue de la sage-femme afin de poursuivre la surveillance maternelle et néonatale (Entretiens 2/5).

2.3.2 La chronologie temporelle

L'interaction avec la sage-femme a été, pour toutes les femmes interrogées, relativement rapide allant de 30 minutes à quelques heures, ne dépassant pas douze heures de travail.

La majorité des femmes sont relativement précises sur la chronologie temporelle en salle de naissance. Le temps écoulé, les heures de travail, la durée de leur passage en salle de naissance sont mentionnées avec précision.

*« J'ai commencé à avoir des contractions à **4h du matin**, j'ai attendu un peu (...) A **6h30**, je me suis dit que c'était vraiment le travail (...) Quand je suis arrivée, la sage-femme m'a prise en charge **tout de suite** (...) **tout de suite** après l'anesthésiste est venu (...) j'ai accouché **une heure** après la pose de la péridurale »* (Entretien 1- Multipare).

*« J'ai eu le monitoring **2h** (...) une fois le retour en chambre vers **12h** (...) vers **16-17h** c'était vraiment intense (...) **30 minutes** de monitoring (...) je pouvais avoir la péridurale jusqu'à **19h** car après c'était trop tard pour l'avoir »* (Entretien 2- Primipare).

2.3.3 Les gestes réalisés par la sage-femme

Peu de gestes techniques sont mentionnés par les femmes. Les gestes mentionnés par les femmes interrogées se limitent au toucher vaginal, au changement de position principalement.

Certaines mentionnent la mise en place de la méthode de déclenchement (Entretiens 2/6/7), de la rupture artificielle des membranes (Entretiens 1/4) et de la mise en place d'une perfusion d'ocytocine¹⁴ afin de régulariser les contractions utérines (Entretien 3).

2.3.4 L'interaction parturiente/sage-femme

Les femmes interrogées ont toutes fait part de leur satisfaction à l'égard de la prise en charge par la sage-femme en salle de naissance.

La sage-femme est décrite dans tous les entretiens comme une personne disponible, agréable, à l'écoute et abordable.

Une femme a qualifié la sage-femme « *comme une amie, le courant est passé tout de suite entre nous. C'était très familier (...) Je sens qu'on pouvait lui faire confiance, qu'on se sentait en sécurité avec elle* » (Entretien 5- Multipare).

Une femme a mentionné la présence indispensable de la sage-femme pour l'aider à réaliser son projet d'accouchement sans péridurale « *On sentait qu'elle avait l'habitude (...) j'ai réussi à accoucher sans péridurale grâce à ses conseils, grâce à tout ce qui a été donné par la sage-femme. Je ne sais pas si j'aurais réussi sans elle* » (Entretien 2 Primipare).

Toutes les femmes interrogées ont eu la même sage-femme tout au long de leur passage en salle de naissance et jugent cela important dans « *l'élaboration d'une relation de confiance* » (Entretiens 2/7). Cette relation passe par le fait qu' « *on apprend à se connaître* » et qu'elle « *connaît nos inquiétudes* » donnant un côté « *rassurant* » (Entretiens 2/7).

Deux des sept patientes ont eu l'intervention d'une étudiante sage-femme qui a été fortement appréciée. Notons que les étudiants sages-femmes présents à ce moment au bloc obstétrical sont des étudiants en fin de cursus, avec une certaine autonomie.

« *J'ai l'impression que les sages-femmes qui sont plus qualifiées, qui ont plus l'habitude sont plus désagréables (...) je les trouve moins douces (...) contrairement à une ancienne qui allait vite sans vraiment nous expliquer, les choses étaient faites plus mécaniquement* » (Entretien 3-Multipare).

« *C'était une stagiaire il me semble. Elle était là les trois quarts du temps pour s'occuper de nous. Elle était plus rassurante que la sage-femme, sans doute car on la voyait plus souvent* » (Entretien 7-Primipère¹⁵).

¹⁴ Le syntocinon est un ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celle de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Il augmente la fréquence des contractions utérines.

¹⁵ Primipère : père pour la première fois

A plusieurs reprises, les patientes ont évoqué la présence régulière de la sage-femme qui est un élément signifiant pour les femmes « *c'était appréciable car ça montre qu'on ne nous oublie pas* » (Entretiens 4/7).

2.3.5 Représentations du métier de sage-femme

La responsabilité et la reconnaissance à l'égard de la profession ont été évoquées.

Une femme a évoqué avoir compris que la sage-femme était soumise à des obligations dans l'exercice de sa profession : « *Elle était obligée de laisser le monitoring trente minutes car si l'enfant n'allait pas bien, elle ne pouvait pas me donner les antalgiques, c'est sa responsabilité* » (Entretien 2).

Les patientes ont évoqué l'importance pour les sages-femmes d'avoir « *le sens de la communication* », « *aimer les gens* », de savoir gérer ses propres émotions face aux douleurs des patientes, « *le courage* » (Entretiens 2/3/5). Elles ont mentionné le caractère imprévisible de la profession « *ce n'est quand même pas facile pour vous. Tout peut vite basculer de jour comme de nuit* » (Entretiens 2/3).

L'importance de la prise en charge, de l'accompagnement lors de ce moment ont été cités étant donné que la naissance, « *fait partie de notre histoire, des souvenirs qu'on garde.* » (Entretien 5-Multipare).

Ce métier a été cité comme « *passionnant* », effectué par des personnes « *passionnées* » (Entretiens 2/3/5). L'une d'entre elle a évoqué sa reconnaissance envers la profession : « *J'espère que vous êtes bien remerciée dans votre travail le jour, le jour en tout cas* » (Entretien 2-Primipare) ; « *Je n'ai jamais entendu dire d'une sage-femme qu'elle faisait mal son travail* » (Entretien 7-Primipère).

2.4 L'INFORMATION DELIVREE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LA SAGE-FEMME

2.4.1 Les attentes des femmes concernant l'information délivrée en salle de naissance

Les femmes interrogées mentionnent ne pas avoir d'attente particulière sur la délivrance de l'information en salle de naissance. Cependant, elles citent l'importance de la délivrance d'une information lors de ce moment. « *Je suis venue sans à priori (...) J'espérais que l'on m'informe en temps réel, de ce qui allait se passer, des choses à faire (...) Je ne voulais pas une information précise sur quelque chose de précis, juste sur ce qui se passe (...) C'est juste la base de nous informer* » (Entretien 2- Primipare).
« *C'est important qu'on nous dise les choses (...) Je n'aimerais pas qu'on fasse les choses sans qu'on me dise ce qui se passe* » (Entretien 3-Multipare).

