



HAL
open science

Au-delà des mots... La communication non verbale dans la relation entre femme et sage-femme

Amalia Herdengerger

► **To cite this version:**

Amalia Herdengerger. Au-delà des mots... La communication non verbale dans la relation entre femme et sage-femme. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01399937

HAL Id: dumas-01399937

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01399937>

Submitted on 21 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGES-FEMMES

AU-DELA DES MOTS...

**La communication non verbale dans la relation entre
femme et sage-femme.**

Mémoire présenté par

Mlle Amalia HERDENBERGER

Née le 02 novembre 1990

Sous la direction de Mme BONNET

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2015

REMERCIEMENTS

A Madame Sophie Bonnet, directrice de ce mémoire, pour son accompagnement, ses conseils avisés.

A Madame Corine Pastor, guidante de ce mémoire, pour son soutien et son aide précieuse.

A Madame Julie Bourdin qui m'a aidé dans l'initiation de ce travail.

Aux sages-femmes qui ont acceptés de participer à cette étude.

A mes parents pour être toujours là pour moi, à tout moment et à tout jamais.

A Mylène, Pierrick et Gatien pour toujours être présents.

A Oriane, pour nos éternelles discussions et sans qui ces années d'études n'auraient pas été pareilles.

A Chloé pour avoir toujours été là pour moi.

A Margaux, Théo, Matthieu, Raphaël, Elise, Adeline, Clément pour tous ces moments partagés et leur soutien.

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------|---|
| <u>INTRODUCTION</u> | 1 |
|----------------------------------|---|

REVUE DE LA LITTERATURE

| | |
|---|----|
| 1. La communication en générale | 2 |
| 2. La relation et communication entre professionnel de santé - patient | 2 |
| 3. La communication verbale | 4 |
| 4. La communication non-verbale | 6 |
| 4.1. Le regard | 8 |
| 4.2. La position corporelle, les mouvements, la proxémique | 9 |
| 4.3. La voix | 11 |
| 4.4. Le toucher | 12 |

METHODOLOGIE

| | |
|--|----|
| 1. Objectif de l'étude | 14 |
| 2. Recueil de données | 15 |
| 2.1. Choix des auto-confrontations | 15 |
| 2.2. Choix de la population et des lieux | 16 |
| 2.3. Recrutement de la population | 16 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4. Réalisation des auto-confrontations | 17 |
| 2.4.1. Conditions de réalisation | 17 |
| 2.4.2. Déroulement de la rencontre | 17 |
| 3. Analyse des données | 18 |
| 3.1. Préalable à l'analyse | 18 |
| 3.2. Méthode d'analyse | 19 |
| 4. Limite de l'étude | 20 |
| <u>RECUEIL DE DONNEES</u> | 22 |
| <u>DISCUSSION</u> | 23 |
| 1. L'inconscient | 24 |
| 2. Liée à la communication verbale | 25 |
| 2.1 L'illustration | 26 |
| 2.2 La compréhension | 27 |
| 2.3 Réflexion et concentration | 28 |
| 3. La relation avec la patiente | 31 |
| 3.1. La confiance | 32 |
| 3.2. L'écoute | 34 |
| 3.3. Le partage | 35 |
| 3.4. L'égalité | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 4. La communication non verbale de la patiente | 39 |
| 4.1. L'ouverture à l'autre | 40 |
| 4.2. Le malaise | 41 |
| 4.3. Le ressenti | 43 |
| 5. La place de la sage-femme | 44 |
| 6. Les différents temps de la consultation | 46 |
| 7. Analyse finale | 48 |
| <u>CONCLUSION</u> | 51 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 53 |
| <u>ANNEXES</u> | |

INTRODUCTION

En France, comme dans la plupart des pays, la communication est la base de toute relation humaine et est au centre de la socialisation, elle est présente dans les familles, dans les relations sociales, entre professionnels et bien entendu, elle est omniprésente dans les relations entre professionnels de santé et patient. En obstétrique, cette communication est l'une des premières choses que doit établir la sage-femme avec la femme ou même le couple afin de créer un climat favorable à la grossesse et surtout un lien de confiance.

Les femmes lorsqu'elles sont enceintes ne sont pas malades, cependant elles peuvent avoir des angoisses, des peurs, des questions et éventuellement se retrouver en situation d'hospitalisation. La sage-femme doit alors être présente et dans la plupart de ces situations, au-delà des mots ceux sont les expressions faciales, les gestes, les regards, l'empathie qui vont le plus les marquer et les rassurer. Dans ces instants, nous remarquons que la communication non verbale est particulièrement présente.

Cependant la communication non verbale n'est pas visible qu'à cet instant mais est présente à chaque moment, pour chaque personne et dans chaque relation. Les sages-femmes essaient d'instaurer des relations de confiance et de créer des liens avec les femmes, les couples et leur famille. La communication a donc un rôle primordial dans ces relations.

Il existe des situations où la communication verbale n'est pas envisageable et nous pouvons, aussi, observer que dans certains cas, la douleur ou l'émotion étant très présente, la femme n'est pas capable d'entendre les mots de la sage-femme. Dans ces circonstances, il nous faut trouver des solutions pour se faire comprendre par la patiente ou le couple afin qu'ils puissent avoir confiance en nous. C'est alors par l'intermédiaire de la communication non verbale que tout se passe.

REVUE DE LA
LITTERATURE

1. La communication en général

Une définition simple de la communication serait de dire que c'est le fait de transmettre quelque chose. En psychologie sociale, la communication est l'action qui permet d'établir une relation avec autrui et de transmettre quelque chose, c'est un système complexe qui prend en compte tout ce qui se passe quand des individus entrent en interaction. Pour pouvoir communiquer, il est nécessaire que l'interaction se passe au minimum entre deux sujets : un émetteur et un récepteur. L'émetteur voulant faire passer un message et le récepteur le recevant et pouvant envoyer ce qu'on appelle une rétroaction qui exprime la manière dont le message a été transmis, reçu et compris par le destinataire. Parfois le message que le premier interlocuteur veut faire passer n'est pas compris, il faut donc qu'il réajuste ses propos et sa manière de les dire. C'est ici que l'on comprend qu'il existe plusieurs types de communication : verbale et non verbale.

2. La relation et la communication entre professionnels de santé et patient

Balint, psychiatre d'origine hongroise, a travaillé au cours de sa vie sur différents concepts qu'il décrit dans son livre : Médecin, son malade et la maladie. Ces concepts permettent de comprendre la relation entre un médecin et un patient. Nous pouvons pour certains concepts, les transposer entre une sage-femme et une patiente. [2]

- Le concept du médecin remède : par lequel le médecin a un effet thérapeutique sur le malade et qui permet d'introduire la relation médecin-malade.
- Les niveaux diagnostics : le diagnostic focal est centré sur la plainte ou la maladie, dans le cas d'une femme enceinte, il est centré sur la grossesse et le fœtus. Le diagnostic approfondi inclut l'histoire du malade et sa famille, lors d'une grossesse, ainsi que les antécédents de la patiente et sa famille.
- L'offre du malade, la réponse du médecin : la maladie inclut des échanges entre le malade et le médecin. Le traitement proposé par le médecin peut être adéquat mais se révéler être une réponse inadaptée à l'offre du malade. La relation est compromise entre offres du malade et exigences du médecin. C'est parfois le cas lorsqu'une femme vient consulter aux urgences alors qu'elle va bien mais qu'elle veut être rassurée ou se sentir accompagnée pendant sa grossesse et que la sage-femme ou l'obstétricien lui dira juste que tout va bien et qu'elle peut rentrer chez elle.
- La confusion du langage : elle peut amener à des malentendus pouvant être source de souffrance pour le malade : « le médecin préoccupé par sa démarche diagnostique et sa décision thérapeutique ne porte pas suffisamment d'attention à ce que le patient tente de lui dire dans un autre registre ». D'où toute l'importance de bien écouter les patientes, leur demande, leur besoin, chacune en ayant des différents.
- La fonction apostolique : c'est l'image où le médecin a une vague idée que le malade doit avoir comme comportement. Balint a cherché à faire changer les médecins pour permettre une meilleure ouverture aux problèmes du patient.
- La relation que le malade entretient avec sa maladie : il existe une relation entre le malade et sa perception de sa maladie et ce, avant la rencontre avec le médecin, ce qui crée une relation tripartite. La femme a souvent déjà

conscience de sa grossesse, et déjà imaginé son enfant avant la rencontre avec la sage-femme.

- Les représentations de la maladie du côté du patient : celui-ci a une représentation de son attente et de ses craintes avant même de consulter le médecin, c'est ce que Balint appelle « la maladie autogène ». Le médecin en nommant la maladie crée la « maladie iatrogène ». Les deux vont coexister de manière plus ou moins harmonieuse. C'est le cas avec l'échographie en obstétrique et notamment la découverte d'une grossesse gémellaire.

Balint a permis d'introduire la réflexion psychanalytique au sein de l'univers médical au départ aux médecins généralistes, mais elle s'applique à toutes professions de l'humain. Nous constatons donc que la relation entre professionnels de santé et patient, dans notre cas patiente ou couple, se base sur l'écoute de celle-ci afin d'appréhender ses besoins, ses craintes et ses demandes ou sinon la relation sera détériorée et la communication coupée. [4]

3. La communication verbale

Le principe de la communication verbale repose sur le langage. Il existe des facteurs constitutifs pour tout procédé linguistique. Tout d'abord le message requiert un contexte auquel il va renvoyer, il doit pouvoir être compris par le destinataire. Puis le message nécessite un code, plus ou moins commun, entre destinataire et destinataire (celui-ci doit le décoder). Enfin, le message utilise un contact, un canal physique et une connexion psychologique entre les deux interlocuteurs, ce contact permet d'établir et

de maintenir la communication. Ces facteurs, indépendants les uns des autres, donnent naissance à une fonction linguistique différente. Le modèle du langage est basé sur trois fonctions principales et en plus de celles-ci existent trois fonctions constitutives de la communication verbale que nous allons voir maintenant [6] :

- La fonction dite référentielle oriente vers le contexte et est la tâche dominante de la plupart des messages.
- La fonction expressive ou émotive est centrée sur l'émetteur et vise à engendrer une expression directe de l'attitude du sujet à l'égard de ce dont il parle.
- La fonction conative se trouve être l'orientation au destinataire basé sur l'expression grammaticale utilisée.
- La fonction phatique permet d'établir et de maintenir la communication, elle est en lien direct avec le contact utilisé par le message. C'est la fonction que les enfants acquièrent en premier.
- La fonction métalinguistique permet de vérifier que les deux interlocuteurs utilisent bien le même code. Elle porte sur le code lexical retrouvé dans des phrases équationnelles pour donner une information claire et comprise par les 2 individus.
- La fonction poétique est caractérisée par la visée que peut avoir le message, lui-même.

