Étude de la communication entre professionnels et entre professionnels-parturientes en salle de naissance : étude qualitative reposant sur des observations de stage d'étudiants sages-femmes à la suite d'une intervention sur la sensibilisation à l'anthropologie de la communication de la SMa2 à la SMa5 entre 2005 et 2020 à l'École Universitaire de Maïeutique de Brest

Lou Léger

▶ **To cite this version:**

Lou Léger. Étude de la communication entre professionnels et entre professionnels-parturientes en salle de naissance : étude qualitative reposant sur des observations de stage d'étudiants sages-femmes à la suite d'une intervention sur la sensibilisation à l'anthropologie de la communication de la SMa2 à la SMa5 entre 2005 et 2020 à l'École Universitaire de Maïeutique de Brest. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03847600

HAL Id: dumas-03847600

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03847600

Submitted on 10 Nov 2022

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2022

ETUDE DE LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS ET ENTRE PROFESSIONNELS-PARTURIENTES EN SALLE DE NAISSANCE

Etude qualitative reposant sur des observations de stage d'étudiants sages - femmes à la suite d'une intervention sur la sensibilisation à l'anthropologie de la communication de la SMa2 à la SMa5 entre 2005 et 2020 à l'EUMB

Présenté et soutenu par Lou LÉGER

Née le 11.05.1998

Directrice du mémoire : Mme Marie-Armelle BARBIER-LE DÉROFF

REMERCIEMENTS

"Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez en comprendre, ce que vous voulez comprendre et ce que vous comprenez, il y a au moins neuf possibilités de ne pas se comprendre." Bernard WERBER

En un mot :

Merci

Mme Barbier, d'être vous, d'être là, d'être intéressée et intéressante, de donner, de prendre, sans jugement, merci.

Anne Courtine, sage-femme, enseignante à l'oreille attentive et cultivatrice de bonne humeur et de folie, merci.

L'équipe de l'EUMB, prenant soin de vos bébés sages-femmes comme des vôtres ; de nous avoir encouragé, grondé, grandi, merci.

Ma promotion, à nos petites victoires et nos loupés, à toutes ces futures sages-femmes au top, merci.

Mes parents, pour ce périple traversé ensemble, votre soutien sans relâche, à mon tour de prendre soin de vous, merci.

Hugo et Capucine, d'être mes alliés de sagesse et de bêtise, de me rendre meilleure, merci.

Les Boubous, une Histoire d'amour. Je veux continuer de chalouper avec vous, des amies incroyables, merci.

Angela, d'avoir presque réussi à me convertir au one life, de me partager tes doutes et tes joies, merci.

Chloé, à nos expériences en tout genre, tu resteras mon alcoolyte de ces études et mon amie de toujours, merci.

Mon kanak, d'être patient, attentionné et un peu fou, avec tout mon amour, merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

MATÉRIELS ET MÉTHODES 8

Etude 8

Population 8

Outils 9

RÉSULTATS 9

Actes réalisés en salle de naissance retranscrits par les étudiants.tes sages-femmes 11

Le suivi du travail 11

La pose de la péridurale 12

La césarienne en urgence 14

Les interactions inhabituelles 16

La mort foetale in utéro (MFIU) et l'Interruption médicale de grossesse (IMG) 17

Facteurs intervenant dans la relation de communication 18

Les étudiants au coeur de ces interactions 21

ANALYSE ET DISCUSSION 23

Objectifs de l'étude 23

L'identification des facteurs intervenants dans la communication 23

La place des étudiants 23

Forces et limites de l'étude 24

Le choix des services 24

Le choix des observations 24

Le délai de retranscription 24

Les données quantitatives 24

Quinze ans d'observations 25

Discussion des résultats 26

La communication en équipe dans l'urgence 26

Les cours de préparation à la naissance 27

Le principe de bienfaisance 27

CONCLUSION 29

RÉFÉRENCES 30

GLOSSAIRE

APD : Analgésie péridurale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

EUMB : Ecole Universitaire de Maïeutique de Brest

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interruption médicale de grossesse

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFIU : Mort foetale in utero

NN : Nouveau Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

UGO : Urgences gynéco-obstétricales

I. INTRODUCTION

“Tout refus de communiquer est une tentative de communication ; tout geste d’indifférence ou d’hostilité est un appel déguisé”.(1) Aussi difficile qu’elle soit à caractériser, la communication peut être définie comme un « passage ou échange de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux ».(2) C’est un moyen pour l’Homme de s’exprimer, de partager, une information, un sentiment, un état d’être, avec autrui. Chaque individu à sa propre façon de communiquer et à chaque situation rencontrée, à chaque contact, il va essayer de l’adapter.
Dans le domaine médical, la communication peut se définir comme “un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public. La communication professionnelle en médecine comporte essentiellement deux fonctions : la première étant l’échange d’informations et la seconde, le développement d’une relation.”(3) L’échange d’informations va demander un savoir théorique et une attitude professionnelle adaptée, tous deux indispensables à tout professionnel de santé. Alors que le développement d’une relation demande des aptitudes plus pragmatiques.

Le métier de sage - femme est une profession médicale qui fait intervenir cette notion importante de communication. Selon la définition internationale des sages - femmes, révisée en Juin 2017 par le Conseil de l’ICM, (Confédération internationale des sages -femmes) : « La profession sage - femme regroupe un ensemble unique de connaissances, de compétences et d'attitudes professionnelles issues de disciplines partagées par d'autres professions de la santé telles que les sciences (médicale, sociale, humaine) et la sociologie, mais qui sont exercées par des sages - femmes dans un cadre professionnel caractérisé par l'autonomie, le partenariat, l'éthique et la responsabilité.” (4) La communication est donc un outil, un élément indispensable permettant de mettre en relation toutes ces facettes et compétences du métier de sage - femme.
En salle de naissance, nombreuses professions se côtoient : sages - femmes, auxiliaires de puériculture, aides - soignants, infirmiers, gynécologues-obstétriciens, internes, pédiatres, anesthésistes. En effet, la prise en charge d’un accouchement est multidisciplinaire. Pour que le suivi et l’accouchement des parturientes soient sécurisés et homogénéisés, la communication au sein des équipes soignantes est un axe majeur à considérer dont dépend la motivation des personnels mais également la qualité et la sécurité des soins. (5)(6) Cela prend encore plus son sens lorsqu’il s’agit de la naissance, qui, avant d’être un acte physiologique surveillé, est un événement majeur dans la vie de la femme qui devient mère. (7) Un accouchement mal accompagné peut s'avérer physiquement et psychologiquement très traumatisant (corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance). (8)

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, des lois sont venues progressivement encadrer et structurer les prises en charges médicales. Une des lois les plus importantes relatives à ce domaine est la Loi Kouchner du 4 Mars 2002, selon laquelle le patient doit disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairée son consentement aux actes médicaux et aux traitements. (9)

Toutefois, si l'information est donnée, elle peut l'être sous de nombreuses formes (Verbale, para-verbale, non verbale, écrite..). La manière dont elle va être communiquée, incluse dans une relation, un échange, est aussi importante que son contenu. Le travaux de Marie Bruyère, médecin Anesthésie Réanimateur au CHU de Bicêtre, résument l'ensemble des paramètres de la communication verbale et non verbale dans ce tableau. (10)

Bonne communication verbale	
Etre entendu Etre écouté Etre compris	Placer la voix au bon niveau (selon la distance/le nombre d'interlocuteurs) Articuler Appuyer sur les consonnes Soigner les accroches et la ponctuation Penser « il était une fois Maîtriser le débit, la respiration Message claire et dynamique Simplifier le vocabulaire Répéter (mémorisation) Soigner l'argumentation
Mauvaise communication verbale : mots et expressions à éviter	
Mots trop techniques Mots noirs « danger, douleur, peu mal, risque, froid… » Expressions négatives « vous ne devez pas.. ne faites pas ça » Expressions dubitatives « peut être que… il me semble que » Expressions d'opposition « stop… arrêter.. ça suffit » Expressions inutiles « c'est à dire… euh… »	
Outils de communication non verbale	
Le regard Les expression du visage, les mouvements de tête Les mains, les gestes La position, les mouvement du corps	

Paramètres de communication

Dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, il apparaît indispensable d'en définir le sens. La qualité des soins est un concept multidimensionnel qui peut donc être envisagé par différentes approches.(11)(12) Une des approches est la dimension de qualité de l'acte médical et de ses caractéristiques techniques (recommandations, protocoles de services, efficacité, sécurité..) (13). La dimension relationnelle est également à prendre en compte puisqu'elle garantit le succès des meilleurs soins techniques proposés.(12) Elle inclut la capacité d'écoute, de tact, d'empathie, de sensibilité, de confidentialité dont la présence dépend de l'attitude, du comportement, de la posture du professionnel ainsi que de sa façon de communiquer. (14) La qualité du service dans sa gestion, de la mise à disposition de matériel et de personnel qualifié suffisant est gage de qualité de soins.