2.4.2 Les sujets abordés en salle de naissance par la sage-femme

Les éléments que retiennent les femmes sur l'information délivrée en salle de naissance par la sage-femme sont les suivants :

La sage-femme expliquait les gestes techniques tels que la pose de la perfusion (Entretiens 1/3), la position à respecter pour la pose de la péridurale (Entretiens 1/6), le toucher vaginal pour connaître la dilatation du col de l'utérus et la présentation du fœtus (Entretiens 2/6/7) mais également la rupture artificielle des membranes (Entretiens 1/4) quand celle-ci a été nécessaire. L'une a mentionné sa tension artérielle qu'il fallait surveiller à distance (Entretien 6).

L'explication des poussées a été mentionnée à trois reprises (Entretiens 1/2/7), ces femmes ont stipulé avoir eu besoin de ses explications. L'une d'entre elles a approuvé l'explication des poussées avant le moment de l'installation pour l'accouchement « *ça m'a permis de savoir comment on faisait avant* » (Entretien 7).

La douleur a été évoquée par les sages-femmes auprès de certaines femmes, notamment auprès des femmes sans analgésie péridurale pour les prévenir des diverses sensations : « *Elle m'a également dit que la douleur allait être de plus en plus intense et que j'allais ressentir l'envie de pousser* » (Entretien 2-Primipare).

Des compliments, des encouragements ont été mentionnés par les femmes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale. Ces éléments ont été appréciés et ont rassuré les patientes sur leur capacité à y arriver.

« *Après, elle m'a fait beaucoup d'encouragements « vous êtes courageuse... » Des choses comme ça, sur le coup ça fait plaisir, on se sent rassurée, on se dit qu'on fait bien les choses* » (Entretien 2-Primipare).

« *Elle m'a dit que j'avais été courageuse aussi et que j'avais fait du super travail, c'est gentil de nous dire ça, on se sent fière quand même, on est contente* » (Entretien 5-Multipare).

2.4.3 La manière dont l'information a été délivrée

La spontanéité de la sage-femme concernant la délivrance de l'information a été relevée, permettant ainsi aux parturientes et aux couples « *de se laisser guider* » par la sage-femme. L'information donnée venait « *naturellement* », « *sans qu'on lui demande* » et permettant « *de ne pas avoir eu besoin de poser de questions* » (Entretiens 1/3/4/5).

Le langage non verbal est également cité :

Ce langage s'est traduit par la visualisation de la parturiente face aux matériels médicaux employés par la sage-femme.

« *Quand elle a percé la poche des eaux, elle m'avait montré le matériel, car je ne l'avais pas eu pour le premier, c'était rassurant* » (Entretien 1-Multipare). « *Elle m'avait montré la machine pour mettre le produit pour les contractions* » (Entretien 3- Multipare).

Ce langage s'est traduit par les émotions que peuvent éprouver les sages-femmes :

« *C'est vrai que si elle est stressée on le ressent, on est attentif à l'émotion qu'elle montre (...) ça se voit sur la façon d'être, de parler (...) on voyait sur leurs visages que c'était un peu plus la panique* » (Entretien 4-Multipare).

« *Elle mimait la prise d'air à prendre et la façon de bloquer et les trois poussées à faire lors des contractions* » (Entretien 2- Primipare).

« *On aurait dit qu'elle poussait avec moi* » (Entretien 7-Primipare).

Mais aussi par le contact tactile :

« *Là, elle était proche, elle me touchait, elle prenait le temps de me rassurer en s'arrêtant quelques instants malgré la précipitation* » (Entretien 5- Multipare).

Le langage employé a été compris par toutes les patientes, stipulant ne pas vouloir, ni avoir le besoin d'entendre « *des mots compliqués* » (Entretiens 2/4).

2.4.4 Le moment de la délivrance de l'information

Pour toutes les femmes interrogées, l'information a été délivrée au moment adéquat, c'est-à-dire que celle-ci a été donnée « *en temps réel* », « *au fur à mesure* » (Entretien 1/2/3).

L'une a mentionné que la sage-femme « *attendait la fin des contractions pour me parler* » (Entretien 2).

Ce qui a été relevé à tous les entretiens c'est que « *l'information venait spontanément de la sage-femme* »

L'une a stipulé un élément intéressant : « *Quelle question poser sachant qu'on ne connaît pas le domaine ?* » (Entretien 2- Primipare) montrant ainsi son non-appartenance au domaine obstétrical mais également son absence d'attente concernant l'information délivrée par la sage-femme.

La sage-femme a fait preuve d'anticipation dans certaines situations ce qui a été apprécié, cet élément se traduit par : « *Elle nous disait comment ça allait se dérouler* » (Entretien 6).

Les éléments cités par la sage-femme servaient de « repères », ces derniers rassuraient les femmes, leur permettent de « *s'attacher à des étapes en fait* » (Entretiens 2/6).

2.4.5 Le ressenti des parturientes face à cette information

Toutes les patientes interrogées ont stipulé que l'information délivrée en salle de naissance les rassurait. Aucune d'entre elles n'a éprouvé de sentiment négatif face aux informations reçues, elles leur ont toutes été bénéfiques en les « *rassurant* ».

Des patientes ont énoncé que l'information transmise leur a permis de comprendre l'événement « *C'est notre accouchement, on a besoin de savoir et on a envie de comprendre ce qui se passe pour comprendre car c'est notre corps, c'est la naissance de notre enfant* » (Entretien 1- Multipare). « *J'ai eu toutes les informations importantes pour vivre pleinement mon accouchement* » (Entretien 2-Primipare).

2.4.6 Les émotions des parturientes et l'information en salle de naissance

Les émotions ressenties lors du travail et de l'accouchement, notamment les douleurs pour les femmes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale mais également l'anxiété pour certaines semblent être un élément freinateur de toute communication entre la sage-femme et la parturiente.

« *On a tellement un pic de douleur intense on n'a pas le temps de réfléchir à ça. Je vais vous le dire clairement, on ne réfléchit pas dans ce moment. Je n'étais pas disponible psychologiquement pour poser des questions en fait, on a tellement mal (...) je n'étais pas capable de poser des questions, j'avais juste envie de dire « j'ai mal... j'ai mal... » Et de ne rien entendre pendant les douleurs et ne rien demander (...) Je vous avoue qu'on n'a pas la force de réfléchir et de poser des questions spontanément tellement la douleur est prenante.* » (Entretien 2- Primipare)

« *C'était beaucoup d'émotions, je n'ai pas eu le temps de réagir (...) Je ne posais pas de question car c'était dans la panique, je n'étais pas capable de poser des questions, de dire quoi que ce soit avec les douleurs* » (Entretien 5-Multipare).