Le langage est donc caractérisé par différents facteurs, eux-mêmes, définis par des fonctions qui leur sont propres.

Abordons maintenant la langue des signes, beaucoup pourrait penser qu'elle fait partie de la communication non verbale puisque la voix ne fait

pas partie de cette communication. C'est une erreur d'interprétation, la langue des signes est une langue à part entière, voire même plusieurs langues puisqu'il existe des variations d'un pays à un autre. C'est un langage corporel, certes, mais qui permet de tenir une discussion entre deux ou plusieurs personnes. Prenons comme exemple la langue des signes française (LSF), celle-ci utilise des structures sublinguales comme la forme de la main, les mouvements... et une grammaire qui permet aux personnes sourdes de s'exprimer de la même manière qu'une personne utilisant une langue audio phonatoire. Dans cette langue c'est l'espace visuel qui devient espace linguistique. [12]

La communication verbale est cependant liée directement aux différences émotives qui sont des éléments non linguistiques, nous comprenons donc que la communication est dépendante de la communication non verbale.

4. La communication non verbale

La communication non verbale est une communication universelle et a été la première forme d'expression que nous connaissons. Cette forme de communication regroupe plusieurs conventions, les besoins primaires tels que : les besoins alimentaires, le besoin de sommeil, le besoin de réaction face au climat, l'approbation ou la négation, l'incompréhension ; et l'appartenance à un groupe social. Il ne faut pas oublier les sentiments à inclure dans ces conventions.

La communication non verbale se définit par les moyens de communications existant entre des individus vivants qui n'utilisent pas le langage humain ou de ses dérivés non sonores tels que l'écriture ou le langage des signes. Elle exclue donc le système linguistique humain du fait que celui-ci soit verbal et permet de passer outre la barrière de la langue. La communication non verbale n'est pas un langage silencieux mais peut cependant être sonore. Ces moyens émettent une information, ils sont multiples, hétérogènes et omniprésents. En effet, tout événement est porteur d'une information potentielle. Ces moyens reflètent l'expression d'une manifestation objective d'un état intérieur.

La communication non verbale est présente en toute circonstance, que ce soit en concomitance avec la communication verbale pour aider à transmettre le message, ou bien de manière générale lorsque deux individus ou plus se trouvent assez proche. En effet, nous communiquons malgré nous, la plupart du temps n'étant guère conscients des gestes que nous faisons et sans forcément choisir les moyens de communication. Selon Dihmann: « *la communication non verbale consiste en des comportements auxquelles habituellement nous ne prêtons pas attention, peut-être parce que nous sommes entraînés à ne pas le faire* ». Nous pouvons choisir le geste qui va frapper l'attention et utiliser la simulation, cependant la gestuelle et l'expression sont plus ou moins contrôlées mais dans ce cas ce n'est plus de la spontanéité. [9]

Il existe plusieurs moyens de communication non verbale comme la posture, l'intonation de la voix, la direction du regard... qui vont se ranger automatiquement en une cohérence déterminée. Nous allons les détailler par la suite. Il existe différents comportements de communication qui entrent dans la communication non verbale et liés à la communication verbale : la souplesse adaptative, la direction du message, les effets de l'assistance.

façon de parler, la façon de se tenir, l'apparence, les mouvements de la tête et les mouvements des mains.

Examinons en quelques-uns plus en détails, en commençant par le regard et les expressions faciales : le regard permet de diffuser un message concret, et très direct, nous entendons souvent que le regard est le reflet de l'âme. Un regard est assez puissant pour toucher la sensibilité ou provoquer l'hostilité. C'est la même chose pour les expressions faciales, le visage est la partie du corps qu'il est le plus facile à observer lors d'un échange. Un message est diffusé pour plus de la moitié par le regard et les expressions du visage. Le contact visuel semble pouvoir traduire un panel de sentiments aussi divers que variés, c'est le tout premier mode d'expression de l'Homme lors de son développement vers l'âge adulte (jusqu'à ce que l'enfant parle notamment). C'est le premier outil d'adaptation à son environnement, il est parfois défini comme un moyen de communication à part entière. Les expressions faciales, elles, s'adaptent la plupart du temps de manière naturelle au contexte et aux événements du quotidien de cette façon la plupart des mimiques que nous adoptons sont inconscientes et difficilement contrôlables. Le regard et les expressions faciales se complètent parfaitement et le visage permet l'accès au sourire et le sourire est communication.

4.2. La position corporelle, les mouvements et la proxémique

Nous savons que le regard et les expressions faciales sont le premier signal pour communiquer cependant la première chose que l'on décrypte chez un individu est sa position corporelle. Celle-ci évolue selon les conditions et les événements et permet à quelqu'un de juger si une

interaction peut être envisageable et intéressante. Elle diffère selon le contexte dans lequel nous nous situons, notamment dans le milieu professionnel qui exige souvent une posture particulière, droite, sereine, ouverte avec une notion de sérieux et de rigueur. Elle influe sur le rapport de force, le contexte joue donc un rôle prépondérant. Nous pouvons observer comment la personne se tient, la façon dont elle occupe l'espace ou encore le degré de crispation.

Suite à la position du corps, nous pouvons aussi parler des mouvements du corps. En effet, le fait d'activer même peu de muscles du corps envoie un message. Le rythme de l'exécution du geste et son amplitude donnent une signification au message. Par exemple, le stress et l'anxiété entraînent des mouvements saccadés, rapides et peu coordonnés. L'incapacité sociale entraîne, elle, une répétition de gestes nerveux, inutiles. Afin de contrôler ces mouvements, et renvoyer l'image d'une personne qui est apte à évoluer en société, il semble que l'introspection soit la manière d'y remédier, en se demandant pourquoi nous bougeons et en limitant les mouvements dits parasites.

Nous pouvons relier à la position et aux mouvements du corps, la proxémique. Elle correspond à l'espace qu'un individu reconnaît comme lui appartenant, comme une extension de son propre corps. La proxémique joue sur les distances d'une interaction entre deux individus. C'est pourquoi, il a été identifié différentes zones au sein de notre espace vital (dans l'environnement européen) [3] :

-l'espace public qui correspond à la zone la plus éloignée de la personne, c'est-à-dire au-delà de 3,5m. C'est une distance pour laquelle une personne s'adresse à un auditoire par exemple.

-L'espace social sépare deux personnes se connaissant peu ou pas du tout et qui communique. Elle se situe entre 1,20m et 3,5m. Lors d'une discussion avec le facteur ou un client, par exemple.

- L'espace privé est la distance idéale que nous pouvons respecter en société, c'est-à-dire entre 45cm et 1,20m.

- L'espace intime. C'est l'espace le plus important et le plus précieux. Dans cet espace, seuls les proches peuvent y pénétrer tel que le conjoint, les enfants, les parents et les amis intimes. Il est placé entre 15cm et 45cm. En dessous de 15 cm, nous appelons cela le micro-espace qui n'est franchi qu'en cas de contact physique.

A l'hôpital, cette proxémique est bouleversée, en effet, le contexte des soins au patient fait franchir l'espace intime par un individu autre qu'un proche. D'autant plus en maïeutique, du fait que cela concerne les parties génitales de la femme, l'espace intime n'est alors plus si intime que cela et il faut savoir protéger la femme et même le conjoint en étant prudent, respectueux et en ne banalisant pas cette intrusion dans l'intimité du couple.

4.3. La voix

La voix est un paradoxe en elle-même, son volume, son intonation, le débit de parole et son rythme d'élocution jouent en communication non verbale. Ils sont chargés de sens, pareil voire plus que les mots que l'on dit. La voix est le moteur de l'articulation d'un message, elle peut avoir des propriétés de persuasion voire d'hypnose. Celle-ci évolue selon des critères définis :

- Le timbre et le volume : ils traduisent, comme le reste du corps, l'aisance relationnelle lors de l'oral, et influent sur la qualité de communication. La

façon de parler reflète la personnalité, la confiance en soi d'une personne. Le timbre et le volume sont dépendants de la respiration.

- Le débit de parole : le rythme de l'élocution matérialise l'état psychologique de l'individu, nous pouvons reconnaître dans une diction très rapide un état de stress. Les silences et les intonations prennent leur sens surtout lorsque le discours est lent et travaillé, ce qui se voit particulièrement en politique.

- Le timing de la voix : résulte de l'adaptation à une situation, il sert à accentuer la ponctuation, à favoriser la respiration et permet de soutenir la communication non verbale. Les changements de rythme, de tonalité et les blancs sont nécessaires pour toucher un interlocuteur et donner de la profondeur au discours. Nous pouvons dire que la voix est un peu comme une chanson, la mélodie importe plus que les paroles.

4.4. Le toucher

Le toucher est utilisé tous les jours dans la société française et quel que soit la personne en face de vous. En effet, pour dire bonjour, nous nous serrons la main ou nous nous faisons la bise. Nous nous prenons dans les bras quand nous sommes en couples. Paul Valéry disait : « Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme, c'est la peau. ». Le toucher, chez l'homme, est nécessaire à son développement physique et psychique, afin d'apprendre les notions d'intimité, de proximité, de distance et d'éloignement. Le toucher est souvent instinctif et permet de tisser des relations humaines. Notre perception du toucher dépend de notre culture et de notre éducation. Nous pouvons observer une plus grande réceptivité au toucher chez les femmes, les hommes semblent angoissés à l'idée que nous envahissions leur territoire. Le toucher a un sens réciproque puisque nous ne pouvons toucher sans être

touché. Le toucher rentre dans la zone d'intimité, chacun le vit différemment. Il est le messager du vécu psychologique, émotionnel et spirituel de chaque individu.

Dans le soin, le contact physique est indispensable, il faut donc réussir à respecter l'intimité du patient tout en faisant les soins nécessaires. Comme pour la proxémique, le toucher en maïeutique notamment le toucher vaginal rentre dans la zone d'intimité la plus profonde de la femme, c'est pourquoi respect, prudence et bienveillance sont omniprésents dans les soins en maïeutique.

La communication non verbale est le moyen privilégié permettant de donner du sens au dialogue, aux pensées, aux réflexions, c'est aussi le meilleur moyen de communiquer sans dire un mot.

METHODOLOGIE

1. Objectif de l'étude

Nous retrouvons deux aspects essentiels à la profession de sage-femme : le savoir-faire et le savoir-être. C'est dans le savoir être que se trouve tout ce qui concerne le relationnel et la communication dont la communication non verbale. Comme nous l'avons vu, précédemment, dans la revue de la littérature, la communication non verbale est présente à chaque instant, dans la pratique de la sage-femme ainsi que dans les rapports humains qu'elle va entretenir lors d'un échange avec une femme ou un couple.

Notre travail est basé sur la problématique suivante: Chaque sage-femme utilise ses mots pour communiquer avec la femme ou le couple, cependant il existe en concomitance à la communication verbale, une communication non verbale importante. En quoi le non verbal produit-il un effet sur la relation entre sage-femme et femme ou couple ?