(15)(11) Enfin, la compliance du patient et sa volonté, sa capacité à participer aux soins (compréhension, observance…) permet de tendre à une qualité de soins supérieure. (16) (9)

Ces dernières années, l'information et le consentement éclairé des parturientes ont été remis en cause, notamment à travers les scandales de violences obstétricales. (17) (18) Ces actes gynéco-obstétricaux inconfortables non consentis bien que parfois nécessaires sont d'autant plus à éviter qu'un "soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales."(17) Cela amène à s'interroger sur l'importance de la communication et de la relation de soin entre soignants et soignants-soignés en salle de naissance et l'importance d'être formé et accompagné dans l'acquisition de ces compétences.

Cette dimension relationnelle peut être considérée comme propre à chaque professionnel de santé en fonction de sa personnalité, son vécu, son expérience, sa formation. Une telle représentation ne peut favoriser un apprentissage aisé aux étudiants sages - femmes, rarement accompagnés par les mêmes professionnels d'une garde à l'autre.

Ayant conscience de l'enjeu de la communication dans la prise en charge médicale, le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la formation, impose un apport théorique de cet aspect relationnel, lors du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques : "L'enseignement doit comprendre un tronc commun permettant l'acquisition de compétences et de connaissances pour communiquer". (18) (19)

Malgré l'apport obligatoire de ces compétences, il revient à chaque école de sage - femme d'en organiser leur apprentissage sous la forme souhaitée, celle qui semble la plus appropriée pour permettre aux étudiants, professionnels en devenir, d'avoir des bases solides de communication.

L'école de sage - femme de Brest a pris la décision en 2005, de sensibiliser ses étudiants à cette partie relationnelle de la profession, à l'aide de l'intervention de Mme Barbier-Le Déroff, maitre de conférences en ethnologie, à travers l'anthropologie de la communication. Cet apport est d'abord théorique pour comprendre l'intérêt de l'anthropologie dans la communication et apprendre aux étudiants à devenir acteurs dans les situations d'interactions. Puis les étudiants sont invités à réaliser des observations de "terrain" choisies lors de stages et d'en faire une transcription écrite, suivie d'échanges, de jeux de rôles entre étudiants.

Au travers de ces récits, nous chercherons à comprendre quels sont les facteurs intervenant dans les relations de communication entre professionnels et entre professionnels et parturientes en salle de naissance.

L'objectif principal de cette recherche est d'identifier, à partir de situations concrètes, les conditions favorisant ou non une relation de communication de qualité entre soignants et soignants-soignés en salle de naissance.

L'objectif secondaire est d'analyser les points de vues et ressentis des étudiants au cœur de ces interactions.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Etude

Étude qualitative rétrospective des observations de terrains faites par des étudiants sages - femmes de Brest, de la SMa2 à la SMa5 entre 2005 et 2020, en salle de naissance. Le corpus de documents correspond à des observations réalisées dans le cadre de cours de sensibilisation à l'anthropologie de la communication au sein du module « parentalité ».

Les observations sont anonymisées.

Cette étude ne correspond pas à une recherche impliquant la personne humaine et ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé.

2. Population

Les 299 observations de terrain transmises concernent différents acteurs en présence dans les situations observées (la patiente et son accompagnant.e, les sages - femmes, les auxiliaires de puériculture, les infirmières, les anesthésistes, les internes, les externes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les étudiantes sages - femme). Ces observations renvoient à différents contextes prenant en compte le lieu où se déroule le stage (PMI, hôpital public, hôpital privé, cabinet libéral…), le service (maternité, salle de naissance, consultations, CPEF...), la période d'observation (jour, nuit, début, milieu ou fin de garde…).

Ont été incluses dans l'étude différentes situations de liens entre professionnels et professionnels-parturientes en salle de naissance (104).

Sont exclues les situations où il n'y a pas intervention d'au moins un professionnel de santé ou étudiant dans la relation, les situations qui ne se déroulent pas en salle de naissance et les situations dont le contenu ne permet pas d'analyser la relation.

3. Outils

D'une part, s'agissant d'un format d'étude n'ayant encore jamais été expérimenté, il a fallu trouver la manière la plus efficace et efficiente pour organiser les informations recueillies au fil des

lectures. Étant donné la quantité des données fournies, nous avons sélectionné uniquement les interactions en salle de naissance car c'est le service qui a été quantitativement le plus choisi par les étudiants pour faire leurs observations et dans lequel il y avait le plus de facteurs intervenant dans les interactions.

Nous avons construit une grille de lecture qui a permis d'identifier plus facilement le contexte (quel sujet revient souvent, ce qui fonctionne bien ou mal autour de ce sujet, autour de quel acte se déroule la situation) et les facteurs intervenants : facteurs redondants (quantitativement) et qui semblent pouvoir être des facteurs concluants (c'est à dire des facteurs qui ont permis de faire progresser la relation (positivement ou négativement)), autres facteurs non redondants mais qui ont eu leur importance.

La grille se compose de différentes colonnes : Année de l'observation, analyse de l'étudiant : oui/non, acteurs, action, problème rencontré (ou non), facteurs intervenants, éléments semblant importants à souligner dans l'interaction.

Cette grille a été modifiée au fil des lectures afin qu'elle soit la plus complète possible. Une dernière lecture des observations a été effectuée avec la grille complète.

III. RÉSULTATS

L'étude est menée sur 104 retranscriptions d'observations faites entre 2005 et 2020. L'année 2008-2009 n'est pas représentée du fait de l'absence d'observation cette année-là.

Corpus des retranscriptions d'observations

Année	Nombre d'observations totales	Nombre d'observations en salle de naissance analysées
2019 - 2020	24	9
2018 - 2019	23	15
2017 - 2018	30	13
2016 - 2017	21	7
2015 - 2016	24	5
2014 - 2015	36	21
2013 - 2014	18	6
2012 - 2013	20	6
2011 - 2012	22	5

2010 - 2011	22	2
2009 - 2010	17	5
2008 - 2009	0	0
2007 - 2008	10	1
2006 - 2007	13	4
2005 - 2006	19	5
TOTAL	**299**	**104**

Les résultats présentent les situations évoquées dans les retranscriptions et les actes réalisés lors de ces situations. Des facteurs se sont révélés au cours des différents actes par leur redondance ou leur importance. Ils peuvent être répartis en 3 catégories (selon si le facteur concerne le contexte, la parturiente, les professionnels) qui sont interreliées et qui s'articulent autour de cet acte qui se déroule en salle de naissance. Lors de la retranscription de l'acte qui s'effectue, les étudiants complètent et détaillent les descriptions par des adjectifs, des émotions parfois des analyses de la situation. Cela nous permet de comprendre et de nous approcher de l'état d'esprit dans lequel il se trouvait, et quels éléments (comportement, posture, vocabulaire utilisé et ton employé) faisaient sens pour eux.