« *Je ne me souviens plus de l'information, j'étais tellement stressée, paniquée* » (Entretien 7- Primipare). Pour cette patiente, c'est le conjoint qui m'a décrit l'information délivrée par la sage-femme en salle de naissance.

2.5 L'INFORMATION EN POST-PARTUM SUR LE PASSAGE EN SALLE DE NAISSANCE

2.5.1 Interrogations concernant le passage en salle de naissance

Toutes les femmes interrogées n'ont pas d'interrogation concernant le déroulement du travail et de l'accouchement en salle de naissance à posteriori de leur passage en salle de naissance. Elles ont même toutes éprouvé un certain étonnement lors de cette question. Toutes les informations ont été « *claires* » (Entretiens 1/2/4/7).

Une femme a stipulé avoir une question mais qui finalement s'est avérée non indispensable pour elle « *La seule question, c'est la durée réel du travail quoique ça n'ait pas vraiment d'intérêt pour moi, ça ne m'apporte rien* » (Entretien 2-Primipare).

2.5.2 Besoin de parler de leur passage en salle de naissance

Aucune de ces patientes n'évoque le besoin de discuter de leur passage en salle de naissance avec un professionnel de santé. Une femme a mentionné l'envie de revoir la sage-femme de la salle de naissance « *pour la remercier tout simplement* » (Entretien 7-Primipare).

L'échange sur l'accouchement avec l'entourage familial est un élément mentionné par les femmes interrogées. Certaines signalent « *un besoin de partager leurs émotions* » (Entretiens 4/5/7), d'autres affirment simplement répondre à la curiosité de leur entourage afin de connaître le déroulement de la naissance (Entretiens 1/2/6/7).

Certaines femmes ont même évoqué l'accouchement comme « *un souvenir* » (Entretien 6-Multipare), comme un événement passé sur lequel il n'est pas nécessaire d'y revenir « *tout s'est tellement bien déroulé, on passe vite à autre chose surtout dans mon cas* » (Entretien 4- Multipare).

De nouvelles préoccupations apparaissent : « *On passe à autre chose, au bébé, au retour à la maison avec les autres enfants* » (Entretien 6-Multipare).

2.5.3 Une information adaptée et suffisante

Toutes les patientes ont affirmé avoir perçu l'information comme adaptée et suffisante lors de cette question. Il existe des similitudes quant à la définition de ces termes.

Une information adaptée a été décrite comme une information délivrée avec un langage compréhensible par la majorité des patientes.

Certaines ont répondu qu'une information adaptée correspondait à une information répondant à leurs besoins d'encouragement et de réassurance « *c'est ce qui me correspondait dans ma situation, j'en avais besoin à ce moment-là* » (Entretiens 5/6/7).

Une information suffisante a été décrite comme suffisamment exhaustive pour comprendre ce qui se passait en salle de naissance. « *Du moment que la personne a tout compris et qu'elle ne pose pas de question, c'est que l'information a été complète* » (Entretiens 1/6). « *Ni trop d'informations, ni pas assez, on avait le juste milieu, ce qu'il nous fallait pour comprendre ce qui se passait* » (Entretien 4-Multipare)

TROISIEME PARTIE
ANALYSE ET DISCUSSION

1. CRITIQUE DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE

1.1 LIMITES ET BIAIS

La taille réduite de l'échantillon ne permet pas l'extrapolation des résultats à l'ensemble des femmes ayant eu un accouchement eutocique. Cette étude ne permet donc pas de généraliser l'analyse à l'ensemble des accouchées. Il faut garder en tête que toutes les naissances sont singulières ; avec des attentes et des besoins différents en matière d'information.

Par ailleurs, l'étude a été réalisée sur un seul lieu d'investigation, dans une maternité de type IIA¹⁶, avec un nombre de naissances « raisonnable » permettant une présence plus régulière de la sage-femme et donc en l'occurrence un accompagnement probablement plus soutenu que dans une maternité où l'activité est importante. Il aurait pu être judicieux d'étudier le discours des femmes dans ces deux types de structures.

L'entretien réalisé en maternité comprend ses limites, bien que toutes les patientes éligibles aient accepté de participer à l'étude. La fatigue de la femme et les pleurs de l'enfant pouvaient être des obstacles à nos échanges. Il aurait peut-être été judicieux de les interroger à postériori du séjour en maternité.

Un autre biais repose sur les réponses des patientes interrogées, ce sujet aborde des éléments plutôt intimes de la vie personnelle. Il peut être délicat d'exprimer, de mettre en mots leur passage en salle de naissance face à une personne inconnue.

Cette étude se limite aux accouchements eutociques, on ne peut donc pas généraliser les éléments retenus à l'ensemble des accouchements. Il serait intéressant de réaliser cette étude pour l'ensemble des accouchements y compris dystociques.

¹⁶ Les maternités sont regroupées selon différents niveaux de prise en charge périnatale (période de la 22^{ème} semaine d'aménorrhées au 8^{ème} jour suivant la naissance de l'enfant) : niveau 1 pour les grossesses normales, dispose d'une unité d'obstétrique ; niveau II pour les grossesses à risque modéré et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie ; niveau III pour les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves, dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

1.2 POINTS FORTS

Plusieurs études ont été réalisées sur la profession de sage-femme mais aucune ne traite ce domaine, l'information des sages-femmes qui est au cœur de l'accompagnement en salle de naissance.

Cette étude a permis d'analyser le métier de sage-femme différemment en utilisant la didactique professionnelle et en observant le langage, des domaines peu connus et peu exposés dans notre pratique de sage-femme.

Ce sujet d'étude englobe différents domaines tels que la Pédagogie, la Psychologie mais aussi les Sciences Humaines qui appartiennent au champ de la Maïeutique, champ d'exercice de la sage-femme.

Les critères d'inclusions et d'exclusions ont permis de se centrer sur un seul intervenant auprès de la parturiente, la sage-femme. Cette étude donne donc la parole aux patientes sur l'information délivrée par la sage-femme, élément incontournable de la prise en charge en salle de naissance.

Cette étude permet d'adopter une posture réflexive sur le travail des sages-femmes en salle de naissance à travers le discours recueilli auprès des patientes.