Deux hypothèses ont été émises, originellement :

- La communication non verbale est, la plupart du temps, inconsciente, de ce fait la sage-femme prête peu attention aux répercussions de cette dernière sur la femme ou le couple.

- La femme ou le couple entendent les mots qu'une sage-femme dit et vont interpréter tout ce qui accompagne ces mots à travers sa communication non verbale.

Le but de notre étude est de connaître la place de la communication non verbale dans la relation entre une patiente et une sage-femme puisque celle-

ci représente 55% de la communication en générale avec 38% pour le para-verbal et seul 7% correspondant aux mots.

L'objectif principal de cette étude est de pouvoir nous éclairer quant aux implications de la communication non verbale dans une relation femme/sage-femme sur un plan sociologique et plus particulièrement psychologique.

2. Recueil de données

2.1. Choix de l'auto-confrontation

C'est dans un cadre psychologique et sociologique que nous avons cherché à faire revenir sur leur communication notamment non verbale, et ce dans leur pratique, les professionnels, afin de répondre à notre problématique. La démarche d'auto-confrontation, souvent utilisée dans les recherches en sciences humaines, nous a paru la plus adéquate. L'auto-confrontation est une méthode d'analyse de l'activité humaine consistant à confronter un ou plusieurs participants en commentant son activité, en présence d'un interlocuteur. Cette méthode allie donc film de l'activité et entretien durant lequel le professionnel filmé commente cette activité. Nous avons choisi l'auto-confrontation individuelle, où seul un participant est confronté à sa propre activité et lui permet de verbaliser sa pratique et ses choix ainsi que de les confronter au regard de quelqu'un d'autre. Les films réalisés permettent une restitution intégrale de l'action, ce qui diminue les biais liés à la subjectivité de l'analyste. De plus, la vidéo est un moyen de récolte de données qui garantit les critères nécessaires à la validité scientifique : vérité, exhaustivité et fidélité. Cela nous a amené à une étude qualitative.

2.2.Choix de la population et des lieux

Nous avons ciblé une population particulière : les sages-femmes travaillant en milieu hospitalier, dans les services de suites de couches et de consultations au sein des maternités du CHU de Rouen et de l'hôpital J.Monod à Montivilliers.

La salle de naissance aurait été un lieu intéressant pour cette étude mais l'accord des patientes et des sages-femmes pour réaliser le film aurait été plus complexe à obtenir.

2.3.Recrutement de la population

Au sujet du recrutement de la population, des demandes par courriel ont été envoyées et des rencontres ont été nécessaires avec les cadres supérieures et les sages-femmes cadres des services concernés par l'étude. Après autorisation d'effectuer notre étude, nous avons expliqués notre étude aux sages-femmes afin de recueillir leur accord. Toutes les sages-femmes démarchées ont accepté.

2.4. Réalisation des auto-confrontations

2.4.1. Conditions de réalisation

Le lieu étant déjà défini dès le départ, il fallait trouver un horaire pratique pour les sages-femmes sur un jour de présence dans le service. Chacun des films a été réalisé le matin et le visionnage commenté l'après-midi, excepté pour la première auto-confrontation. En effet, l'entretien de celle-ci fut fait une semaine après le film, ce qui nous a montré qu'il fallait un délai plus court afin que l'enquêté se souviennent de son activité.

Après avoir expliqué en quoi consistait l'auto-confrontation et recueilli l'accord du participant, les vidéos ont été réalisées à l'aide d'une caméra et les entretiens ont été filmés et enregistrés au moyen d'un dictaphone.

Les auto-confrontations ont été réalisées sur une période allant du 20 septembre 2014 au 04 février 2015.

2.4.2. Déroulement de la rencontre

-les films :

Après avoir garanti l'anonymat et reçu l'accord de la patiente, nous avons filmé les consultations et examens en suite de couches, toute la durée de ceux-ci, en se concentrant essentiellement sur la sage-femme présente. Ils ont une durée moyenne de 10 à 15 minutes.

-les entretiens :

Nous nous sommes installés dans une salle du service au calme afin de ne pas être dérangé lors du visionnage des films. Nous nous sommes concentrés sur la communication non verbale de la sage-femme : posture, gestes, visage, réaction... et interrompions le film afin de le commenter. Nous avons estimé la durée de ces entretiens à 45 minutes mais elle s'est avérée varier entre 25 et 75 minutes.

Nous nous étions fixés, au préalable, l'objectif de quatre à cinq auto-confrontations, trouvant ce nombre utile et suffisant pour obtenir une information valide et exploitable. Notre objectif a été obtenu : 5 auto-confrontations ont été effectuées.

3. Analyse des données

3.1. Préalables à l'analyse

Les films ont été visionnés une première fois avant l'entretien puis nous les avons de nouveau visualisés.

Dans un premier temps, les entretiens ont été retranscrits en totalité à partir des enregistrements audio obtenus lors des rencontres. Nous avons essayé de retranscrire le plus fidèlement possible l'entretien en marquant les temps d'hésitation, de silence, en notant la ponctuation correspondant aux intonations et certains gestes et mimiques de la sage-femme lors de l'entretien. Ceci nous a permis de créer un ensemble de textes qui a une thématique commune : un corpus de texte. Cette retranscription complète forme la base de notre travail d'analyse, et permet pour les lecteurs d'accéder à la totalité du discours.

Dans un second temps, nous avons effectués plusieurs lectures intégrales du corpus de texte. Ces relectures, nous ont amenés à commenter les entretiens, à en dégager des axes et critères d'analyse sous la forme de thèmes principaux et secondaires. Cela nous a permis de créer un tableau d'analyse constitué de 5 catégories et 13 sous-catégories :

- N°1 : Inconscience
- N°2 : Lié à la communication verbale
- N°3 : Relation avec la patiente
- N°4 : Communication non verbale de la patiente
- N°5 : Positionnement de la sage-femme

3.2.Méthode d'analyse

Nous nous sommes concentrés sur les catégories et sous-catégories des textes en ayant choisi d'exposer le corpus à une analyse du discours, et cela en s'inscrivant dans une approche déductive.

Tout d'abord, une analyse auto-confrontation par auto-confrontation a été effectuée par le biais d'une relecture afin de relever les thèmes du discours, en souligner les catégories et les répartir dans la grille d'analyse.

Après cette analyse thématique, nous avons effectués une analyse horizontale, nous permettant de relever les différentes formes sous lesquelles apparaissent le même thème d'un interlocuteur à l'autre. Afin de nous aider dans cette étape, nous nous sommes servis du logiciel Tropes©

Version 8.4, ce qui nous a permis de procéder à une analyse lexicale de chaque catégorie et sous-catégorie.

Ces étapes d'analyse nous ont amené à analyser certains mots seuls, les remettre dans leur contexte, faire des liens entre ces mots, leur contexte et les différentes catégories qui ressortaient du corpus de texte afin de pouvoir répondre à notre problématique.

4. Limite de l'étude

Nous avons, à posteriori, rencontrés deux limites durant notre enquête :

- La taille de l'échantillon :

La première est de n'avoir pas pu réaliser plus d'auto-confrontation par manque de temps ayant choisi une méthode d'étude qualitative. Du fait de la taille de notre échantillon, les résultats trouvés ne peuvent être considérés comme représentatifs d'un point de vue statistique. Cependant, nous avons utilisé une approche qualitative et comme le dit le Docteur en sociologie Luc Alberello, nous cherchons à baser notre travail sur la qualité des observations et la valeur des interprétations proposées, ayant possiblement une signification pour interpréter d'autres cas particuliers et non à avoir une généralisation basé sur des observations répétées suffisamment. La validité de notre étude est assurée par le travail consacré à la qualité de l'analyse et de l'interprétation, correspondant à un corpus de texte conséquent.

- La méthode d'enquête :

La seconde est en lien avec notre méthode d'enquête. En effet, il est possible de penser que parce qu'ils sont filmés, les maïeuticiens peuvent modifier leur attitude et changer leur façon de faire. Cependant, nous savons que ceux-ci ont l'habitude d'être observés lorsqu'ils travaillent que ce soit par des étudiants sages-femmes, des externes, des internes voir même les médecins. De plus, l'enquêteur avait travaillé ultérieurement avec chaque sage-femme filmée et l'importance de prendre en charge correctement la patiente prenait le pas sur la caméra. Cette limite est donc présente mais moindre.

Nous avons remarqués que pendant l'entretien, les sages-femmes pouvaient rentrer dans une justification de leurs paroles en plus de leurs actes, néanmoins, le fait de recentrer l'entretien sur notre sujet la communication non verbale permettait de rester concentrer sur ce qui nous intéressait.

Enfin, nous tenons à signaler la difficulté que représente le fait de mener un entretien et l'aspect exigeant de l'analyse. Toutefois, cette méthode nous a apporté un enrichissement personnel, autant par l'acquisition de notions de communication lors de la gestion des entretiens que par l'assimilation d'une méthode d'analyse du discours, qui ne peuvent que nous être utile dans notre future vie professionnelle.

Après ces explications sur notre parcours réflexif et les méthodes utilisées, nous allons présenter notre recueil de données et notre discussion.

RECUEIL DE DONNEES

Dans un premier temps, nous allons vous présenter les caractéristiques du corpus de texte qui a servi de base à notre travail.

Le corpus de texte se divise en 5 entretiens avec 5 professionnels différents. Nous avons défini les caractéristiques sociodémographiques des professionnels rencontrés, à l'aide d'un tableau, afin d'avoir une vision d'ensemble claire et précise de notre population d'enquête.

| Entretiens | Anonymisation | Age | Ville de formation | Ville d'exercice | Expérience professionnelle | Lieu du film |
|------------|---------------|--------|--------------------|------------------|----------------------------|-------------------|
| 1 | Madame A | 28 ans | Rouen | Rouen | 4 ans | Consultations |
| 2 | Madame B | 25 ans | Rouen | Rouen | 2 ans | Consultations |
| 3 | Madame C | 52 ans | Rouen | Le Havre | 29 ans | Suites de couches |
| 4 | Monsieur D | 26 ans | Amiens | Le Havre | 2,5 ans | Suites de couches |
| 5 | Madame E | 25 ans | Rouen | Le Havre | 2,5 ans | Suites de couches |

DISCUSSION

Avant de parler de notre analyse, quelques mots sur ce qu'ont pensé les professionnels en visionnant le film. Se voir leur a paru déroutant et perturbant mais ils ont trouvé très intéressant de pouvoir regarder la façon dont ils travaillent, dont ils communiquent avec la patiente. Les retours ont été positifs et les sages-femmes filmées nous ont fait part de la réflexion de l'impact sur leur attitude professionnelle dans la suite de leur activité.