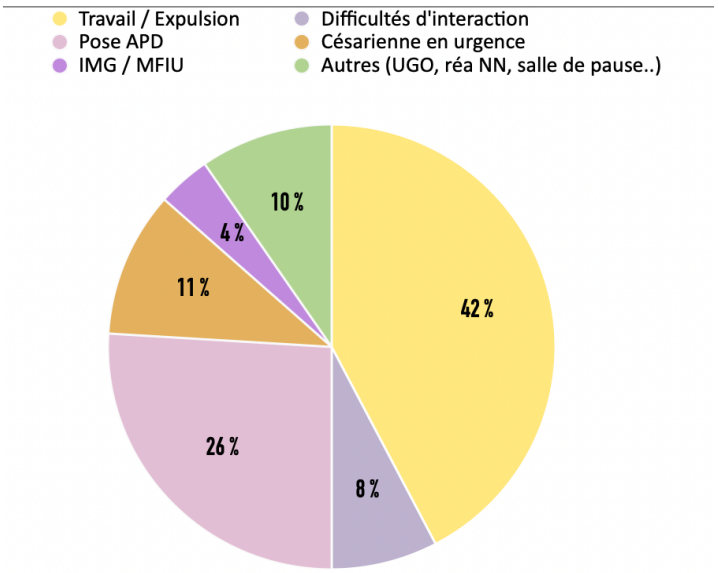


Figure 1 : Diagramme des actes effectués dans les salles de naissances (répertoriés dans les retranscriptions)

1. Actes réalisés en salle de naissance retranscrits par les étudiants.tes sages-femmes

Tous les passages en italique correspondent à des citations de retranscriptions des étudiants. Les “je” renvoient donc à l’étudiant, auteur de la retranscription. Aucune modification n’a été apportée. L’année universitaire de l’étudiant est précisée à la fin de l’extrait.

a. Le suivi du travail

La majorité des observations concernent une interaction au cours d’un acte lors du travail (qui commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté) ou de l’expulsion (naissance). 31 retranscriptions par les étudiants laissent paraître une relation de communication difficile, les 13 autres semblent avoir été choisies pour leur qualité.

L’interaction peut être à titre d’information, d’installation d’une relation de confiance, de réponse aux questions, ou encore d’encouragements lors des efforts expulsifs. “*Pendant l’accouchement, elle a tenu ma main et son mari lui a tenu l’autre main, la sage-femme l’encourageait pour pousser. Nous étions tous là, autour d’elle, à essayer de la soutenir au maximum, soit par le toucher, soit par la parole. (...) La femme nous a répondu que notre présence avait beaucoup compté et que c’était la meilleure chose que l’on pouvait faire dans cette situation, simplement être là.” (2019-2020).* Cependant, en salle de naissance, une situation des plus physiologiques peut rapidement devenir une urgence. Et dans ce cadre là, il n’est pas toujours aisé de maintenir les relations telles qu’elles étaient : *“Le climat relationnel que nous avons instauré avec ce couple durant le travail et l’accouchement était idéal pour que le moment s’annonce magique nous communiquions beaucoup, répondant à toutes leurs questions, les sollicitant. (...) En 5 min, on est passé de 4 acteurs à 10 acteurs, sans même avoir le temps d’expliquer au couple ce qui se passait à ce moment-là. Tout était fait précipitamment, la tension était palpable dans la salle de naissance, le couple pleurait, ne comprenait pas et s’inquiétait.” (2014-2015)*

S’il est difficile de garder une relation stable lors des situations d’urgence, cela devient encore plus compliqué quand la première rencontre se fait dans l’urgence. Lors des naissances compliquées, les médecins interviennent rapidement et doivent être efficaces à la fois dans la communication avec la patiente pour obtenir leur coopération et à la fois dans l’acte médical qu’ils doivent réaliser en urgence. *“L’interne de garde (...) prit la décision d’aider la dame grâce à une ventouse. Après avoir tenté d’aider à la descente en encourageant et en réexpliquant la manière de pousser, l’interne s’arrêta. Elle regarda droit dans les yeux de la patiente. Pour attirer son attention, elle lui toucha la main et dit d’une voix forte et ferme “Mme X, écoutez-moi”. Elle attendit que la patiente se détende à*

son tour et qu'elle la regarde. Elle reprit d'une voix moins forte et plus douce : Je sais que vous allez y arriver. Je n'ai aucune envie de vous couper, alors montrez-moi tout ce que vous pouvez sur la prochaine poussée." (2017-2018)

"En voyant ces instruments "de torture" (qualifie t-elle), la future maman panique. On lui explique que c'est pour aider bébé à sortir, qu'il n'est plus très loin. La femme ne comprend pas, elle s'agite, elle crie, devient complètement hystérique et incontrôlable, elle ne veut même plus pousser. (...) Le bébé continuait de bradycarder[1] alors il fallait prendre une décision. Le médecin dit "on l'endort, pas le choix". (...) Le bébé est né dans un ambiance étrange, froide et presque inhumaine. (...) Aurait-on dû prendre le temps de calmer la femme au lieu de l'endormir "pour la faire taire" ? Mais avions-nous vraiment du temps face au cœur du bébé qui continuait de ralentir devant nos yeux ?" (2013-2014)

Il existe d'autres situations moins urgentes où la présence du médecin est nécessaire ; parfois les sages-femmes ont besoin de leur avis sur la prise en charge de la parturiente. *"Quand celui-ci (le gynécologue) est entré dans la chambre, il s'est à moitié présenté en marmonnant, l'air fatigué (il baillait). (...) Ensuite le gynécologue examine la dame sans lui demander la permission. (...) La patiente s'est mise à pleurer alors qu'elle ne l'avait pas fait depuis le début de notre suivi. (...) Le gynécologue à mis 2-3 min avant de relever les yeux et de demander à la patiente s'il lui faisait mal, ce à quoi elle a répondu "oui" (...). Malgré cela, le gynécologue n'interrompit pas son examen. (...) Je me suis alors approchée de la dame en posant doucement ma main sur sa cuisse et en lui demandant doucement si ça allait (...). En effet, de tout le personnel présent à l'instant, personne ne lui avait posé cette question et avait pris soin de s'intéresser à son état." (2014 - 2015)*

Il arrive souvent que les sages-femmes hésitent à prévenir les médecins de peur de les déranger, de peur de recevoir une remarque de leur part s'ils ne trouvent pas l'appel justifié.

" Avant que le chef de garde ne vienne dans la salle de naissance, on me prévient qu'il faut que tout soit prêt quand il arrive. Je ressens une certaine pression au sein de l'équipe. La sage-femme et l'interne semblent plus stressés par la présence du chef de garde que pour le pronostic de la situation. A son arrivée, il demande d'un ton condescendant un masque. L'auxiliaire quitte la chambre en courant pour aller lui chercher ce masque" (2019-2020). Ici, la relation entre les professionnels est affaiblie par l'autorité et la pression que ce médecin exerce sur l'ensemble de l'équipe.

b. La pose de la péridurale

22 des 27 observations autour de la pose de péridurale mettent en avant une relation entre

[1] Ralentissement du rythme cardiaque

professionnels ou entre professionnels et parturiente qui n'a pas été optimale. Dans les 5 autres observations, les étudiants ont exposé des éléments de communication permettant une relation de qualité.

Le début du travail s'accompagne la plupart du temps de la pose de la péridurale (selon le souhait de la patiente). L'acte médical en lui-même est souvent appréhendé par les patientes, réputé pour être douloureux. De plus, il arrive au moment où les femmes ont à faire à des contractions de plus en plus intenses. Afin qu'il soit réalisé dans les meilleures conditions possibles, une coopération doit s'établire entre l'anesthésiste, l'infirmier anesthésiste (IADE) et la patiente. Il est parfois difficile d'obtenir cette coopération : *"L'anesthésiste prit un tabouret et s'assied dans un coin de la salle, face à la patiente et prit un ton très ferme : "Vous n'êtes pas la première, ni la dernière femme à accoucher. Soit vous prenez sur vous et vous écoutez ce qu'on vous dit, soit je ne pose pas la péridurale, car dans ces conditions je ne peux pas le faire."(2014-2015).*

"La patiente a alors une contraction, je lui dis "c'est super, soufflez bien. Ne vous inquiétez pas on piquera la péridurale quand elle sera passée" J'entends alors l'anesthésiste ricaner et chuchoter à l'IADE "Ah bah non au contraire on pique pendant"". (2018-2019)

Il arrive souvent que la sage-femme ou l'étudiant sage-femme reste auprès de la parturiente pour la soutenir et l'aider à maintenir la position qui facilite le geste malgré la douleur des contractions : "*La sage-femme retenait fermement la parturiente par les épaules en lui murmurant près de l'oreille des encouragements, des paroles rassurantes, lui rappelant la position et lui demandant de ne surtout pas bouger avant qu'on ne lui dise. Elle lui expliquait aussi ce que faisait l'anesthésiste dans son dos. (2015-2016)".*