2. ANALYSE ET DISCUSSION

2.1 LE REGARD DES FEMMES SUR L'INFORMATION DELIVREE EN SALLE DE NAISSANCE PAR LES SAGES-FEMMES

Les entretiens ont été synthétisés dans trois tableaux (ANNEXES V/VI/VII). Ce découpage est artificiel, les éléments mentionnés sont étroitement liés.

L'information sur le déroulement du travail et de l'accouchement n'est pas un élément fixe dans le temps. Ces informations se transmettent au moment de la naissance mais nous avons pu remarquer que le processus de recherche en période anténatale est présent chez toutes les patientes interrogées. On ne peut donc pas dissocier l'information délivrée en salle de naissance des informations recueillies au préalable.

La période anténatale est chargée de transformations physiques et psychiques pour la femme enceinte. C'est lors de la grossesse que le processus de maternalité se met en place, élaboré par RACAMIER. Devenir mère engendre donc des réaménagements psychiques et affectifs, sans lesquels la femme ne pourrait pas répondre aux besoins de son enfant (43).

C'est à partir du troisième trimestre que la future mère effectue un travail psychique de séparation avec son enfant. C'est à ce moment, que les attentes et les peurs concernant l'accouchement, sont majoritairement présentes (43).

Pour répondre à leurs interrogations concernant le passage en salle de naissance, les femmes questionnées ont majoritairement privilégié le partage d'expérience avec leurs proches. Cette source d'information semble influencer leurs inquiétudes ou au contraire les apaiser. L'une d'entre elles a évoqué avoir peur de la césarienne, du fait de l'expérience de ses cousines. Plusieurs femmes ont évoqué ne pas être inquiètes puisque les accouchements dans leur entourage se sont bien déroulés.

A cette ère où les médias sont de plus en plus investis notamment dans le domaine de la maternité, les femmes possèdent un regard critique stipulant « *que ce n'est pas la réalité* ». Elles mentionnent ces critiques à posteriori de leur passage en salle de naissance, leur propre expérience leur a permis de confronter ses sources d'informations à la réalité. Il convient donc d'évoquer lors de la période prénatale, l'importance du regard critique face aux représentations de la salle de naissance transmis par les médias.

La majorité de ces informations est illustrée par des témoignages portés de jugements avec un effet anxiogène sur les patientes. Il paraît important de prévenir ce comportement en période prénatale, en les orientant vers des sources d'informations jugées fiables, évoquant les événements imprévisibles possibles de façon « neutre » afin de les informer de cette éventualité pour les femmes désireuses de ce type d'informations.

En effet, certaines femmes interrogées ont jugé qu'une information exhaustive sur le déroulement du travail et de l'accouchement en prénatale comme « *inutile* », « *des éléments ne les concerneront pas* », mais auraient-elles eu ce même discours si des événements imprévisibles étaient venus bouleverser l'équilibre du déroulement de leur passage en salle de naissance ? Ce sujet s'est limité aux accouchements eutociques, peut-être que ces mêmes femmes auraient réagi différemment face à l'information délivrée au préalable dans une situation d'accouchement dystocique ? Ces événements dits imprévisibles se traduisent par la situation particulière de la salle de naissance où des situations d'urgence peuvent survenir à tout moment. Ces événements inconnus pour les parturientes peuvent être accompagnés d'une information délivrée au préalable afin de les préparer à cette éventualité.

Les femmes n'expriment pas d'attente d'information particulière lors de leur passage en salle de naissance mais finalement elles sous entendent un besoin d'être informées lors de ce moment comme-si cet élément était naturel de la part de la sage-femme. Les informations sont jugées indispensables pour comprendre ce qui se passe en salle de naissance afin de vivre pleinement la naissance de leur enfant.

Pour elles, l'information transmise par les sages-femmes s'est avérée suffisamment explicative, se traduisant par des informations en temps réel sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Il est important pour elles que la sage-femme face preuve de spontanéité et d'anticipation dans la délivrance de l'information.

En effet, nous avons pu mentionner précédemment que la salle de naissance correspondait à un environnement particulier. Les femmes ont évoqué ne pas être disponibles psychiquement pour poser des questions, elles évoquent toutes le fait de « *se laisser guider par la sage-femme* » dans ses explications. Malgré cette indisponibilité psychique, les femmes restent cependant attentives à l'environnement qui l'entoure, aux soins et aux propos de la sage-femme lors de leur passage en salle de naissance.

Il est important d'aborder la période du post-partum, à posteriori de l'accouchement pour étudier les éventuels besoins concernant l'information délivrée en salle de naissance des femmes, à savoir si cette information été suffisante.

Aucune des femmes interrogées n'exprime le besoin de discuter avec un professionnel de santé de leur accouchement et aucune ne possède d'interrogation concernant leur passage en salle de naissance. La majorité des femmes évoque leur accouchement avec leur entourage familial suite à leurs demandes, les femmes n'éprouvent pas de besoin de parler spontanément de leur accouchement. De nouvelles préoccupations surviennent, comme l'arrivée du nouveau-né, avec des changements de rythme et le retour à la maison qui se prépare. La projection future est présente pour ces femmes, laissant l'accouchement dans leurs souvenirs, comme un événement de leur vie.

Nous ne pouvons pas extrapoler les résultats retrouvés lors de cette étude, aux résultats mentionnés par les études du CIANE (36) (37) et de la DRESS (1). Ces études ont relevé des insatisfactions quant à la question de l'échange, de l'écoute et de l'information sur les gestes médicaux en salle de naissance. Ils ont relevé également que les femmes étaient demandeuses d'un temps d'échange à posteriori de leur accouchement, même quand tout s'est bien passé sur le plan médical.

Nous allons dans un second temps analyser le second axe de la recherche. Le discours recueilli auprès des femmes permet de mettre en avant l'activité et les compétences des sages-femmes en salle de naissance. Le langage ne peut se dissocier de l'information transmise mais également de l'activité, ces éléments sont indissociables.

2.2 L'ACTIVITE ET LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN SALLE DE NAISSANCE A TRAVERS LE DISCOURS DES FEMMES

Il y a activité de travail dès que des individus réalisent un produit de travail en réponse à des prescriptions élaborées par les autorités (5).

Lors de cette enquête, les femmes interrogées nous montrent bien dans leurs discours que la prescription de la délivrance de l'information auprès du patient, la loi Kouchner, a été respectée (9). Cependant, aucune prescription n'est élaborée par les autorités concernant l'information délivrée en salle de naissance. La prescription générale de la HAS stipule simplement que l'information est un droit des patients, que les professionnels de santé sont tenus de respecter quel que soit le domaine médical (10).