Dans la communication, tout est intimement lié, c'est ce que nous avons vu dans la revue de la littérature et ce que les auto-confrontations ont mis en avant. Nous avons aussi présenté, les différentes catégories dégagés par nos premiers travaux de lecture : Inconscience, Liée à la communication verbale, Relation avec la patiente, Communication non verbale de la patiente, Positionnement de la sage-femme

Au-delà de ces catégories, nous avons pu constater deux divisions de l'activité des sages-femmes en plusieurs temps. La première correspond à un fractionnement de la consultation en trois temps : discussion-examen clinique-discussion. La deuxième concerne l'attitude, elle-même, de la sage-femme avec pour débiter un temps de concentration puis un temps de réflexion et pour finir un temps de détente.

Nous allons commencer par différencier et comprendre chaque catégorie trouvée puis nous nous intéresserons à ces différents temps que nous pouvons observer dans le travail de ces professionnels.

1. L'inconscient

La communication est la base d'une relation, elle peut-être verbale, non-verbale mais souvent les deux se confondent. Nous avons vu dans la revue de la littérature que tous les gestes que nous faisons ne sont pas toujours conscients, ils sont dits spontanés. C'est, en effet, ce que nous retrouvons dans les auto-confrontations, plusieurs phrases reviennent au cours des entretiens tel que :

« *Je ne m'en rends pas compte* » A1, l12, p1

« *C'est naturel* » A3, l51, p24

« *Tout ça, ce n'est pas conscient* » A4, l769-770, p71

Ces phrases mettent en avant le fait que même lorsque un ou une sage-femme est en train de s'occuper d'une patiente, elle ne contrôle pas tout ce qu'elle fait, au contraire de tout ce qu'elle dit. Rappelons que la communication englobe tout ce qui est en rapport avec les gestes, la posture, l'intonation de la voix, les expressions du visage...

Nous avons pu observer lors du visionnage des films plusieurs détails dont les professionnels nous disent ne pas en être conscients : les élévations de voix avec la surprise ou l'affirmation, le temps qu'une main va rester en contact avec la femme, l'utilisation de leur main en même temps qu'ils parlent. Cependant, bien qu'ils ne s'en rendent pas compte sur le moment, ils savent très bien qu'ils parlent avec les mains avec chaque patiente et l'ont verbalisé dans les entretiens ; C'est devenu une habitude. Le mot réflexe revient souvent dans les entretiens et pour citer une sage-femme :

« *La main, c'est un automatisme là* » A1, l10, p1

« *C'est habituel* » A3, l14, p23

Ce qui signifie bien qu'ils sont inconscient sur le moment d'avoir cette communication non verbale mais qu'ils ont conscience qu'elle est présente dans leur relation avec la patiente.

La plupart du temps, la communication verbale est donc spontanée, il existe néanmoins des instants où elle est volontaire. Lors de l'examen clinique par exemple, il est nécessaire que les sages-femmes contrôlent leurs gestes. En effet, les sages-femmes rentrent dans la sphère d'intimité de la patiente, il faut alors qu'elles soient extrêmement vigilantes à ce qu'elles font et le disent :

« *C'est volontaire* » A1, l207, p8

En plus de cet examen clinique, les professionnels se veulent le plus clair possible avec les femmes, c'est pourquoi elles utilisent parfois la communication non verbale à des fins explicatives. C'est à ce niveau que nous avons donc pu observer plusieurs phases : celles où la communication non verbale est inconsciente et celles où elle est intentionnelle. Nous allons donc étudier tout cela par la suite.

La communication non verbale est donc la plupart du temps inconsciente, il existe pourtant des instants où il est important pour la sage-femme et surtout pour la patiente qu'elle soit contrôlée.

2. Liée à la communication verbale

Comme nous venons, de le préciser, la communication non verbale est souvent observée lorsque les professionnels utilisent leurs mains. Qu'elle soit inconsciente ou volontaire, elle est fréquemment utilisée en lien avec la communication verbale et ce pour plusieurs raisons que nous allons

développer. Le métier de sage-femme inclue beaucoup de responsabilités ; lors de la prise en charge d'une femme, d'un couple mère-enfant, lors des prescriptions qu'elle fait, avec les documents, les dossiers qu'elle remplit... C'est pourquoi nous avons constaté que la communication non verbale d'une sage-femme est associée à ce qu'elle va dire pour différente raison : être sûr qu'elle se fasse bien comprendre, avoir des temps de réflexion, rester concentrer, pouvoir observer la patiente.

2.1. L'illustration

La première raison qui lie communication verbale et non verbale est associée au discours de la sage-femme, celle-ci va illustrer les propos afin d'être le plus compréhensible possible. Nous savons que la communication verbale repose sur le langage qui comprend un message, un destinataire et un destinataire. Le message pour être bien compris doit utiliser un code plus ou moins en commun aux deux interlocuteurs. Les sages-femmes ont l'habitude de rencontrer des femmes et des couples de nationalité étrangère qui ne parle pas français. Dans ces cas, il est compliqué que le code soit commun aux interlocuteurs mais il n'en reste pas moins de la responsabilité de la sage-femme que le message qu'elle veut délivrer à la femme soit entendu et compris. C'est à ce moment que la communication non verbale est véritablement importante puisqu'elle permet à la sage-femme de se faire comprendre. Nous avons dit plus haut, que cette communication est devenu habituel et ne se restreint pas à la prise en charge de ces femmes et couples là mais s'est étendue à l'ensemble des femmes qu'elles prennent en charge. La compréhension de la femme passe par l'illustration des mots de la sage-femme et la plupart du temps, cette illustration se fait avec ses mains comme l'a dit un des professionnels :

« *Je parle beaucoup avec mes mains* » A5, l351-352, p91

Effectivement, eux-mêmes le précisent que ces gestes inconscients, mais qui sont présents régulièrement, sont là afin de les aider à être clair auprès de la patiente :

« *C'est pour illustrer, pour que ce soit clair* » A5, l17, p79

2.2. La compréhension

Les mots ont beau être importants, ils ne le sont que si ils sont compris, c'est pourquoi les sages-femmes se servent de cette communication non verbale :

« *J'accompagne ce que je dis* » A1, l27, p2

« *C'est quelque chose qui m'aide à expliquer* » A4, l144, p50

« *Pour être sûr qu'elle a bien compris* » A4, l152, p50

En plus de cet accompagnement aux paroles de la sage-femme, cela permet un appui, un poids plus fort au sens que la sage-femme donne à son discours comme le dit l'un des enquêté :

« *Ça appuie mes mots* » A4, l172, p50

Les sages-femmes bougent énormément, nous l'avons vu pendant les films. C'est important pour elles de ne pas rester statique et de pouvoir bouger. Le fait de parler avec les mains est dans cette intention-là, de mouvements libres et permet d'instaurer une dynamique au dialogue et à la relation avec la patiente. Comme le dit l'un des professionnels :

« *Ça a un côté dynamique* » A54, l264, p54

Cela semble très important à conserver et même à entretenir, toujours dans une démarche relationnelle avec la patiente et dans l'esprit qu'elle comprenne tout ce qu'on lui dit.

La communication non verbale apporte, en conséquence, une valeur considérable au discours d'une sage-femme.

2.3. Réflexion et concentration

La responsabilité d'une sage-femme est constante, c'est pourquoi sa communication se doit d'être claire, précise et compréhensible. Au-delà de ça, son activité de tous les jours va la faire se concentrer et réfléchir. De chaque entretien ressort l'importance de la responsabilité qui incombe aux sages-femmes. C'est elle qui prend en charge la femme, qui remplit les dossiers, qui peut signer des ordonnances et dans tous ces moments, elle sait que s'il se passe quelque chose se sera sa responsabilité qui sera mise en cause. D'où la nécessité pour elles de ne rien oublier. Ceci se perçoit dans leur communication non verbale puisque les temps de concentration et de réflexion, visualisés dans les films, sont multiples. Les entretiens mettent en avant le ressenti et l'importance que donne les sages-femmes à leur responsabilité professionnelle. Nous pouvons parler d'une des divisions en plusieurs temps de l'examen et cela par rapport à la place de la responsabilité pour les sages-femmes. Il existe un temps de concentration, un temps de réflexion et un temps de détente, les deux premiers se mélangeant quelque peu selon les questions posées par la sage-femme ou la patiente et selon les réponses données.

Le logiciel Tropse® nous montre, dans un premier temps, que les mots dans cette catégorie qui reviennent le plus souvent sont bien : réflexion,

concentration, papiers et classeurs. Dans un second temps, il permet de voir que les mots temps/réflexion et temps/concentration sont souvent mis en relation. Nous pouvons donc affirmer que les temps de réflexion et les temps de concentration sont essentiels dans le temps que prend la prise en charge globale de la patiente.

De plus, le corpus de texte fait ressortir ces temps liés à cette responsabilité, à la partie qui concerne tout ce que les professionnels doivent remplir, signer, justifier qui sont des preuves de leur travail. Ils s'aident du dossier de la femme pour ne passer à côté d'un élément et pouvoir lui offrir la meilleure prise en charge possible.

« La partie papiers, elle est super importante » A4, l19, p45

« C'est important de vérifier » A4, l104, p48

De même, lorsque nous avons visualisé les films, nous avons pu voir ces moments de réflexion. Un regard dans le vide, une main qui touche le menton, des petits gestes qui confirment qu'à ce moment-là, le professionnel se trouve dans un temps de réflexion. Ils disent que ces temps qui sont utiles, nécessitent de pouvoir regarder ailleurs et de rentrer en eux afin de ne pas être, justement, déconcentrés par la patiente qui se trouve en face d'eux. De la même manière, nous observons un silence s'installer durant ces secondes consacrées à la réflexion. Les temps de concentration et d'observation sont visibles lorsque la sage-femme regarde le dossier, fait son examen clinique, lorsqu'elle fait des gestes précis ou qu'elle cherche quelque chose en particulier.

Ici, le corpus de texte précise cette idée des temps de réflexion et de concentration et leur nécessité aux yeux des sages-femmes.

« C'est parce que je suis en train de réfléchir...le silence est important même » A1, l194-195, p8

« Si je regarde la patiente, ça me déconcentre » A2, l43, p12

« Fallait que je rentre en moi-même » A3, l490, p41

« Pour réfléchir en moi-même » A3, l495, p41

« Je réfléchis mieux quand je me laisse à regarder un peu ailleurs » A4, l618-619, p66

« Je me concentre sur le col et du coup j'évite le regard » A2, l196, p18

Ce sont des instants que privilégie le non verbal. Les temps de réflexion où nous voyons le regard dériver légèrement ou la main se mettre au menton, sont naturels et non contrôlés. Cependant, les temps de concentration sont volontaires et même parfois cultivés.

« La concentration...j'en ai conscience...peut-être même que je la cherche un petit peu » A4, l774, p71

Nous avons observé deux temps : concentration et réflexion. Il en reste un troisième, celui où le professionnel se détend.