Dans 20 cas sur 27, l'interaction entre l'anesthésiste et la patiente au moment de la pose n'a pas été simple (des difficultés d'interractions ont été identfiées) ; davantage quand il n'y avait pas la présence de la sage-femme : *"Le reste de la pose de la péridurale se passe à l'image de ce premier échange. Il lui dit de dire "Aïe" et au même moment il enfonce l'aiguille d'une manière brutale en ayant à peine attendu que l'anesthésie locale fasse effet. La femme a presque hurlé de douleur. (...) Je me suis demandée par la suite comment il était possible de laisser un médecin exercer avec de telles pratiques." (2018-2019)*

Dans les CHU, la péridurale est souvent posée par un interne anesthésiste. Lorsque celui-ci débute ou qu'il n'a lui même pas une relation de confiance avec le médecin chef qui l'accompagne, la relation est d'autant plus complexe : *"La patiente entendait tous les commentaires que l'anesthésiste faisait à l'interne "Non c'est pas ce produit là" "Attention tu dois être en stérile". La patiente de nature stressée avait demandé à l'anesthésiste que ce soit elle qui pratique le geste et celle-ci avait simplement répondu "Madame on est ici dans un CHU, c'est normal qu'il y ait des étudiants". La sage-femme*

m'annonça qu'en plus de l'atmosphère tendue, l'opérateur a fait une brèche[2] durant l'intervention." (2018-2019).

Si la patiente présente des caractéristiques physiques pouvant complexifier la pose de la péridurale tels qu'une scoliose, une obésité, un tatouage… Cela peut constituer un imprévu pour les anesthésistes qui peuvent lui en faire part. Dans les situations retenues par les étudiants, ils appuient ces caractéristiques avec peu de diplomatie *"On l'entend souffler et s'énerver derrière la patiente, il n'arrive pas à poser la péridurale. Il s'arrête, demande à la dame combien de poids elle a pris durant la grossesse : "24kg". Alors il répond "Et bien ça se voit… Et il se sont mal placés en plus !" (2014-2015).*

"Le médecin rencontre quelques difficultés lors de la pose et dit : "Putain c'est pas un bon dos" (...) Il s'y reprend à plusieurs fois. Il souffle à plusieurs reprises pendant qu'il essaye de poser le cathéter. Quand il rate sa tentative, il lance la seringue sur le plan stérile pour recommencer ensuite". (2018-2019)

c. La césarienne en urgence

Sur les 11 retranscriptions de césarienne en urgence, 3 situations ont été choisies pour mettre en valeur une prise en charge adaptée, et 8 situations ont été marquantes et choisies par les étudiants, probablement car elles ne semblaient pas appropriées (selon l'interprétation de l'étudiant).

Si au cours du travail, la parturiente ou son bébé montre des signes de souffrance ou si l'accouchement par voie basse n'est plus envisageable, alors une césarienne en urgence est décidée par le médecin (différents degrés d'urgence existent). Les césariennes ne sont pas toujours envisagées par les femmes, les couples, pour diverses raisons telles que des projets de naissance physiologique, une appréhension de la chirurgie, des croyances religieuses, une absence de préparation à l'accouchement ; moments d'échanges où les possibilités de césarienne en cours de travail sont souvent évoquées. Selon différents facteurs tels que le degré d'urgence, le niveau de la maternité, le nombre de professionnels disponibles, l'équipe n'a pas toujours la possibilité d'expliquer l'ensemble de la prise en charge à venir aux futurs parents. Chaque professionnel accorde une importance variable à l'annonce de cette décision et à l'information et la prise en charge émotionnelle des parents. *"Après discussion avec le gynécologue nous commençons alors à envisager avec la patiente la possibilité d'une césarienne. La patiente angoissée par ces ralentissements, nous fait part de sa peur des opérations, pense qu'elle va être complètement endormie (...). Nous la rassurons du mieux que nous pouvons, lui expliquons qu'elle restera éveillée, qu'elle pourra voir son*

[2] La brèche dure-mérienne fait partie des risques d'une anesthésie péridurale. Elle a lieu lorsque l'aiguille perce la dure mère, laissant s'échapper du liquide céphalo-rachidien (LCR) de l'espace sous arachnoïdien.

bébé et que son conjoint pourra faire du peau à peau. Alors que la patiente semblait enfin rassurée, le gynécologue ouvre la porte sans frapper, regarde la sage-femme en lui lançant "on va partir en césarienne hein, parce que bon ça fait 20 min qu'on a un tracé de merde là", tout ça devant la patiente, sans même lui accorder un regard. (...) La patiente panique au bloc, le conjoint est contraint de sortir et une anesthésie générale est décidée." (2018-2019)

De plus, les césariennes mobilisent de nombreuses équipes soignantes (médecins, anesthésistes, infirmiers, sages-femmes, auxiliaires, pédiatres) ce qui demande une organisation de service précise et efficiente. "*La décision de césarienne est prise, les anesthésistes attendent le bilan sanguin (effectué en urgence à l'arrivée) pour réaliser une rachianesthésie. Lors de cette attente, personne n'a expliqué à la patiente ce qu'il se passait. Le bilan revient perturbé et ils refusent tout acte sans d'autres résultats. La patiente attend de nouveau sans que personne ne lui explique la situation hormis "c'est trop tôt" "bilan perturbé" et le ton qui monte entre les médecins. Ses contractions lui font mal, personne n'est à côté d'elle hormis les sages-femmes, médecins et anesthésistes en tenues de bloc. (...) Chaque équipe défendait ses intérêts au bloc opératoire sans penser à la patiente. (...) Finalement, une anesthésie générale est réalisée. La patiente prise de panique se met à hurler puis s'endort." (2014-2015)*

"La sage-femme a alors appelé tout le monde en urgence (...). J'ai pu remarquer qu'il y avait une excellente communication verbale et non verbale (avec leurs gestes, leurs attitudes) entre les professionnels, chaque personne savait quoi faire. En revanche, il n'y avait aucune communication avec le couple. On n'a pas pris le temps d'expliquer à la future maman ou au futur papa pourquoi tout d'un coup on s'est précipité ni donné d'explication à une éventuelle césarienne si cela empirait. (...) C'est dans ce genre de situation d'urgence, que je remarque l'impact que peuvent avoir nos actes et l'importance de la communication. En effet, la situation peut être mieux acceptée avec de simples explications, des mots rassurants, qui ne prennent pas énormément de temps, même en situation d'urgence". (2019-2020)

La présence de l'accompagnant durant les césariennes n'est pas toujours possible. Il doit alors attendre, le plus souvent seul, soit dans la salle de naissance soit dans le couloir. S'il a la possibilité d'accompagner la parturiente, il doit s'habiller avec une tenue du bloc opératoire. Toutes ces informations lui sont également transmises par l'équipe soignante, parfois déjà trop occupée à assurer la bonne prise en charge de la maman et de son bébé. *"En observant la scène, j'ai pu observer l'inquiétude de la future maman ainsi que l'incompréhension du futur papa qui s'était mis sur le côté en silence pour laisser la place aux professionnels" (2019-2020)"*

"La césarienne est longue, le bébé difficile à extraire. Quand il naît (...) la sage-femme l'enveloppe et part avec lui dans la salle de réanimation néonatale. Le pédiatre, l'interne et l'infirmière sont déjà sur

place et prennent en charge le bébé. (...) Puis la sage-femme revient avec le papa à la porte vitrée, elle demande s'il peut venir, la pédiatre répond seulement "non", il fait demi-tour sans explication. Après intubation, (...), il est décidé de monter le bébé en néonatalogie. Il est installé dans la couveuse avec pleins de tuyaux et de machines et à ce moment là, la sage-femme amène le papa. Celui-ci demande ce qu'il se passe, si ça va aller. La pédiatre répond "il était temps que votre enfant naisse, on va le monter dans le service pour s'occuper de lui". (...) Mais le papa ne semble pas rassuré du tout. Quelques minutes plus tard il se retrouve seul dans la chambre, la sage-femme va le voir et lui explique ce qu'il s'est passé et ce qu'il va se passer maintenant pour son fils. Il s'agissait évidemment d'une urgence vitale pour le bébé comme pour la mère mais j'ai trouvé qu'il y avait eu un réel manque de communication. Que ce soit entre professionnels (se mettre d'accord sur oui ou non à la présence des papa lors de la réanimation) mais aussi entre professionnels et parents/patients. (2017-2018)

d. Les interactions inhabituelles

Cette sous partie regroupe les retranscriptions dont l'objet principal n'est pas l'action médicale en cours mais la particularité de communication en elle-même car la patiente ou le couple est étranger, malentendants, d'une culture différente de la nôtre… Les soignants essaient de trouver des solutions pour optimiser la relation avec la patiente et sa prise en charge.