Les entretiens ont permis de mettre en avant que la réalisation de cette tâche prescrite en l'occurrence l'activité, par les sages-femmes est relativement similaire dans chaque entretien. Comme il n'y a pas d'activité prescrite, on s'appuie sur l'activité effective, ce qui a vraiment été réalisé par l'opérateur dans une situation singulière, ici la sage-femme lors de la prise en charge de la parturiente. L'activité effective, c'est la réponse des sages-femmes à la tâche prescrite, la délivrance de l'information. Cette activité effective diffère en fonction de la diversité, de la variabilité de la sage-femme et des situations dans lesquelles, elle est confrontée (4).

Notons que la variabilité des sages-femmes ne peut être garantie dans notre contexte d'étude, nous ne savons pas si les patientes interrogées ont été prises en charge par la même sage-femme.

Les sages-femmes procèdent globalement de la même façon, en délivrant une information en temps réel et de façon spontanée à chaque patiente sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Les entretiens ont montré une adaptation du discours des sages-femmes à chaque situation. On peut en déduire une trame relativement similaire dans la délivrance de l'information par les sages-femmes. Cela consiste par l'utilisation d'un vocabulaire simple, adapté, compréhensible pour chaque patiente.

L'activité peut également s'analyser à partir des comportements. On peut extrapoler cette notion au langage non verbal décrit par les patientes, par les messages visuels et le toucher utilisés par la sage-femme.

PASTRÉ mentionne la notion d'activité productive et constructive, ces éléments sont consubstantiels (2) (13).

L'activité productive des sages-femmes en salle de naissance correspond à la réalisation des prescriptions. C'est-à-dire à la surveillance du travail, la réalisation de l'accouchement qui s'opèrent grâce à la réalisation des actes de soins mais également par l'information formulée par les sages-femmes auprès des patientes. Ces deux éléments : informations et soins sont indissociables. Plusieurs femmes ont mentionné : « *Je n'aimerais pas qu'on fasse les choses sans qu'on me dise ce qui se passe* ».

Les femmes interrogées ont relevé que la technicité a toujours été associée à une information de la part de la sage-femme « *dès qu'elle faisait quelque chose, elle nous expliquait* ». L'activité des sages-femmes en salle de naissance est donc portée sur les soins à réaliser et sur la délivrance de l'information, éléments consubstantiels.

L'activité constructive quant à elle, persiste dans le temps, elle s'est élaborée en salle de naissance afin de construire ensemble aux activités ci-dessus, dans un cadre de « co-activité ». La parturiente et la sage-femme sont indissociables « *Je ne sais pas si j'aurais réussi sans elle* ». La sage-femme accompagne la parturiente, la sage-femme élabore son activité en partenariat avec la parturiente. L'activité des sages-femmes ne peut être dissociée de la contribution des patientes : « *coopérer pour co-produire le service et communiquer pour coopérer* » (MAYEN, p.61 (14)).

Cette « co-activité » se décrit par l'établissement d'une relation de confiance, relation de confiance qui s'est instaurée rapidement pour toutes les femmes interrogées. La sociologue, JACQUES Béatrice mentionne l'importance de l'élaboration de cette relation de confiance lors du moment de la naissance pour les femmes (44). Les mots décrits par cette sociologue sont retrouvés à travers le discours des femmes « *à l'écoute* » « *présence* » « *soutien* » « *réassurance* ». Malgré les particularités de la salle de naissance, les femmes interrogées n'ont pas rencontré de difficulté à la construction de cette relation.

L'activité constructive persiste également dans le temps grâce aux entretiens que nous avons effectués puisque ces derniers ont permis à la patiente de reformuler, d'exprimer son vécu ainsi que les informations apprises en salle de naissance. Les éléments mentionnés par les femmes lors des entretiens font appel à leurs propres souvenirs, elles mentionnent donc les éléments retenus jugés importants pour elles, qu'elles ont intégré. L'une d'entre elles a simplement mentionné les encouragements et la réassurance de la sage-femme lors de ce moment contrairement à d'autres patientes qui ont mentionné différents éléments techniques réalisés lors de ce moment. On se rend compte que les femmes réagissent différemment en fonction de leur ressenti. Certaines sont plus centrées sur la technicité et d'autres sur l'accompagnement, en décrivant davantage la relation établie entre elles et la sage-femme.

Après avoir décrit les activités des sages-femmes qui ont été mises en évidence par le discours des femmes, d'autres éléments ont été relevés, les compétences des sages-femmes.

Une compétence, c'est analyser et comprendre ce que l'on fait. On n'observe pas des compétences mais leurs manifestations (21). Dire qu'une personne est compétente ne se résume pas à un simple fait, il est nécessaire d'avoir une vision globale de son activité pour mentionner ce terme. La compétence c'est aussi le fait qu'un individu soit capable de s'adapter à une situation complexe (13).

La sage-femme a donc été perçue différemment selon les situations, priorisant certaines compétences.

Les compétences relationnelles de la sage-femme sont mises en avant dans tous les entretiens.

Ces compétences se traduisent par la capacité de la sage-femme à adapter son langage aux patientes, à les rassurer, à les encourager quand celles-ci en exprimées le besoin mais également par la rapidité de l'installation de la relation de confiance. Le sociologue CHARRIER Philippe, dans son rapport, a mis en évidence l'importance de la compétence relationnelle, celle-ci étant jugée indispensable dans l'exercice professionnelle des sages-femmes (23).

L'analyse des entretiens permet d'étudier une partie des interactions qui se sont opérées entre la parturiente et la sage-femme, via la patiente.

Il s'est avéré que l'on retrouve à travers le discours des femmes, un relationnème vertical d'expertise. Lors des échanges, les individus en interaction élaborent la relation à travers des unités linguistiques, éléments permettant de construire la relation (45). La sage-femme possède les connaissances scientifiques, a les capacités pour prendre en charge les parturientes, informe les parturientes mais ces aspects sont nuancés par la proximité décrite par les patientes : « *elle nous a mise à l'aise* » « *comme une amie* ».

A travers le discours des femmes, les tours de paroles sont des éléments que l'on peut mentionner. D'après KERBRAT-ORECCHIONI (25), le tour de parole repose sur un mécanisme d'alternance « à tour de rôle » de la prise de la parole. Les femmes stipulent que l'information formulée par la sage-femme venait spontanément, elle n'avait pas besoin de poser de question, se laissant guider. Ce qui laisse supposer que ce modèle n'est pas retrouvé, ce modèle idéal est rarement utilisé en pratique. On s'aperçoit que la sage-femme possède ce rôle de professionnel tout en ayant une certaine proximité telle qu'elle est décrite par les patientes.