« Il y a un moment où j'ai réfléchi, il y a un moment où j'ai essayé de la comprendre et là, à ce moment-là, c'est un temps de partage » A4, l212-213, p52

Cette responsabilité qui incombe aux sages-femmes engendre toujours un peu de stress, ce qui fait qu'une fois que la sage-femme est assurée que maman et bébé vont bien, ce stress redescend et celle-ci est plus détendue. Dans les films, nous avons remarqué ces moments de détente, les visages deviennent plus souriants, la posture est moins redressée, et il existe des traits d'humour avec la patiente. C'est ce que fait ressortir le logiciel Tropes® qui note que les mots sourire, rire et humour sont plusieurs fois utilisés par les professionnels lors des entretiens. De même, en s'observant, les professionnels se disent rassurés et satisfaits en fin de consultation et

ils disent se sentir plus posés, moins dans un mouvement dynamique qu'inclue l'examen clinique.

« *C'est rassurant* » A1, l179, p7

« *Souvent, je suis quasiment toujours détendu quand elles partent* » A2, l281, p21

« *Je suis peut-être un petit peu plus posé et je peux être plus expressif* » A4, l898, p75

« *J'ai l'impression qu'être appuyé, je suis un peu plus détendu* » A4, l903-904, p75

Il existe, ainsi, plusieurs temps lors de la prise en charge d'une femme. La communication non verbale fait le lien avec la communication verbale pour transmettre le message le plus claire et compréhensible à la patiente. Tout cela résulte de la responsabilité donnée aux sages-femmes. L'efficacité de la prise en charge de ces femmes dépend de la relation que la sage-femme entretient avec elles, ce dont nous allons parler maintenant.

3. La relation avec la patiente

Le mot relation est celui qui revient le plus souvent dans les entretiens ce qui implique que la relation avec la patiente prend une place importante dans l'activité des sages-femmes. Le but de cette relation est d'arriver au bien-être de la patiente. Dans la revue de la littérature, nous parlons de la relation entre professionnels de santé et patient qui se base sur l'écoute du patient afin d'appréhender ses besoins, ses craintes et ses demandes pour ne pas détériorer cette relation et ne pas couper la communication. A partir de ce

point de vue, de la visualisation des films et des différentes lectures des entretiens nous avons distingué 4 sous-catégories :

- la confiance
- l'égalité
- l'écoute
- le partage

La relation avec la patiente est associée à la communication qui s'est établit entre la sage-femme et sa patiente.

3.1. La confiance

Tout d'abord, la sage-femme veut créer une relation basée sur la confiance. Il est compréhensible qu'une femme qui a confiance en la sage-femme qui s'occupe d'elle, communiquera plus facilement avec celle-ci. D'autant plus, que nous savons que les sages-femmes entrent dans l'espace privé et souvent dans l'espace intime de la femme. Cette confiance s'instaure dès les premières minutes de la relation et c'est durant ces premières minutes que la communication non verbale va jouer un rôle primordial dans le début de la relation. Nous pouvons reprendre une phrase du corpus de texte mettant en avant ce point :

« Tu ne connais pas une dame quand tu rentres dans une chambre, tu n'as pas longtemps pour faire ta preuve, tes preuves et pour essayer d'instaurer une relation avec elle » A5, l156 à 158, p84

Le premier pas vers cette confiance est de montrer à la femme que la sage-femme est présente juste pour elle et qu'elle va prendre le temps de

s'occuper d'elle. D'ailleurs, lors de notre analyse avec le logiciel Tropse®, nous avons pu constater que les mots confiance, présence, temps revenaient souvent. Il a été aussi mis en avant que des liaisons entre les mots relation/patiente et prendre le temps/patiente reviennent plusieurs fois dans les entretiens. Ce qui nous permet de noter que les sages-femmes font de la relation avec la patiente une priorité et que cela nécessite donc du temps avec celle-ci.

Nous savons que le professionnel en entrant dans une chambre de patient se doit de mettre la présence pour indiquer qu'il est dans la chambre, ce qui se fait en suite de couches. Cette action se fait généralement de manière automatique. Elle permet à la sage-femme de se dire qu'elle est là pour la femme et qu'elle laisse le service en dehors de la chambre de la patiente. De la même manière en consultation, c'est le fait de refermer la porte une fois que la femme est entrée dans la pièce qui permet de délivrer le même message. C'est important pour les sages-femmes que la femme comprenne qu'elle est présente pour elle à ce moment-là. Cela est bien transmis dans ces phrases reprises du corpus de texte :

« J'appuie sur la présence pour dire, je laisse l'extérieur là où il est » A4, l841, p73

« Je suis présente » A3, l311, p34

« Je mets la présence...Je suis présent » A4, l856-857, p74

La confiance permet à la sage-femme d'entrer dans la bulle d'intimité de la patiente afin de créer une proximité avec celle-ci. Plus une patiente a confiance en la sage-femme qui s'occupe d'elle, plus elle sera détendue et plus la discussion et l'examen seront faciles. C'est ce que les sages-femmes essayent d'obtenir en établissant une relation de confiance : que la patiente

soit détendue, sereine et qu'elle ne redoute pas l'examen. Ce qui est bien précisé dans cette phrase :

« *Essayer d'établir une relation sereine* » A3, l 149-150, p16

Nous savons que les expressions faciales s'adaptent la plupart du temps au contexte et ce de manière naturelle. Le sourire est l'une des expressions faciales les plus courantes. Il peut exprimer bien des choses cependant quand il est inconscient il peut signifier la joie, le bonheur ou bien le fait d'être rassurant envers quelqu'un. Ici, les sages-femmes disent que c'est pour rassurer la dame. La confiance, ce n'est donc pas seulement être présent pour la femme, cela nécessite une démonstration physique qui passe souvent par le sourire, comme le montrent ces phrases tirées du corpus de texte :

« *Ça passe aussi par le sourire* » A5, l183, p85

« *Un visage souriant c'est beaucoup plus communicatif* » A3, l115, p27

Les sages-femmes disent que pour créer une relation de confiance avec une femme, un autre point essentiel est d'être à l'écoute de celle-ci.

3.2. L'écoute

Écouter, c'est prêter attention à ce que quelqu'un dit pour l'entendre et le comprendre. Une relation est donc un échange dans lequel chacun écoute et entend les mots de l'autre. Dans un métier comme celui de sage-femme où le travail est basé sur le fait de prendre soin d'une femme, d'un enfant, l'écoute est nécessaire. Elle permet de comprendre ce qui ne va pas, que ce soit physiquement ou psychologiquement. Écouter c'est prendre en compte les

besoins de l'autre, ses maux, ses peurs. Une jeune maman a toujours des questions, du stress et c'est à ce moment que les sages-femmes se doivent d'être le plus attentive. Etre à l'écoute, c'est pouvoir répondre aux questions que la femme se pose. Ce n'est pas seulement entendre ce qu'elle dit mais voir ce que sa communication verbale transmet (point dont nous reparlerons ultérieurement).

Durant le visionnage des films, l'écoute se voit lorsque les sages-femmes bougent la tête pendant que la patiente parle. Nous voyons les oui ou non avec la tête. Pour les professionnels, c'est une manière d'être rassurant :

« C'était fait exprès, c'était pour la rassurer » A1, l117, p5

Les sages-femmes veulent donc que la femme ai confiance en elle et se sente rassurée afin qu'elle se confie et qu'elle n'ait pas peur de s'exprimer. En effet, une femme qui voit que la sage-femme qui s'occupe d'elle est présente, prend son temps, va s'asseoir pour l'écouter et lui sourit pour la rassurer, sera plus à même de parler, de se confier. C'est ce qui importe aux sages-femmes : que les femmes leur fassent confiance et puisse être dans l'échange.

« J'essaie d'être quelqu'un avec qui elles peuvent se confier » A5, l178-179, p85

Nous voyons donc que la relation entre femme et sage-femme se base sur la confiance, l'écoute mais c'est aussi un moment de partage.

3.3. Le partage

Une relation est une connexion entre deux personnes qui communiquent entre elles. Dans la communication, il existe un échange, un partage. Ce

partage peut-être verbale mais il peut aussi être non verbal bien qu'il soit souvent les deux. Dans le milieu médical, il est important d'entretenir cet échange puisqu'il permet de préserver la relation entre le professionnel et le patient. Pour les sages-femmes, ce partage se base donc sur un échange de paroles, de questions mais aussi de gestes notamment de contact. Pour qu'il y est échange, il faut que la sage-femme s'ouvre à la femme et inversement. C'est-à-dire que chacun accepte de parler et d'écouter l'autre pleinement. Ce concept est très bien exprimé ici :

« C'est ton ouverture, tu peux recevoir, il y a un échange » A3, l60-61, p25

Nous parlions de contact à l'instant. En effet, dans l'échange que nous voyons sur les films, les contacts sont nombreux au-delà de ceux de l'examen clinique en lui-même. Une main posée sur une jambe, une main sur un bras ou une épaule. La main permet donc le contact.

« Ta main, elle est invitante, elle n'est pas dirigeante » A3, l23-24, p31

Ces temps de partage sont permis grâce à la confiance qui s'est installé entre le professionnel et la patiente mais cultivent aussi cette confiance. Lors de l'analyse avec le logiciel Tropse[®], nous avons vu que les mots moment/partage sont souvent mis en relation. Ces temps de partage sont donc importants aux yeux des sages-femmes. D'après le corpus de texte, ce partage passe par le contact comme nous l'avons vu avec les films. Ce contact est nécessaire et se travaille tout au long de la consultation, de l'examen et les sages-femmes n'aiment pas qu'il soit interrompue de peur que l'échange se ferme.

« C'est important qu'il y ai un premier contact » A1, l204, p8

« Garder le contact tout le temps » A5, l402, p93

« Je n'aime pas tourner le dos aux patientes, ça coupe le contact et ça ferme la discussion » A2, l27, p12

« Pour rester sur une bonne touche, sur un bon contact » A2, l280-281, p21

Le partage est un donc un temps important de la relation entre la femme et la sage-femme, il se cultive, se travaille du début à la fin. Pour les sages-femmes, l'échange se veut d'être égal.

3.4. L'égalité

Il a toujours été question, dans le monde médical, de relation soignant-soigné, de relation professionnel-patient... Or, la grossesse n'est pas une maladie. Les sages-femmes sont des professionnels de santé mais qui sont là pour aider et accompagner la femme durant sa grossesse, son accouchement et dans les suites de couches. Elles essaient de se placer non pas comme une professionnelle mais comme une personne avec qui échanger sur le sujet de la maternité. De plus, deux des enquêtés nous ont dit avoir été dans la position de patient ce qui a changé leur point de vue du soignant et de sa façon de travailler auprès des patients.

Plusieurs points sont mis en avant dans le corpus de texte et visualisés dans les films. Le premier correspond au fait que la grossesse ne soit pas une maladie et ne doit pas être vécue comme telle. En France, le suivi est très médicalisé, rappelons qu'il existe des pays où la grossesse n'étant pas une maladie, de nombreuses femmes accouchent chez elles. De ce point de vue-là, les sages-femmes se veulent être dans l'échange et la discussion à propos de la grossesse de la patiente comme si elles étaient sur un pied d'égalité.