Sur les 8 retranscriptions, dans 6 d'entre elles, les professionnels ont réussi à communiquer aisément avec la patiente. *"Pour les efforts expulsifs, la femme avait besoin d'être dirigée car elle ne ressentait pas ses contractions. Après lui avoir fait une mimique de poussée, nous avons demandé au père de lui indiquer que le signal oral pour commencer les efforts de poussées sera "Ok". (...) Une autre contraction est arrivée et nous avons dit "ok" à la femme. Pour l'encourager, nous avons parlé en français; Je pense qu'elle ne comprenait pas littéralement ce que l'on disait mais elle en comprenait le sens global avec l'intonation de la voix que l'on donnait à nos phrases". (2016-2017)*

"La femme pendant les soins est très fermée, durant la pose de la péridurale elle ne répond pas aux questions. Difficile de communiquer avec cette femme, nous lui expliquons tout ce que l'on fait et elle reste passive face à ça." (2013-2014)

Les professionnels utilisent différents moyens de communication (verbal, mime, dessin, traducteur) pour permettre à la parturiente la compréhension de l'ensemble des informations. "*Dès la première question, je vois bien que la patiente ne me comprend pas. Je tourne alors ma question différemment avec des mots simples mais la seule réponse que j'obtiens "je comprends peu". Je me tourne alors vers la sage-femme qui intervient en essayant de parler anglais mais sans succès. On décide de passer au langage des signes et nous voilà partis à mimer des contractions en se tenant le ventre et se*

tordant de fausse douleur, la patiente comprend vu le sourire sur son visage et le fait qu'elle acquiesce de la tête. (...) Lorsqu'on ne pouvait pas mimer, on passait au dessin. Nous arrivions à avoir toutes nos réponses et la patiente ainsi que sa soeur semblaient de plus en plus à l'aise, rigolant de plus en plus au fur et à mesure et nous avons même atteint toutes les quatre la limite du rire aux larmes lorsqu'il a été question des mouvements actifs foetaux et qu'il a fallu imiter un bébé gesticulant." (2010 -2011)

e. La mort foetale in utéro (MFIU) et l'Interruption médicale de grossesse (IMG)

Sur les 4 retranscriptions d'observations, 1 seule des prises en charge a été de qualité selon les étudiants.

L'accompagnement d'une MFIU ou d'une IMG demande des aptitudes relationnelles encore différentes. Il faut réussir à dire les choses sans brusquer la femme, le couple, en y intégrant un accompagnement psychologique important. Chacun d'eux aura un processus d'acceptation qui sera également différent. Ainsi, lors de l'annonce, de l'information sur la prise en charge, du soutien, il faut davantage prêter attention à sa communication verbale par l'usage d'un vocabulaire adapté et non verbale (posture, attitude). *"J'ai pu observer tout au long de la matinée qu'elle était très honnête avec eux, elle leur expliquait ce qu'il y avait à savoir et ce qui allait se passer, et elle était à leur écoute . Le couple était très réceptif aux explications, ils nous ont expliqué leur ressenti et me semblaient préparés à cette étape et leur religion les a beaucoup aidés. (...) Je pense que dans ce genre de situation la communication est primordiale entre les soignants et les parents." (2019-2020)*

Le moment de l'annonce est extrêmement important dans la mesure où il restera marqué dans la mémoire des parents. Cependant les professionnels de santé ne sont pas toujours à l'aise et l'activité du service ne leur permet pas toujours de prendre le temps pour le faire posément. "*La sage-femme explique au couple que l'état de la patiente nous préoccupe et qu'elle n'arrive pas à visualiser le coeur du bébé. Le gynécologue arrive, pose sa sonde sur le ventre de la patiente et dit "bon bah là il n'y a plus de coeur" puis s'en va. Le couple explose en larmes. (...) La patiente sera finalement opérée 1h plus tard sous anesthésie générale." (2019-2020)*

"La sage-femme se retourne, aucun mot n'est prononcé, les deux soignants se regardent et la sage-femme fait seulement un signe de la tête, de droite à gauche : ils savent tout deux ce qu'il se passe et qu'il faut maintenant le confirmer. L'interne s'assoit pour faire l'échographie, au bout de quelques secondes à fixer l'écran, il se tourne vers la patiente et dit "je suis désolée, votre bébé est décédé". La femme ne réagit pas." (2018-2019)

Dans le cas des IMG, il faut parfois effectuer un geste d'arrêt de vie. C'est un geste technique stressant qui est difficile à coupler avec une interaction de qualité avec la patiente. *"Quand*

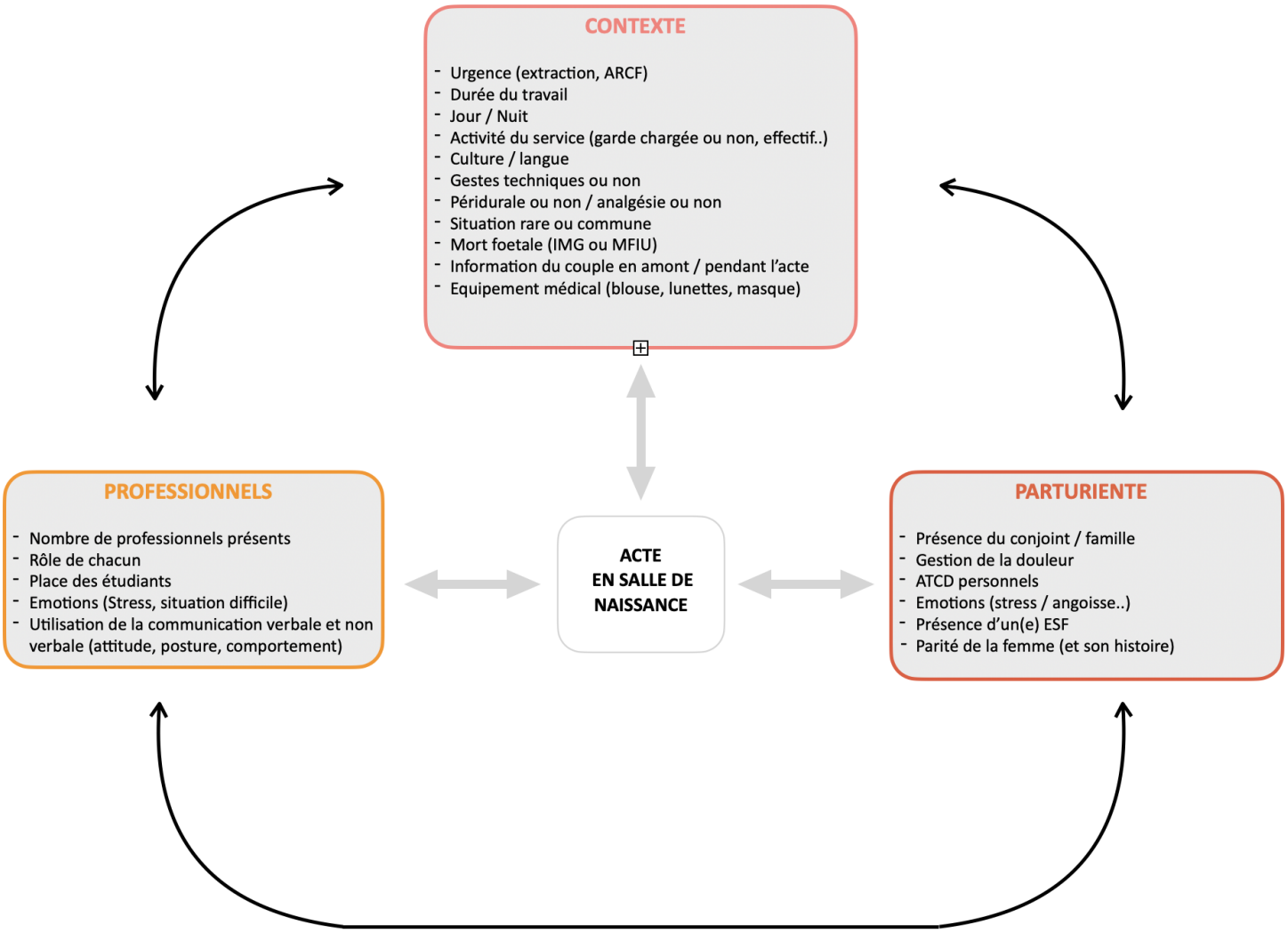
l'obstétricien est arrivé, il s'est présenté de manière succincte et a commencé à tout installer sans dire un mot. Tout le monde avait l'air stressé. Il a fait le geste et a continué à ne rien dire aux parents. (...) Quand le geste fut fini, l'obstétricien eut un "soupir" de soulagement que j'ai trouvé totalement déplacé vis à vis du couple." (2017-2018)