La technicité a été mentionnée par les femmes, par la réalisation des gestes techniques. Ces gestes techniques ont été réalisés suivant un raisonnement intellectuel de la sage-femme. En effet, les femmes mentionnent « *Elle m'a percé la poche des eaux car à un moment le travail n'avancait plus trop* » mais aussi « *On me changeait de position pour faire avancer le travail* ». Ces éléments montrent la compétence intellectuelle de la sage-femme, qui s'illustre par les actions entreprises pour résoudre un problème. Par ce discours, on se rend compte que la sage-femme a fait preuve d'un raisonnement cognitif dans le but de remédier à une situation problématique. On peut supposer que la sage-femme a fait face à une dystocie mettant ainsi en œuvre les moyens nécessaires pour y remédier.

Le discours des femmes interrogées montre qu'elles ont compris le déroulement de leur passage en salle de naissance, leur permettant de vivre pleinement la naissance de leur enfant. Ces informations traitent de la compétence éducative des sages-femmes par la transmission de l'information auprès des femmes. Cette information a permis aux femmes d'adhérer aux soins et de vivre pleinement ce moment.

Cet élément est également extrapolable à la dimension cognitive du langage (27). Lors de la délivrance de l'information, la sage-femme décrit et explique ses gestes, rendant intelligibles ses connaissances pour elle-même et pour la parturiente en lui transmettant ses savoirs.

Cette compétence éducative s'illustre par la façon dont l'information a été donnée. Les femmes ont mentionné que l'information a été délivrée au bon moment, c'est-à-dire au moment opportun et lorsqu'elles étaient disponibles psychologiquement : « *Elle attendait la fin de la contraction pour me parler* ». Cette information s'est avérée être explicite de la part de la sage-femme, qui est une démarche pédagogique.

BORZEIX et FRAENKEL mentionnent également la dimension sociale du langage (27). A travers le récit des femmes, elles ont pu mettre en mots leur passage en salle de naissance. Toutes les femmes interrogées ont exprimé leur confiance anticipée envers les sages-femmes lors de leur prise en charge en salle de naissance stipulant qu' « *elles ont l'habitude* », les femmes se sentent en sécurité auprès des sages-femmes, jugeant ce professionnel comme agissant dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Les entretiens leur ont permis de prendre un certain recul sur la profession de sage-femme grâce à l'activité constructive. Elles ont mentionné différents éléments suite à leur passage en salle de naissance « *Ce n'est pas quand même facile pour vous* » « *c'est sa responsabilité* » « *j'espère que vous êtes bien remerciée dans votre travail* ». Ces éléments montrent que le passage en salle de naissance apporte une vision nouvelle de la profession de sage-femme.

3. OUVERTURE ET PROPOSITIONS

1^{er} axe : le regard des femmes sur l'information délivrée en salle de naissance par les sages-femmes.

La période anténatale,

Lors des consultations pré natales, un temps de parole serait bénéfique afin de connaître les besoins et les attentes des femmes dans le but de les orienter au mieux pour une prise en charge la plus personnalisée possible concernant leurs recherches d'informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement. L'entretien du 4^{ème} mois semble être un moment approprié.

Lors de la PNP, il serait peut être judicieux de s'adapter aux attentes des femmes concernant leurs recherches d'informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement et de ne plus être sur une organisation systématique des séances de PNP. La majorité des femmes ont apprécié de connaître des éléments concrets comme par exemple « *des petites choses utiles à faire soi-même* » et la visite des salles d'accouchements au détriment d'une information exhaustive sur les événements possibles en salle de naissance.

En pratique ces éléments cités ci-dessus ont déjà été retrouvés.

Une des patientes a mentionné un problème organisationnel de la PNP dans cet établissement. Il serait peut être intéressant d'interroger les patientes ayant réalisé ces cours afin d'avoir un ressenti plus global sur l'organisation de la PNP, peut être que des axes sont à améliorer.

Malgré la diversité des cours proposés dans cet établissement et la possibilité d'effectuer la PNP dans un cabinet de sages-femmes libérales, aucune des femmes interrogées n'a effectué de PNP dans son intégralité, il serait peut-être intéressant de savoir si cette diversité leur a été présentée.

En per partum

Lors du passage en salle de naissance, l'étude nous a montré que les sages-femmes délivraient une information conforme aux attentes des femmes. Les femmes se laissent « guider » par la sage-femme, qui est reconnue comme une personne compétente et sécuritaire dans ce domaine. Notre étude s'est principalement centrée sur la parturiente, il serait intéressant d'inclure lors d'une prochaine étude l'avis du conjoint, qui apporte un regard extérieur, avec ses propres éléments. Il serait également judicieux de prendre en compte les accouchements dystociques dans une étude ultérieure.

En post-partum

En suites de naissance, les femmes n'ont pas exprimé de besoin particulier concernant l'information sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Il ne faut pas oublier que toutes les femmes possèdent leur propre particularité, il convient donc de s'adapter à chacune d'entre elles.

Il pourrait tout de même être intéressant de leur demander si éventuellement elles ont des interrogations et un besoin de discuter de leur passage en salle de naissance, pour tous les types d'accouchements. Ceci laisse « une porte ouverte » à un éventuel échange.

On peut se demander si le fait de les interroger à distance mais également dans un lieu différent de la maternité, pouvait mettre en valeur des besoins différents a posteriori ?

C'est ainsi que l'entretien Post Natal Précoce (EPNP) peut être le moment approprié pour échanger autour de l'accouchement. Cet entretien a été préconisé dans les recommandations de la HAS, en mars 2014, afin de palier à l'accompagnement jugé insuffisant lors de la période post natale (46). Les recommandations stipulent que ce temps d'échange se réalise entre le 8^{ème} jour et le 15^{ème} jour suivant l'accouchement avec un professionnel de santé compétent. Cet entretien permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu sur l'accouchement et aiderait à améliorer le bien-être global des femmes et de leur nouveau-né. Il a été mis en place dans certains réseaux de périnatalité, cependant il n'est pas encore généralisé à l'ensemble des réseaux de périnatalité de France. Des formations auprès des professionnels ainsi qu'une réflexion de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) concernant la valorisation financière sont en cours (46) (47).