*« C'est leur grossesse donc du coup faut que ça marche dans les deux sens »
A2, l141-142, p16*

Le deuxième point est de se dire que dès lors que l'on porte une blouse, que l'on fait un examen clinique, que l'on est derrière un bureau à poser des questions, il subsiste une position de dominant du professionnel qui a le savoir. Les sages-femmes essaient de diminuer ce ressenti toujours pour égaliser la relation avec la femme afin qu'elle ne se dise pas : « Je suis enceinte, ça ne va pas » mais « Je suis enceinte, tout va bien ». Cela est confirmé dans les phrases suivantes :

« Tu as l'impression que le soignant... qu'il est dans une drôle de position... dominante quelque part ? Je ne voulais pas avoir cette relation-là ! » A4, l583 à 585, p64-65

« Je sens que c'est plus dans la blouse et d'être derrière le bureau, posé, avoir une barrière tu vois ? Tu as le professionnel. » A2, l86-87, p14

Un autre point est de se mettre au même niveau que la patiente, que ce soit pour lui parler ou pour faire l'examen clinique. Pas forcément tout le temps mais qu'à un moment donné il n'y est pas de différence de positionnement. C'est un échange au même niveau pour éviter de faire ressentir cette différence professionnel/patiente. Le professionnel étant souvent debout et la patiente souvent assise ou allongée. Cette courte phrase le dit simplement :

« Assise, tu es au même niveau » A3, l31, p24

De plus, les sages-femmes qui pour la plupart sont des femmes, se mettent facilement à la place de la patiente ou ont déjà été à la place de la patiente lors d'une hospitalisation, de se retrouver allongées dans un lit lors d'examen gynécologique, lors d'un accouchement. Même sans avoir vécu ces situations, le professionnel essaie de se mettre à la place de la femme, il connaît ce

qu'est la pudeur, il a de l'empathie et sait qu'il touche à l'intimité de celle-ci. La phrase suivante met ce concept en avant :

« Je me mets à la place des patientes » A2, 189, p14

Ceci amplifie encore plus cette envie pour les sages-femmes de créer une relation la plus égale possible. Bien sur les sages-femmes seront toujours les professionnels et elles le reconnaissent très bien mais il est important pour elles que les femmes ressentent un peu cette relation d'égalité.

La relation entre femmes et sages-femmes est donc basée sur la confiance, l'écoute, le partage et l'égalité qui s'expriment à travers la communication non verbale. Celle de la sage-femme mais aussi celle de la patiente, ce que nous allons étudier maintenant.

4. La communication non verbale de la patiente

Bien que nous n'ayons filmé que les sages-femmes, lorsqu'elles parlent de leur communication non verbale, elles ne peuvent pas ne pas parler de celle de la patiente. L'échange se faisant à deux, les communications, verbale et non verbale, se font obligatoirement de manière concomitante.

Les professionnels ne vont pas prendre en compte seulement ce que dit la patiente mais aussi tout ce qu'elle peut exprimer autour : comment elle se positionne, sa façon d'être, de se tenir si il y a une douleur, son visage... A partir de ces gestes et réactions, les sages-femmes vont adapter leur prise en charge. Le lien entre communication verbale et non verbale est ici au plus

haut niveau et cela est traduit à l'aide de ces phrases tirées du corpus de texte :

« *C'est pas tant ce qu'elle dit mais comment elle le dit* » A4, l699-700, p69

« *J'essaie de confronter ce qu'elle me dit là avec ... ce que son corps m'a traduit* » A4, l400-401, p58

« *Ça dépend de sa réaction* » A4, l691, p68

Notre étude nous a permis de faire ressortir trois sous-catégories liées à la communication non verbale : l'ouverture à l'autre, le malaise et le ressenti du professionnel.

4.1. L'ouverture à l'autre

L'ouverture se fait dans les deux sens, autant par la femme que par la sage-femme. Si la sage-femme est complètement fermée dans sa gestuelle, son regard, la femme le ressentira et se fermera à son tour. De même, si une patiente est fermée, la sage-femme essaiera de faire en sorte qu'elle s'ouvre mais il existera une communication plus difficile. L'ouverture à l'autre a été observé dans les films, notamment lorsque la sage-femme ouvre son haut du corps, c'est-à-dire qu'elle ne reste pas les bras croisés, la tête dans les épaules... met les mains vers l'avant et non dans son dos et lorsqu'il y a un contact.

C'est lors des entretiens et au vu des dires des sages-femmes que nous pouvons affirmer que pour elle leur communication va dépendre de la communication non verbale de la femme et surtout de la façon dont la femme va s'ouvrir à elle. Pour elles, ce qui compte, c'est que la femme puisse être à

l'aise et s'ouvrir, se confier comme nous l'avons dit quelques paragraphes plus tôt. Cela se retrouve dans cette phrase :

« Tout l'art est d'arriver à ce que la patiente s'ouvre ! » A3, 1576-577, p44

L'ouverture à l'autre permet d'éviter d'être mal à l'aise et c'est ce que recherchent les professionnels.

4.2. Le malaise

A travers la communication non verbale, nous pouvons voir beaucoup de choses, principalement la joie mais aussi la peur, l'angoisse, le malaise souvent traduit par des visages crispés, des voix faibles, des bras croisés comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature. En effet, plusieurs sources de stress se créent avec la grossesse, l'accouchement et le nouveau-né pour les femmes. Ce que nous retrouvons dans le corpus de texte.

« Elles peuvent être angoissées pour les BDC, l'examen clinique et le toucher vaginal » A2, 190-91, p14

Il est rare qu'une sage-femme soit mal à l'aise du fait de l'habitude qu'elle a de créer une relation avec une dame, de faire des examens cliniques même si la patiente peut être stressée. Il arrive quand même, malgré l'ouverture à l'autre et la relation de confiance, qu'une femme ne soit pas à l'aise, ce qui ne facilite pas la communication et l'examen de la sage-femme et cela la met souvent mal à l'aise par la suite. Nous n'avons pas pu analyser ce point avec les films puisque les femmes étaient toutes à l'aise et assez détendues ; cependant ce sont certaines phrases du corpus de texte qui nous ont permis de l'affirmer :

« C'est rare qu'on soit mal à l'aise dans notre métier sauf quand la patiente est visiblement mal à l'aise » A4, 1950 à 952, p77

« Quand il y a des patients avec qui ça ne passe pas du tout, je suis pas bien, en fait » A2, 1150-151, p16

Bien que ces malaises existent, ils restent rares. Ceci grâce à cette relation que la sage-femme met en place dès le départ avec la femme, une relation sereine. Celle-ci va essayer par tous les moyens que la femme soit à l'aise : ne pas la regarder dans les yeux lors du toucher vaginal, ne pas la regarder lorsque l'on examine le périnée. Au-delà de la concentration que nécessite ces moments, ils sont importants au niveau de la relation puisque c'est à cet instant que la sage-femme rentre dans la zone d'intimité la plus élevée de la patiente. Nous pouvons observer que la femme va souvent détourner les yeux lors de ces examens pour prendre un peu de distance et éviter de penser à ce qu'on est en train de lui faire. Ce système de protection permet qu'il n'y ait généralement pas de méfiance de la part de la patiente vis-à-vis de la sage-femme.

« On n'est pas dans une relation de méfiance, de retrait » A4, 1667, p67

Nous voyons que la sage-femme peut ressentir le malaise aussi bien que la joie et la détente de la femme via sa communication non verbale. La détente est souvent traduite par les sourires et les rires pour autant pour la sage-femme comme dit précédemment que pour la femme. Le ressenti est donc important dans la communication.

4.3. Le ressenti

La communication non verbale de la femme passe comme pour tout le monde par les expressions du visage, le positionnement... La sage-femme va voir d'abord comment se tient la femme, la façon dont elle parle, quels gestes elle fait et va l'observer. Nous venons de dire quelques lignes plus haut qu'il existait un contact nécessaire dans cette relation femme/sage-femme. Après l'observation, vient souvent le contact, cependant ce contact se fera seulement si la sage-femme sent que la femme va l'accepter.

Le ressenti joue un rôle dans cette relation, il permet à la sage-femme de savoir si une femme s'ouvre à elle, si elle est réticente, si elle est détendue. Ce ressenti va être de plus en plus fin au fil des années selon le dire des professionnels. C'est une perception de la façon dont la femme se présente à la sage-femme :

« C'est un ressenti ... comment tu le perçois » A3, 1358 à 351, p35

« Tu sens comment tu perçois la dame » A3, 1550, p43

Le ressenti va analyser cette communication non verbale de la patiente : même si elle ne dit rien, son corps et ses réactions vont parler pour elle. Si elle est au fond de son lit et qu'elle ne bouge pas, nous pourrions nous dire qu'elle a mal, elle peut se raidir au contact de la sage-femme, elle peut refermer ses bras autour de son torse ou de ses jambes ce qui pourrait traduire qu'elle se renferme sur elle-même. Une patiente peut parler mais sa voix, la façon dont elle parle peut traduire certaines émotions comme par exemple une voix faible avec des trémolos qui va pouvoir dire que la patiente n'est pas loin de pleurer. Bien sûr, c'est l'ensemble de ses gestes et réactions que la sage-femme voit mais parfois ce ne peut-être qu'un détail. Lors des

entretiens, nous avons relevés quelques phrases qui révèlent que la sage-femme est attentive à ce non verbal.

« C'est pas tant ce qu'elle dit mais comment elle le dit » A4, I699-700, p69

Ce ressenti sert aux professionnels. Il va leur permettre de savoir si une femme est donc détendue, si elle est ouverte à la discussion, si elle va bien. Selon ce qui est ressenti, le professionnel va adapter son discours, sa prise en charge et le contact avec la patiente afin que la relation avec celle-ci soit la meilleure possible. Le ressenti amène à l'adaptation. Nous avons vu dans les films que selon où se trouve la femme et ses paroles, ses questions, la sage-femme va adapter sa propre position et ses mots, chaque prise en charge est individualisée. Dans le corpus de texte, cette adaptation qui est le propre de la sage-femme est affirmée par cette phrase :

« Tu le vois et tu vas t'adapter » A3, I559, p43

Le ressenti est subjectif et propre à chaque sage-femme mais permet une prise en charge adaptée et individualisée ainsi qu'une relation construite sur le bien-être de la femme. Nous avons parlé du ressenti des sages-femmes par rapport au non verbal de la patiente, il est évident qu'il existe dans l'autre sens mais nous ne l'avons pas analysé puisque nous avons filmé les sages-femmes et non les patientes.

Nous parlions de l'adaptation de la sage-femme. Cette adaptation passe par le positionnement de celle-ci dont nous allons parler.