Enfin, lorsque les situations sont compliquées psychologiquement pour les parents comme pour les soignants, les professionnels utilisent parfois l'humour lorsqu'ils en parlent entre eux. *"La sage-femme (...) explique que le couple est croyant et qu'ils sont bien préparés à cette étape. S'en suit différentes "blagues" de type "ils souhaitent organiser les obsèques, j'aurais dû leur ramener une boîte d'allumettes". J'ai pu observer beaucoup d'humour sur ce cas, je pense que cela permet aux professionnels de garder du recul face à la situation. Je me suis plusieurs fois demandée si l'on pouvait parler d'irrespect, je pense finalement que quelques fois les professionnels allaient un peu trop loin dans leurs réflexions. Ma sage-femme de la journée quant à elle restait très professionnelle et m'a tout de suite proposé d'observer sa façon de communiquer avec les parents"(2019-2020)*

2. Facteurs intervenant dans la relation de communication

Les 104 observations retranscrites se distinguent par leur singularité. En effet, bien que certaines se rapprochent par l'action en cours, les acteurs ne sont jamais tous les mêmes et de nombreux autres éléments influent sur la relation de communication. Ils se sont révélés par leur redondance ou leur importance. Pour autant, aucun des facteurs n'a été présent uniquement dans les situations où l'interaction à été de qualité et de la même manière, aucun d'entre eux n'a été présent exclusivement dans les situations où l'interaction n'a pas été de qualité (la qualité étant définie selon éléments donnés en introduction)

Les principaux facteurs relevés sont catégorisés dans le schéma ci-dessous :



Ces facteurs sont souvent identifiables lorsque l'on s'intéresse à une seule retranscription mais il est délicat de les catégoriser de façon globale en fonction de s'ils améliorent les relations ou non. Sur la totalité des observations, ce n'est ni la présence exclusive de certains facteurs, ni le nombre de facteurs présents qui orientent la relation mais l'attitude et la disponibilité de chacun des acteurs à coopérer avec les autres. Dès lors qu'une alliance se crée entre deux acteurs dont la patiente, la situation est généralement propice à des échanges de qualité. Lorsqu'un des professionnels de santé adopte une attitude agressive (menaces, ultimatum, non prise en compte de la douleur), une posture nonchalante et non professionnelle (ne dit pas bonjour, ne se présente pas…), un comportement qui témoigne d'un certain agacement ou d'une indifférence par rapport à la patiente (soupir, gestes brusques, marmonne…) l'interaction est très souvent mauvaise. Par exemple, la femme arrivait plus difficilement à prendre la position idéale pour la pose de la péridurale, elle n'arrivait souvent pas à "pousser" efficacement lors d'une extraction, elle paniquait avant la césarienne etc… Face à ce comportement, les autres professionnels en charge de cette

patiente agissaient de différentes manières. Soit ils compensaient ce manque de communication en étant d'un grand soutien et d'un grand accompagnement psychologique et physique pour la femme, soit ils se confrontaient au professionnel en question et la mauvaise relation entre les professionnels se répercutait souvent sur la prise en charge de la patiente (moins d'informations, discours discordants entre les professionnels, majoration du stress).

A l'inverse, dans les situations où la relation était ressentie de qualité, les professionnels étaient à l'écoute de la patiente (peu de situation avec d'autres professionnels), ils cherchaient à établir une relation de confiance en prenant le temps, en attendant que les parturientes soient disponibles pour recevoir les informations. La communication se faisait avec un ton calme, une voix douce et rassurante (encouragements, pensées positives…). La plupart du temps dans ces situations, les professionnels étaient assis à côté de la patiente ou en contact physique avec elle (main dans la main, main sur la cuisse, main sur les épaules etc).

A suivre, un exemple (entier) de retranscription d'observation et analyse d'une étudiante sage - femme de l'année 2017 - 2018 en salle de naissance (élément du corpus) :

Lors de mon stage en salle de naissance, pendant la pose d'une péridurale d'une femme très algique j'ai pu observer la relation qui s'était établie entre la sage femme et la jeune femme. La patiente était arrivée dans la nuit, pour des contractions très douloureuses toutes les 5 minutes depuis 2 heures de temps, c'était son 2e enfant et elle était arrivée à à 6cm donc un travail très rapide. C'est pourquoi, elle est passée rapidement en salle de naissance, et l'équipe d'anesthésie fut appelé dans la foulée car la patiente était désireuse d'une péridurale.

Pendant la pose de l'anesthésie, il est important que la patiente garde une position immobile toute en faisant le dos rond pour que l'équipe d'anesthésie puissent travailler dans les meilleures conditions et trouver les bons repères anatomiques. C'est un moment où la patiente est très vulnérable car elle ne voit pas ce qui se passe dans son dos, et son conjoint doit quitter la salle le temps de la pose. La sage femme sentant la jeune femme un peu démunie choisi de rester avec la patiente dans la salle pour l'aider pendant ce moment.

Ainsi par des gestes physiques tel que poser ses mains sur ses épaules, lui serrer la main, lui caresser les avant bras, la sage femme a pu rassurer la jeune femme tout en lui permettant de se concentrer sur elle-même et non pas sur ce qui se passait dans son dos. Également, la sage femme essayait de la distraire en lui parlant de la nouvelle arrivée de son bébé, en parlant de choses joyeuses, comme s'ils avaient trouvé un prénom, si tout était prêt à la maison, de quelle couleur était la chambre du bébé, etc... Et, à chaque contraction, la sage femme et la patiente faisait des exercices de respirations qui leur permettait d'être synchronisées et ainsi de mieux « gérées » les contractions. La sage femme avait également des paroles réconfortantes telles que « vous allez être bientôt soulagées », « ce sont les dernières contractions douloureuses que vous allez sentir » « c'est super ce que vous faites » « vous gérez super bien ». D'un point de vue extérieur, on aurait dit que la sage femme est la patiente était dans une sorte de bulle, cocon. Grâce à la sage femme, la patiente était rassurée et canalisée, ainsi elle a pu maintenant la position immobile malgré les contractions très douloureuses et la péridurale a été posée dans les meilleures conditions possibles.

Dans cette situation, les facteurs qui semblent être un frein à une relation de qualité sont :

- La nuit
- La patiente algique
- Le travail rapide
- Le contexte : geste technique (pose de la péridurale, position inconfortable)
- Le conjoint non présent

Les facteurs trouvés par la sage - femme pour tendre à une relation de qualité malgré tout sont :

- La présence rassurante de la sage-femme
- La communication non verbale : Toucher (mains sur les épaules, serrer la main, caresser l'avant bras), exercice de respiration
- La communication verbale positive ("c'est super ce que vous faites")

Nous pouvons supposer que si la sage-femme a pu rester avec la patiente le temps de la pose de péridurale c'est que l'activité du service était relativement calme. De même, si la sage-femme et la patiente étaient dans un "cocon" c'est que la femme a également été receptive à ce que lui proposait la sage-femme, elle l'a écoutée et ne s'est pas enfermée dans sa douleur. Il n'y a pas non plus de notion d'interaction entre l'anesthésiste, l'infirmier anesthésiste et la patiente.