De plus, le post-partum est une période à risque de troubles psychopathologiques pour la femme, il est également important pour les professionnels de santé de ne pas minimiser les femmes à risque dont l'accouchement a été eutocique sur le plan médical. Le risque de développer ces troubles n'est pas seulement lié à la nature de l'accouchement mais également à d'autres facteurs : tels que le vécu subjectif de l'accouchement et les facteurs de vulnérabilité personnelle (48). Plusieurs moyens de prévention ont été étudiés dont le « Débriefing post natal ». Ce dernier consiste à un moment de discussion à posteriori de l'accouchement. L'accouchée exprime son ressenti, ses sentiments sur le déroulement de l'accouchement lors d'une rencontre avec une sage-femme. Il n'a pas été prouvé que ce « Débriefing » puisse avoir un effet protecteur des troubles psychopathologiques du post-partum (49). D'autres études sont nécessaires. Peut-être parlons-nous un jour d'une nouvelle perspective pour l'exercice de la profession de sage-femme ?

2^{ème} axe : L'activité et les compétences des sages-femmes en salle de naissance à travers le discours des patientes

Le discours des femmes ont pu mettre en avant les activités et les compétences des sages-femmes en salle de naissance.

Nous nous sommes appuyées sur des éléments du langage en situation de travail. Nous ne pouvons pas parler des interactions langagières qui se sont opérées entre la sage-femme et la parturiente puisque nous n'avons que le discours des patientes. Il pourrait être intéressant d'interroger les sages-femmes afin de compléter les interactions qui se sont opérées entre les deux partenaires. La méthode d'investigation par l'autoconfrontation est la méthode de référence pour pouvoir étudier les interactions langagières, or pour des raisons éthiques, nous sommes dans l'incapacité de pouvoir les étudier.

Il pourrait s'avérer intéressant d'interroger la sage-femme afin d'analyser son activité constructive suite à son activité de travail, permettant une analyse réflexive dans le but d'améliorer sa pratique professionnelle.

CONCLUSION

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la recherche en Maïeutique. L'originalité de ce travail réside dans le thème peu abordé dans la profession de sage-femme.

Ce travail m'a permis d'ouvrir le champ de mes compétences en étudiant de nouveaux concepts, la didactique professionnelle et le langage en situation de travail.

Le but de notre travail de recherche était d'étudier l'information délivrée en salle de naissance par les sages-femmes et de mettre en évidence à travers le discours des femmes recueillis lors des entretiens, les activités et les compétences des sages-femmes en salle de naissance. Nous nous sommes limitées aux accouchements eutociques, champ d'exercice de la sage-femme.

L'analyse des entretiens a permis de conclure que les femmes n'ont pas d'attente préalable concernant l'information formulée par la sage-femme mais stipulent l'importance de cette délivrance lors de leur passage en salle de naissance. Les femmes interrogées ont perçu l'information délivrée par les sages-femmes comme adaptée et suffisante en salle de naissance leur permettant de vivre pleinement la naissance de leur enfant. Cette information s'est avérée être compréhensible, délivrée au moment opportun et suffisamment exhaustive leur permettant d'aborder la période du post-partum sereinement.

Les discours des femmes ont permis de mettre en avant l'activité et les compétences des sages-femmes en salle de naissance. Il s'avère que l'activité des sages-femmes ne peut être dissociée de la contribution des patientes, on parle de « co-activité ». Les compétences des sages-femmes sont à la fois diverses, complémentaires, et nécessaires afin d'avoir une prise en charge satisfaisante par les patientes. Les compétences mises en évidence sont à la fois des compétences relationnelles, intellectuelles, techniques et éducatives, montrant ainsi la richesse du métier de sage-femme.

Il serait judicieux de réaliser cette étude dans les divers champs d'exercices des sages-femmes permettant ainsi d'étudier l'information transmise auprès des patientes et d'avoir une vision globale de l'activité et des compétences des sages-femmes dans les différents domaines d'actions de la sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ETUDES ET RESULTATS. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Septembre 2008, n°660.
- (2) PASTRE P. *Apprendre à faire*. In : BOURGEOIS E et CHAPELLE G : *Apprendre et faire apprendre*. Paris : PUF 2006, pp. 109-121.
- (3) PASTRE P. *Analyse du travail et formation* In *Recherche en éducation, centre de recherche en éducation*. Nantes, Octobre 2007, n°4, pp. 23-28.
- (4) RABARDEL P., CARLIN N., CHESNAIS M., LANG N. *Ergonomie. Concepts et méthodes*. Toulouse, Octare, 2002.
- (5) TOURMEN C. *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion*. Santé Publique. 2007, Vol 19, pp.15-20.
- (6) OUVRIER BONNAZ CAHORS R. *Comprendre le travail : c'est compliqué*. Décembre 2006.
- (7) DANIELLOU F. *Le travail des prescriptions*. XXXVème Congrès SELF. 2002.
- (8) CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Articles L4151-1 à 4 modifiés par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38, relatif à l'exercice de la profession de sage-femme*.
- (9) République française. *Loi numéro 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- (10) HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour les professionnels de santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*. Mai 2012.
- (11) HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour les professionnels de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ?* Avril 2005.
- (12) CARON LEULLIEZ M., GEORGE J. *L'accouchement sans douleur, Histoire d'une révolution oubliée*. Collection Patrimoine. 2004.
- (13) VINATIER I. « PASTRÉ Pierre. *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes* ». *Revue française de pédagogie*. Avril-Juin 2012, n°179.

- (14) MAYEN P. *Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre*. Recherches en Education. Octobre 2007, n°4, pp. 49-64.
- (15) Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance. *Enquête sur les accouchements : Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*. 2012, dossier n°3.
- (16) GONTHIER S., DUCHER M., FAUVEL J-P. *Comment évaluer le stress ?* Méthodologie 2005.
- (17) SZEJER M., STEWART R. *Ces neuf mois-là, une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*. 2nd Ed Robert Laffont. Paris, 1994.
- (18) MAYEN P. *Le couple situation-activité : sa mise en œuvre dans l'analyse du travail en didactique professionnelle*. In J.-F. MARCEL et P. RAYOU (dir.). Recherches contextualisées en éducation : 6ème Biennale de l'éducation et de la formation, INRP. Lyon, 2004.
- (19) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Service des bonnes pratiques professionnelles. *Données épidémiologiques générales liées à la grossesse*. Janvier 2012.
- (20) PERRENOUD P. Compétences, habitus et savoirs professionnels. In european journal of teacher education. 1994, Vol 17, n°1/2, pp. 45-48.
- (21) LEPLAT J. Compétences et ergonomie. In M. MONTMOLLIN et J. LEPLAT. *Les compétences en ergonomie*. Toulouse : Octarès Editions, 2001, pp. 39-53.
- (22) Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Ordres des sages-femmes, conseil national. *Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes*. Janvier 2010.
- (23) CHARRIER P. *Les sages-femmes en France en 2009-2010*. Rapport de recherche. Centre Maw Weber, UMR 5283, CNRS. Sociologie. Université de Lyon, Janvier 2011.
- (24) VINATIER I. *Pour une didactique professionnelle de l'enseignement*. PUR 2009, pp. 85-88.
- (25) KERBRAT ORECCHIONI C. *Les interactions verbales*. Tome 1. In : PETILLON BOUCHERON S. Mots. Juin 1992, n°31, pp. 128-133.
- (26) BORZEIX A., FRAENKEL B. Langage et travail, communication, cognition, action. In : LEYRELOUP M. Mots. Les langages du politique. 2002, 69.