5. La place de la sage-femme

Le positionnement de la sage-femme est capital dans la relation avec la patiente. Il dépend de quelques points que nous avons vus un avant tel que le

niveau d'égalité, l'adaptation, le contact et le bien-être de la patiente ainsi que d'autres comme la mobilité, la proximité, la position lors de l'examen clinique.

Ce positionnement est différent entre la consultation et les suites de couches. En consultation, la sage-femme est derrière le bureau lors de la discussion avec la femme et se trouve à côté lors de l'examen clinique. Dans ce cas, le niveau d'égalité va se trouver dans la position assise bien qu'il y est le côté soignant avec le bureau. Nous retrouvons dans les films deux placements, un à côté de la femme pour faire le début de l'examen clinique et pour le toucher vaginal la sage-femme, principalement entre les jambes de la patiente. Les différences de positions que nous pouvons voir lors de cet examen vont correspondre à l'adaptation en fonction de la communication non verbale de la patiente notamment si celle-ci n'est pas à l'aise. Lors de cet examen, la place de la sage-femme est toujours à proximité de la femme pour que celui-ci soit réalisé dans les meilleures conditions possibles et que le contact avec la femme puisse se faire. La femme sent de cette façon que la sage-femme fait son examen de manière fiable et qu'elle ne rebute pas de le faire. Nous avons observé aussi qu'il existe un moment où les professionnels tournent le dos aux patientes, pour se laver les mains ou regarder sur le calendrier derrière eux. Ce n'est pas une position qu'ils privilégient mais qui reste indispensable, ils essaient de l'écourter au maximum toujours dans le but de rester dans une bonne relation avec la patiente.

Ce que nous avons visualisé pour les suites de couches est plus variable mais des similarités reviennent. Les sages-femmes veulent rester mobiles afin de pouvoir observer la mère mais aussi l'enfant dans des conditions idéales, ce qui nécessite parfois de se déplacer ; une femme en train d'allaiter son nouveau-né sur le fauteuil puis que la sage-femme examinera sur le lit, par exemple. Nous parlions du côté dynamique de la communication non verbale

avec les gestes, il ressort également avec ces positions qui changent souvent. Ce côté dynamique s'accorde avec l'adaptation de la sage-femme pour la prise en charge de la patiente et du couple mère-enfant. Le positionnement de la sage-femme change donc souvent, cependant il est rattaché la plupart du temps au positionnement de la femme, l'idée d'un niveau d'égalité, la proximité nécessaire pour faire l'examen clinique comme en consultation et le contact à établir avec la femme. Nous avons observé que les sages-femmes se placent proche du lit de la patiente pour mettre un premier pas dans leur intimité. Elles vont souvent s'asseoir sur le lit de la femme dans un second temps. Cette position amène le contact, permet d'entrer dans la bulle d'intimité de la femme et essaie d'enlever ce côté patiente-professionnel pour arriver à une égalité dans la relation. Puis lors de l'examen clinique la sage-femme va redevenir mobile tout en restant proche de la femme. Elle redevient le soignant et se remet debout près de la femme pour mieux observer et afin que son examen clinique se fasse correctement.

Nous constatons donc que la place de la sage-femme résulte d'un ensemble de nécessités pour celle-ci, toujours dans l'objectif de créer une relation sereine avec la femme et de penser à son bien-être. Cette place résulte aussi du non verbal de la patiente.

6. Les différents temps de la consultation

Nous avons abordé ce sujet au début de notre discussion. Nous avons parlé des temps de concentration, réflexion et de détente qui composaient une consultation ou un examen en suites de couches. Nous allons voir maintenant les deux phases observés dans les films : un temps de discussion et un temps pour l'examen clinique.

Ces deux phases se différencient de plusieurs manières que la communication non verbale met en avant. Lors du temps de discussion, nous avons pu constater que c'est à ce moment que ressort le positionnement d'égalité auquel les sages-femmes veulent arriver. C'est un moment de partage, d'écoute puis lorsqu'il arrive après l'examen clinique, de détente. Ce qui est visible dans ce temps de discussion et qui différencie le plus ces deux phases réside dans le regard de la sage-femme et la direction qu'il prend. Lorsque la sage-femme parle ou écoute la femme, elle va la regarder, l'observer, être attentive à son visage, sa position, ses gestes. Lors du temps de l'examen clinique, la sage-femme se retrouve dans son rôle de professionnel, de soignant, elle est concentrée. Elle prend en compte dans sa façon d'examiner la patiente la pudeur et le malaise que peut ressentir celle-ci, ce qui est moins présent dans la discussion. A ce moment, le regard de la sage-femme va se perdre ailleurs que sur la femme, elle va regarder par la fenêtre, le mur, être dans ses pensées. Tout cela dans l'esprit du bien-être de la patiente surtout lors du toucher vaginal puisque c'est à ce moment que l'intrusion dans l'intimité et le corps de la femme est à son paroxysme, ce qui n'est évident pour aucun des deux.

La différence entre ces deux phases rassemble tous les points que nous avons abordé antérieurement notamment celui de l'inconscience. En effet, la communication non verbale lors de la discussion est essentiellement inconsciente alors que dans l'examen clinique tout est quasiment volontaire et réfléchi, le côté responsabilité du soignant l'obligeant.

Après avoir examiné tous ces points, nous allons revenir à notre question de départ ainsi qu'à nos hypothèses avec ce que nous venons de détailler.

7. Analyse finale

Rappelons notre question de départ. Chaque sage-femme utilise ses mots pour communiquer avec la femme ou le couple, cependant il existe en concomitance à la communication verbale, une communication non verbale importante. En quoi le non verbal produit-il un effet sur la relation entre sage-femme et femme ou couple ?

Nous avons démontré que la communication non verbale de la sage-femme est la plupart du temps inconsciente mais que lors de l'examen clinique celle-ci est volontaire et réfléchie. Elle permet à la sage-femme de créer au-delà des mots, une relation de confiance, sereine et évoluant dans les deux sens avec la femme, chacune apportant quelque chose à l'autre. Lorsqu'elle est inconsciente la communication non verbale est présente afin d'aider la sage-femme pour être le plus claire et précise possible dans ses dires et ses explications. Lors de l'examen clinique, elle sert pour aider la femme à se détendre, à créer une proximité pour le bien être de la patiente, afin que l'examen se fasse dans de bonnes conditions.

Une de nos hypothèses de départ est de dire que la communication non verbale est, la plupart du temps, inconsciente, de ce fait la sage-femme prête peu attention aux répercussions de cette dernière sur la femme ou le couple. Nous avons constaté que la communication non verbale de la sage-femme est utilisée consciemment ou inconsciemment dans le seul but d'obtenir une prise en charge individualisée et adaptée à la femme. Cela par le biais de l'utilisation du non verbal en lien avec le verbal notamment lorsqu'il sert à illustrer le discours de la sage-femme et que celle-ci l'utilise pour sa concentration, sa réflexion et l'écoute de la patiente. Cette communication non verbale lui permet aussi de penser au confort, à la pudeur et au fait qu'elle entre dans

l'espace d'intimité de la femme. En effet, la relation entre femme et sage-femme se base sur la confiance, l'écoute, le partage et le fait que la maternité ne soit pas une maladie. Ainsi mis en avant, ces affirmations réfutent notre hypothèse. Il serait correct de dire que la communication non verbale de la sage-femme qui est souvent inconsciente se répercute de manière positive au sein de la relation femme/sage-femme ainsi que sur la prise en charge de la femme. Cependant, il peut exister des situations où la sage-femme peut être préoccupée par autre chose que sa prise en charge de la femme dont elle s'occupe. Nous pouvons nous demander si dans ces cas exceptionnels, notre hypothèse serait valide.

Notre seconde hypothèse est formulée ainsi : la femme ou le couple entendent les mots qu'une sage-femme dit et vont interpréter tout ce qui accompagne ces mots à travers sa communication non verbale. Nous avons vu lorsque nous parlions de l'ouverture à l'autre que si une sage-femme lors de son arrivée dans une chambre ou en consultation est fermée, ne regarde pas la patiente, celle-ci va le ressentir et peut se fermer à son tour. De même, si une patiente est fermée, la sage-femme peut se fermer également. Cela complique la communication entre la patiente et la sage-femme et peut engendrer une mauvaise interprétation. La femme est accaparée par sa grossesse, son accouchement et son enfant lorsqu'il est né et tout ce que va dire la sage-femme, elle va le garder en tête et peut le ressasser, surtout si le non verbal de la sage-femme s'est exprimé à ce moment-là. C'est pourquoi la sage-femme utilise son non-verbal comme moyen d'illustration, lors de ses questions, ses explications et tout ce qu'elle va dire. Pour que la prise en charge de la femme soit la meilleure possible, il est nécessaire que la compréhension de la femme soit maximale. C'est pourquoi les sages-femmes essaient d'établir une relation de confiance, d'écoute et de partage puisque

dans ce cas la communication est plus facile, l'illustration des propos plus simples et l'interprétation que va faire la femme du discours de la sage-femme sera en adéquation avec celui-ci. C'est pourquoi nous pouvons valider notre hypothèse. Il serait intéressant de filmer à leur tour les femmes pour aller plus loin dans notre étude et notamment pour ce point.

Le non verbal est présent constamment au sein de la relation femme/sage-femme. Il est nécessaire et même capital pour la sage-femme afin d'établir une bonne relation avec la femme, de prendre en charge la femme de manière adaptée et d'être le plus compréhensible possible.

CONCLUSION

Notre étude avait pour but d'obtenir un approfondissement de nos connaissances au sujet de la communication non verbale, que nous pourrions appliquer dans notre future profession. A cette fin, nous avons cherché quels effets cette communication a sur la relation entre une femme et une sage-femme. Ce qui nous a permis de mettre en avant plusieurs éléments.

Tout d'abord, notre étude a montré que la communication non verbale est la plupart du temps inconsciente excepté lors de l'examen clinique où le rôle de professionnel est le plus mis en évidence. Elle met à jour que le rôle de la sage-femme n'est pas juste professionnel mais aussi relationnel, la confiance, l'écoute, le partage étant primordial. Le rôle de professionnel ressort par le non verbal avec les temps de concentration et de réflexion nécessaire pour une prise en charge adaptée de la femme. Cette part inconsciente se veut, dans la relation entre femme et sage-femme, dans l'intérêt de la femme, de son bien-être.

Ensuite, notre étude montre que la compréhension de la femme est essentielle pour sa prise en charge. Ainsi, la sage-femme va tout faire pour que l'interprétation de la femme corresponde à son discours. Pour cela, la sage-femme utilise la communication non verbale de manière à illustrer ses propos. Dans la même intention, elle va employer la relation établie avec la femme afin que la confiance qui s'est installée entre elles permette que la femme n'ait pas de méfiance et puisse facilement s'exprimer.