A la fin de l'observation, l'étudiante analyse la situation et emploie des termes tels que "grâce à la sage - femme" et "la péridurale a été posée dans les meilleures conditions possibles", ce qui témoigne d'une certaine prise de conscience de l'impact de l'attitude de la sage - femme dans cette relation de communication.
Dans cette situation, il y a plus de facteurs qui a priori ne favorisent pas une relation de qualité et pour autant, elle semble l'avoir été. Ainsi, on ne peut pas dire que la relation est orientée en fonction du nombre de facteurs présents mais en fonction de l'importance des facteurs pour une situation donnée.

3. Les étudiants au coeur de ces interactions

Dans certains cas, l'étudiant est inclus et participe à la situation qu'il décrit (actes médicaux en autonomie, aide la sage-femme ou un autre professionnel à la prise en charge, soutien physique et psychologique de la parturiente…). Dans d'autres cas, il en est juste un observateur externe.

Sur les 104 observations, 71 étudiants participaient à la situation. 31 étudiants ont été une aide supplémentaire à la prise en charge de la patiente, du couple. Parfois en accompagnant la femme avec la sage-femme :

"*Je suis donc avec la sage-femme auprès de la patiente, devant elle, pour l'accompagner lors de la pose du cathéter de péridurale*", "*La sage-femme décide d'installer la patiente en position gynécologique et moi j'explique au couple comment va se dérouler l'accouchement, je les rassure car ils avaient beaucoup d'inquiétudes et de questions étant donné que c'était leur 1er bébé.*"

Parfois seul, ce qui est un confort pour les femmes et l'équipe (la sage-femme peut faire autre chose pendant ce temps) : "*La SF est retournée au poste de soin et moi je suis restée accompagner la patiente dans sa douleur", "La sage-femme me demande de rester dans la salle pendant qu'elle s'occupe d'autres patientes.", "Je prends la main de la patiente, je lui parle doucement et lui explique les gestes au fur et à mesure. Elle reprend confiance.*"

Dans 11 retranscriptions, l'étudiant ne se sent pas à l'aise soit par manque d'expérience : *"Je me sentais impuissante face à sa douleur, je ne trouvais pas les mots pour la rassurer", "N'étant pas assez efficace à ses yeux, sa mauvaise humeur de la journée se répercutait sur moi, chacune de mes actions pour elle était trop longue et mal faite."* Soit parce qu'il ne comprenait pas ou n'était pas en accord avec les méthodes utilisées par les professionnels *"Je n'ai pas aimé assister à cette scène, tout me paraissait surréaliste. J'étais la seule surprise qu'un tel moment ait lieu. "Je me suis sentie démunie dans ma position d'étudiante, je ne pouvais pas aller contre le professionnel mais en même temps je regardais les parents en étant désolée de la situation"*

Bien que non demandé dans les consignes de l'exercice au départ, 33 étudiants ont complété leur observation par un questionnement, une conclusion que la situation a fait émerger chez eux : *"Il est malgré tout très déconcertant de constater que tous les professionnels de santé ne se mobilisent pas de la même façon pour les patients, et particulièrement lorsque ceux-ci sont dans une situation particulière de vulnérabilité ", "Je me poserai toujours la question de savoir pourquoi on autorise les médecins à être désagréables lorsqu'ils n'ont pas dormi.", "Le médecin voulait probablement rassurer la patiente avant qu'elle aille au bloc mais de mon point de vue, la communication a été de mauvaise qualité car elle s'est faite dans un lieu de passage, dans l'urgence et l'échange qui se voulait rassurant était déplacé".*

Dans tous les cas, que l'étudiant se sente à sa place ou s'identifie au professionnel ou non, il n'est jamais mentionné le fait qu'il en ait parlé avec le professionnel en question. Parfois le professionnel évoquait à l'étudiant ce que lui pensait de la situation mais l'étudiant lui, n'exprimait jamais à l'équipe ce qu'il avait pu percevoir lors de son observation de l'interaction.

Il est aussi à noter que même si l'étudiant ne se sentait pas toujours en capacité d'aider au mieux les parturientes, sa présence et son soutien ont toujours été un bonus pour les femmes, les couples qui en bénéficiaient (en excluant les actes médicaux).

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Objectifs de l'étude

a. L'identification des facteurs intervenant dans la communication

Le premier objectif de ce mémoire était d'apprécier les relations de communication entre professionnels et entre professionnels et parturientes en salle de naissance afin d'étudier quels facteurs pouvaient influencer ces relations. Finalement, de nombreux facteurs ont pu être identifiés mais aucune conclusion ne peut être établie quant à l'importance que chaque facteur, indépendamment, peut avoir sur la relation. En effet, chaque situation étant singulière et l'étude n'étant pas suffisamment quantitative, il n'était pas possible de définir avec certitude que "tel ou tel facteur" était exclusivement présent dans les interactions ayant été de qualité ou à l'inverse, complexes. Chaque retranscription était multifactorielle, ce qui rendait difficile l'étude d'un seul facteur puisque tous avaient une place et une importance dans la relation.

b. La place des étudiants

Le second objectif était de comprendre comment les étudiants faisaient face à ces interactions et de quelle manière ils vivaient ces situations d'observations ; par le biais de leur interprétation et des émotions qu'ils exprimaient dans leur retranscription. Cela explique le choix d'avoir laissé beaucoup de place aux textes des étudiants dans les résultats ; permettant ainsi de faire ressortir ce qui, de manière singulière ou répétée, permet d'accéder aux éléments faisant ou non sens pour les étudiants.

Selon les situations, il était facilement perceptible de comprendre leur position et leur point de vue par rapport à ce qu'ils observaient. En utilisant des termes tels que "l'ambiance était froide", "l'ambiance était pesante" ou à l'inverse "l'ambiance était sereine" en plus du vocabulaire utilisé pour décrire la situation et parfois leurs analyses de l'interaction, il était facile de discerner leur ressenti. Lorsqu'ils n'étaient pas à l'aise c'est souvent parce qu'ils manquaient de connaissances ou qu'ils n'étaient pas en accord avec la façon d'agir des professionnels. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'étudiant doit-il effacer ses considérations éthiques personnelles au profit d'un respect des choix de ses supérieurs hiérarchiques ?

Les étudiants sont un soutien apprécié des patientes, d'autant plus quand la sage-femme est trop occupée pour s'occuper d'elles. Même s'ils ne connaissent pas encore les techniques de

communication les plus appropriées, parfois une simple présence suffit à rassurer. Aucune patiente ne s'est plainte de l'aide physique et morale apportée par un étudiant. Peut-on conclure du bénéfice d'être accompagné d'un étudiant (en plus de la sage-femme) ?

2. Forces et limites de l'étude

Les points énoncés en forces et limites ci-dessous ne constituent pas une liste exhaustive.

a. Le choix des services

Les services dans lesquels les étudiants vont en stage à la suite de l'intervention de Mme Barbier (au cours duquel ils font leur observation) leurs sont imposés selon leur roulement de stage de l'année. De plus, sur l'ensemble des années de formation, les stages en salle de naissance sont plus nombreux que les stages dans les autres services. Ainsi, le nombre de retranscriptions effectuées par service ne dépend pas du choix des étudiants et ne peut donc pas être pris en compte.

L'étude de la salle de naissance est cependant très intéressante car c'est le service où il y a le plus de professions différentes qui collaborent au service des mêmes patientes, qu'il s'agisse d'un contexte d'urgence ou non. Il s'agit également d'un service dont l'activité ne dépend pas du jour ou de la nuit ni des années.

b. Le choix des observations

Les étudiants ont choisi une situation qui leur semblait intéressante pour l'exercice. Il s'agit probablement de situations marquantes qui ne sont donc pas forcément les situations habituelles dans le service. Nous ne pouvons donc pas conclure que ce sont des pratiques couramment exercées par les professionnels du service.