- (27) BORZEIX A., FRAENKEL B. Langage, communication, cognition, action. CNRS communication. 2001, pp. 104-110.
- (28) Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : <http://www.cnrtl.fr>
- (29) Communication et langages de la communication à l'interaction. 1992, Vol 93, n°1.
- (30) LECOMTE A. *Introduction à la philosophie du langage*. Licence de Sciences du Langage. Université Paris 8, Vincennes-Saint-Denis.
- (31) KERBRAT ORECCHIONI C. *Le discours en interaction*. Paris, A Colin, 2005.
- (32) VINATIER I. *Pour une didactique professionnelle de l'enseignement*. PUR 2009, pp. 119-121.
- (33) VINATIER I. Recherche et formation. *Autour des mots « organisateur de la pratique et/ou de l'activité enseignante »*. 2007, n°56, pp. 95-108.
- (34) FILLIETAZ L. *Interactions langagières et apprentissage au travail* In ; BOURGEOIS E et DURAND M *Apprendre au travail*. Paris, PUF 2012, pp. 122-136.
- (35) CHENAIS G. *Internet pour la femme enceinte ?* Mémoire de fin d'études : Diplôme de sage-femme. Université Tours, 2007.
- (36) CIANE. *Enquête sur les accouchements : Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*. 2012, dossier n°3.
- (37) CIANE. *Enquête sur les accouchements : Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement*. 2015, dossier n°9.
- (38) RIX LIEVRE G. *Différents modes de confrontation à des traces de sa propre activité*. Revue d'anthropologie des connaissances. 2010/2, Vol 4, n°2, pp. 358-379.
- (39) BERGERET AMSELEK C. *L'Entretien, La sécurité affective ne peut pas être séparée de la sécurité médicale*. Profession Sage-Femme. 2000-2001, n°62, pp. 21-26.
- (40) CLOT Y., FAITA D., FERNANDEZ G., SCHELLER L. *Entretiens en auto confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité*. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 2000.
- (41) VERLERSCH P. *Les fonctions des questions*. Expliciter CNRS, GREX. Juin 2006, n° 65.

- (42) Les dossiers de l'obstétrique. *Accouchement physiologique : Paradoxes, recherches et conclusions provisoires*. Mars 2004, n° 325.
- (43) BERNARD M-R., EYMARD C. *Réaménagements identitaires des mères en devenir*. Sciences Croisées. n° 2-3.
- (44) JACQUES B. *Sociologie de l'accouchement*. PUF Septembre 2007, 208 p.
- (45) VINATIER I. *Le travail de l'enseignant. Pour une approche par la didactique professionnelle*. Le point sur Pédagogie. 2007, pp. 49-76.
- (46) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandation de bonne pratique. *Sortie de maternité après un accouchement : conditions et organisations de retour à domicile des mères et des nouveau-nés*. Mars 2014.
- (47) CAPGRAS-BABERON D., LEFEVRE-PENEL A. *Enjeux et objectifs de l'entretien post natal précoce*. Vocation Sage-femme. Juillet 2014, Vol 13, n°109, pp. 17-20.
- (48) DAYAN J. *Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs du post-partum*. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007, n°36, pp. 549-561.
- (49) CHABROL H., CALLAHAN S., SEJOURNE N. *Prévention et traitement de la dépression du post-partum*. Devenir 3/2008, Vol. 20, pp. 211-224.

DIPLOME DE SAGE-FEMME

L'information délivrée aux parturientes et l'activité des sages-femmes en salle de naissance

Etude dans un contexte d'accouchement eutocique

Résumé : La Haute Autorité de Santé accorde une importance à la délivrance de l'information sur l'état de santé du patient. Il nous a semblé pertinent d'étudier cet élément lors de la période du per-partum, plus précisément dans un contexte d'accouchement eutocique où seule la sage-femme intervient dans la prise en charge de la parturiente. Ce mémoire s'est axé sur des notions de didactique professionnelle et des notions de langage en situation de travail. Le but de notre travail de recherche était d'étudier l'information délivrée en salle de naissance par les sages-femmes et de mettre en évidence à travers les discours recueillis auprès de sept accouchées, les activités et les compétences des sages-femmes en salle de naissance.

Cette information s'est avérée indispensable lors de la prise en charge des parturientes en salle de naissance. Elle s'est montrée suffisamment exhaustive et compréhensible leur permettant d'aborder le post-partum sereinement. Les activités des sages-femmes, c'est-à-dire les soins et les informations, sont indissociables. Les compétences des sages-femmes sont à la fois diverses et complémentaires, montrant la richesse du métier de sage-femme.

Mots clés : information, parturiente, sage-femme, salle de naissance, eutocique, activité, compétence.

Information for expectant mothers and midwifery work in delivery rooms

Study in the context of normal childbirth

Summary: The French Health Authority place considerable importance on the delivery of information regarding the patient's state of health. It seemed then quite sensible to focus on this matter during the peripartum period and more particularly in the context of normal childbirth when only midwives are in charge of women in labour. This report deals with notions of professional teaching methods and of specific language in work situations. The purpose of our work was to study the information transmitted by midwives in delivery rooms. We analysed the interviews of seven patients so as to emphasize the work and skills of midwives in delivery rooms.

This information turned out to be essential when managing the patients getting into delivery rooms. It is exhaustive and comprehensive and can then help expectant women to get through the post partum period serenely. Both information and care delivery are inseparable in the activities of midwives. A career in midwifery demands varied and complementary skills which makes it so exciting and unique.

Key words: information, expectant mother, midwife, delivery room, eutocic, activity, skills.

Mémoire rédigé et soutenu par DEPRET Mathilde - Promotion Année 2016