Par conséquent, de notre travail se dégage trois axes de réflexion. Le premier qui nous semble intéressant serait d'étudier la communication non verbale de la femme. Cela permettrait d'analyser le retentissement sur la relation avec la sage-femme et confirmer ou réfuter le fait que les femmes interprètent le non verbal de la sage-femme au-delà de ses mots. Puis, nous avons vu que la communication non verbale est utilisée pour le bien-être de la femme et sa prise en charge individualisée. Il serait pertinent d'observer et

réfléchir sur les situations où les sages-femmes sont préoccupées et que leur non verbal les trahissent. Enfin, nous savons que les sages-femmes ne s'occupent pas seulement des femmes françaises mais bien de toutes les femmes qui viennent à l'hôpital. Il existe parmi ces femmes des patientes issues d'un milieu ethnique différent avec des cultures différentes. Les codes de communication qu'elles utilisent ne sont alors pas les mêmes que ce de la sage-femme. Nous pourrions, dans ces situations, étudier si deux manières différentes d'utilisation de la communication non verbale permet tout de même de se comprendre et si l'échange est, de cette façon, plus égal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anderson HA, Young J, Marrelli D, Black R, Lanbreghts K, Twa MD. Training students with patients actors improves communication : a pilot study. *Optom vis sci.* 2013 nov 7
2. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris : Payot ; 1960
3. Bioy A, Bourgeois F, Nègre I. *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques.* 2d ed, Paris : Bréal ; 2009
4. Bonneaudeau S. *Le médecin/Malade : un patient comme les autres.* Thèse de médecine. Université Paris VII ; 2011, 130p.
5. Boubée N. « La méthode de l'autoconfrontation : une méthode bien adaptée à l'investigation à l'investigation de l'activité de recherche d'information ? » *Etudes de communication*, [en ligne].
<http://edc.revues.org/index2265.html>
6. Bougnoux D. *Sciences de l'information et de la communication.* Larousse, Paris : 1993, p 138-146
7. Breton P, Preulx S. *L'explosion de la communication, introduction aux théories et aux pratiques de la communication.* 4th ed, Paris : la découverte ; 2012
8. Conquet A. *Savoir écouter, secret d'efficacité.* Paris : centurion ; 1973

9. Corraze J. Les communications non verbales. 4th ed. Paris : Le psychologue ; 1992
10. Cosnier J. Les gestes du dialogue, la communication non verbale. Psychologie de la motivation. 1996, 21, 129, 138. [Consulté le 14/02/14]. Disponibilité : icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/publications.htm
11. Cosnier J, Coulon J, Berrendonner A, Orecchioni C. Les voies du langage, communication verbale, gestuelle et animale. Paris : Dunod ; 1982
12. Courtin C. Langue des signes, théories de l'esprit et socialisation de l'enfant sourd profond de naissance. Les cahiers actifs. Mars-juin 2001, n° 298-301 [consulté le 22/01/14]. Disponibilité : www.actif-online.com/fichiers/articles/art_courtin_sourd.pdf
13. Duboscq J, Clot Y. L'autoconfrontation croisée comme instrument d'actoin au travrs du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. Revue d'anthropologie des connaissances. 2010/2 ; Vol 4 n°2 : 255-286
14. Falzon P, Mollo V. Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. Ergonomics laboratory. 2004 nov ; 35 (6) : 531-40

15. Labelle R. Le non verbal qui parle fort, décoder les émotions et les intentions derrière les gestes et les attitudes. Québec : le dauphin bleu ; 2010

16. Lowen A. Le langage du corps. Paris : Tchou ; 1977

17. Marsille JB. La communication non verbale, l'art de communiquer sans mot dire. Paris : Gualino ; 2013

18. Mattelart A et M. Histoire des théories de la communications. 3^d ed, Paris : la découverte ; 2004

19. Messinger J. Décodeur gestuel. Les gestes du quotidien décryptés. First édition : Paris ; 2006

20. Meyer A, Peltier C. Entretien d'autoconfrontation. Cours Semactu. 2010-2011

21. Vion R. La communication verbale, analyse des interactions. Paris : Hachette supérieure ; 1992

22. Vion R. L'analyse des interactions verbales. Les carnets du cediscor. 1996, mis en ligne le 22/07/09, [consulté le 02/02/14]. Disponibilité : <http://cediscor.revues.org/349>

23. Yvon F, Garon R. Une forme d'analyse du travail pour développer et connaître le travail enseignant : l'autoconfrontation croisée. *Recherches qualitatives*. 2006 ; Vol 26 (1) : 51-80

24. Zuzek C. Good communication. *Tex med*. 2013 nov 1 ; 109(11) : 49-53

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

**Annexe I : Les facteurs de langage
selon Jacobson**

**Annexe II : Autorisation n°1 et n°2
pour les films**

Annexe III : Le logiciel Tropes©

Annexe IV : Corpus de texte

Annexe I

Les facteurs du langage selon Jacobson

Facteurs constitutifs d'un procédé linguistique :

Contexte

Destinataire -----> Message -----> Destinataire

Contact

Code

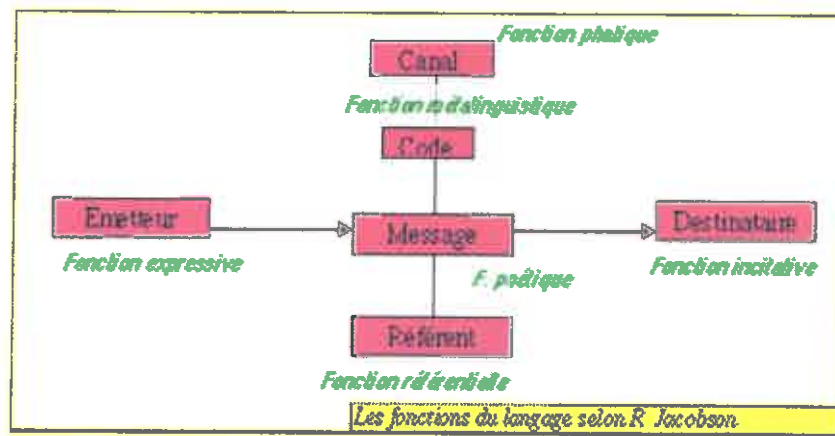
Fonctions constitutives associées à ces facteurs :

Référentielle

Expressive -----> Poétique -----> Conative

Phatique

Métalinguistique



ANNEXE II

Autorisation de film n°1



**Autorisation d'interview, de reproduction et de représentation d'image
à remplir par la personne photographiée ou filmée**

Cadre réservé au CHU-Hôpitaux de Rouen

Fiche N° : **R - 20**.....
Lieu de prise de vue :

Je soussigné(e).....
demeurant à.....

concernant les enfants mineurs

Nom - Prénom....., né(e) le..... à.....

concernant les personnes majeures incapables dont je suis le tuteur

Nom - Prénom....., né(e) le..... à.....

Autorise
la rédaction de..... par l'intermédiaire de son photographe et/ou de son journaliste :
.....
la radio.....
le CHU de ROUEN

à exploiter les documents cinématographiques (image/son) et/ou photographiques sur lesquels je figure, pour tous usages de communication interne ou externe à but non publicitaire ou commercial, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), sans aucune limitation, intégralement ou par extraits. Ceci sans réserve, ou contrepartie de quelque nature que se soit. En conséquence, j'autorise l'éditeur ou le producteur à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Cette autorisation est valable pour une durée de.....

Dans le cadre de son partenariat, j'autorise le CHU de Rouen à transmettre les images au CHU d'Amiens, Caen et Lille, qui s'engagent à respecter les mêmes conditions d'exploitation et de mon intégrité.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

- Exige que son visage soit masqué sur le reportage filmé
- Exige de garder l'anonymat (nom et prénom non cités)
- Ne souhaite pas figurer sur les réseaux sociaux

En cas de revirement pour moi-même, un de mes enfants mineurs ou d'une personne sous ma tutelle, j'en informerai officiellement le CHU de telle sorte que ma nouvelle volonté porte effet pour les réalisations à venir.

Fait à....., le....., en deux exemplaires et de bonne foi.

Signature de l'éditeur :

Signature de la personne photographiée, filmée et/ou interviewée ou de son représentant légal

Autorisation à renvoyer à l'atelier Audiovisuel du CHU-Hôpitaux de Rouen, 1 rue de Germont - 76031 Rouen Cedex

Autorisation de films N°2



Recherche sur la communication non verbale dans la relation entre femme et sage-femme

Travail de recherche auprès des sages-femmes en situation d'examen clinique

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

Autorise l'école de Sage-femme de Rouen à exploiter les documents cinématographiques (image et son) sur lesquels je figure, pour tous usages de communication interne ou externe à but non publicitaire ou commercial, ceci sans réserve, limite de temps ou contrepartie de quelque nature que se soit.

En cas de revirement pour moi-même, j'en informerai officiellement l'école de sage-femme de telle sorte que ma nouvelle volonté porte effet pour les réalisations à venir

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention manuscrite : « Autorisation à effet immédiat »

A.HERDENBERGER Etudiante en 5^{ème} années de sciences maïeutiques – C.DURIER Sage-femme
directrice de l'école de SF ERFPS Rouen

ANNEXE III

Le logiciel Tropes® 8.4

Le logiciel Tropes® a été développé sur la base des travaux du sociologue Rodolphe Ghiglione, concernant les méthodes d'analyse de contenu ou de discours. Les développeurs se sont également inspirés de la linguistique anglo-saxonne et des recherches sémantiques du linguiste John Lyons.

L'analyse de texte avec Tropes®:

- Les catégories de mots:

Ce logiciel regroupe des mots qui apparaissent dans le texte en plusieurs catégories:

-Substantifs

-Verbes

-Connecteurs

-Pronoms personnels

-Modalisations

-Adjectifs qualificatifs et nombres

Le logiciel réalise un traitement complexe qui vise à affecter tous les mots significatifs à une catégorie afin d'effectuer l'analyse. Il est possible de voir leur fréquence d'occurrence à l'aide d'un compteur. Une catégorie de mots est significative lorsque son occurrence est supérieure à la moyenne. Ces résultats sont construits en comparant les statistiques de répartition de catégories du discours analysés avec des tables internes au logiciel.

- **Analyse statistique**

Ce logiciel effectue plusieurs types d'analyse du texte. Nous en avons utilisés deux pour l'analyse de notre travail. Les statistiques sur la fréquence globale d'apparition des grandes catégories de mots ainsi que les statistiques sur le taux de liaison des catégories de mots et leur occurrence.

ANNEXE IV

Corpus de textes *

| | |
|-----------------------------|------|
| ENTRETIEN N°1 : Madame A. | p.1 |
| ENTRETIEN N°2 : Madame B. | p.11 |
| ENTRETIEN N°3 : Madame C. | p.23 |
| ENTRETIEN N°4 : Monsieur D. | p.45 |
| ENTRETIEN N°5 : Madame E. | p.79 |