En contrepartie, il est intéressant de pouvoir être au cœur de ces interactions (par le biais des retranscriptions) sans que les professionnels ne soient au courant de l'observation faite. Même si l'étudiant est présent, le professionnel ne modifie probablement pas sa façon de travailler et de communiquer avec les patientes et les autres professionnels (la présence des étudiants étant fréquente).

c. Le délai de retranscription

Il était demandé aux étudiants de faire leur retranscription au plus proche de leur observation pour optimiser la richesse des détails et avoir le moins de recul possible. L'objectif n'étant pas d'analyser mais de décrire. Or, sur chaque retranscription il n'est pas noté le délai entre le

moment de l'observation et le moment de la retranscription. Les facteurs et les ressentis des étudiants peuvent donc varier selon si l'étudiant se souvient bien de la situation, s'il a été rigoureux dans son observation et selon s'il a eu le temps, inconsciemment ou non, d'analyser la situation avec du recul.

d. Les données quantitatives

Du fait des différences d'aisance, de rigueur d'observation et de retranscription entre les étudiants, il est difficile de conclure à des généralités d'exercice et de communication des professionnels même avec l'utilisation de données quantitatives. Il aurait été possible d'avoir des résultats quantitatifs relatifs à cette étude mais la présence des nombreux biais ne leur permettraient pas d'être significatifs. Il serait envisageable de donner une liste de facteurs à préciser dans l'observation (jour/nuit, parité, activité du service…), mais cela enlèverait la spontanéité de chaque retranscription.

e. Quinze ans d'observations

Cette étude est intéressante pour l'Ecole Universitaire de Maïeutique de Brest (EUMB) dans la mesure où il s'agit d'observations de ses étudiants. Elle met en avant l'intérêt de l'EUMB d'accompagner les étudiants sages-femmes à acquérir des compétences relationnelles par une approche réflexive de terrain; celle qui semble la plus appropriée.

Ces 15 ans d'observations permettent d'avoir un large champ de vision des situations marquantes vécues par les étudiants, qui n'ont pas toujours l'occasion ou la place pour exprimer ce qu'ils peuvent vivre en stage et d'autant moins souvent à l'écrit.

Elle peut également permettre aux professionnels de santé (formés il y a longtemps) de prendre du recul sur leur façon de travailler et de se rappeler dans quelle position ils se trouvaient lorsqu'ils étaient eux-mêmes étudiants. De plus, les études étant d'une durée de 5 ans, il est possible que certains professionnels ayant participé à l'exercice étant étudiant se retrouvent quelques années plus tard en tant que professionnel dans les contenus d'observations faites par d'autres étudiants.

Sur les quinze années, aucune différence majeure n'est identifiable entre les observations. Ce sont sensiblement les mêmes actions avec les mêmes facteurs identifiés. Comment, à notre échelle, pourrions nous envisager une amélioration des interactions au fil des années ?

A leur retour de stage, les étudiants se retrouvaient lors d'une séance en demi-groupe (hormis 2020 du fait du contexte sanitaire), pour mettre en commun leurs observations et confronter les expériences, les questionnements etc. Cette séance était également l'occasion de revenir sur la méthodologie de terrain, les processus de communication verbale et non verbale. L'intervention se

terminait par un dernier temps consacré à des “jeux de rôles”. Il pourrait être intéressant et formateur de faire intervenir des professionnels lors de ces séances de “retours” et d’ainsi construire un processus d’échanges et de partage entre les points de vue des étudiants et ceux des professionnels. Cette démarche s’inscrirait dans une approche anthropologique, sensibilisant aux différences liées au métier de chacun.

3. Discussion des résultats

a. La communication en équipe dans l’urgence

Lors du suivi du travail, nous retenons que les situations d’urgence sont une cause majeure du manque de communication. Plusieurs études ont été menées sur ce sujet, dont une qui a été faite par, MarieBruyère, médecin anesthésiste réanimateur (MAR) en 2015 sur les éléments de communication indispensables entre anesthésite-réanimateur, sage-femme et obstétricien. Selon son étude, multiples facteurs participent à l’altération de la communication entre les professionnels de l’équipe dont l’urgence et le stress. Les principales solutions émergentes de cette recherche sont la préparation des équipes à la communication en amont de l’urgence. Cette préparation peut se faire via des séances de simulation en obstétrique ou encore par le biais de réunions en équipe sur l'apprentissage des compétences non médicales.(20)(21) En effet, la simulation permettrait d’améliorer les compétences techniques et non techniques, comme la communication interprofessionnelle.(22)(23) La participation des professionnels en apprentissage, dans un environnement similaire à celui des urgences réelles, favorise l’assimilation de connaissances, d’habiletés techniques et comportementales.(23) Le débriefing effectué à la suite, simultané au visionnage de la situation, est l’occasion pour les professionnels de s’auto-évaluer et ainsi d’avoir une pratique réflexive quant à leur propre performance. (20) (24) (25)

Dans son guide méthodologique de 2014 sur la qualité et la sécurité des soins dans le secteur de naissance, la HAS aborde la simulation comme moyen de réduction de la morbidité et de la mortalité évitables de la mère et de l’enfant à naître. (26) On retrouve cependant en 2019, dans son rapport annuel de 2018 sur les effets indésirables graves liés aux soins, que le travail en équipe en constitue un facteur et la communication entre professionnels est la première cause de défaillance de l’équipe. (27). En effet, comme énoncé dans un article d’Oxymag (Revue de référence infirmière en anesthésie et réanimation) en 2013, “Il ne suffit malheureusement pas d’associer des individus compétents et performants dans une équipe pour que cette dernière soit elle-même compétente et performante.” (28) La HAS a publié en 2004 un module de formation à ce propos intitulé "Être un membre efficace en équipe”. (29) C’est un outil pour mettre aux formateurs des étudiants en santé d’aborder la question du travail en équipe et de la communication. A la fin du module est mentionné “Dans

l'idéal, les étudiants devraient prendre part à des équipes réelles et apprendre par l'expérience et la réflexion guidée". L'intérêt de travailler et d'avoir une pratique réflective avec les étudiants sur leur situations de stage prend ainsi tout son sens dans la mesure où on leur demande d'apprendre des professionnels, eux-mêmes en formation.

b. Les cours de préparation à la naissance

La communication interprofessionnelle peut être améliorée par une préparation en amont. Anticiper les explications aux femmes, couples et les différentes possibilités de prise en charge d'urgence ne pourrait-il pas être une solution pour favoriser leur compréhension et améliorer leur vécu de ces situations ?

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est définit par la HAS comme "un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance." (30) Un des objectifs proposé par la HAS, que l'on retrouve également dans les recommandations internationales de l'OMS, et qui peut être développé, en fonction du souhait des parents, lors de séances de la PNP, est de "Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement".(30) (31) La PNP peut aussi permettre d'aborder et de comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe médicale. (32) Aucune séance n'est imposée, l'objectif étant de répondre aux attentes de la femme, du couple. La plupart du temps, bien qu'il puisse être, au départ, effrayant pour elle/eux d'évoquer les situations d'urgence pendant la grossesse, les couples sont finalement rassurés de connaître l'ensemble des évolutions et prises en charges possibles au moment de l'accouchement et ont le temps de s'y préparer doucement. Un mémoire mené sur le sujet par une étudiante sage-femme en 2012 rapportait que toutes les femmes ayant bénéficié de la PNP l'avait trouvée utile. (33)

c. Le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance est un des 4 principes d'éthique biomédicale identifiés par Beauchamp et Childress dans leur ouvrage en 1979.(34) Il est défini par la HAS comme "la capacité d'une intervention de santé à améliorer le bien-être de la personne à laquelle elle s'adresse." (35) Il est souvent associé avec le principe de non-malfaisance, qui rejoint la citation proposée par Hippocrate (en 410 av. JC.) dans son traité des épidémies : "Primum non nocere" (d'abord ne pas nuire). Il faut bien distinguer ces deux principes éthiques . En effet, le respect du principe de bienfaisance n'inclut pas celui de non-malfaisance et inversement. Les 2 autres principes d'éthique biomédicale sont l'autonomie et la justice, plutôt d'ordre déontologique.

L’association bienfaisance/non malfaisance est comprise aujourd’hui dans le principe de la balance bénéfice/risque, évaluée pour chaque acte médical (soin, traitement). En effet, chaque acte présente un risque. Celui-ci n'est alors acceptable que si l'on attend, en contrepartie, un bénéfice supérieur au risque de cet acte. Cette devise qui s’applique aux soins médicaux s’applique aussi aux soins psychologiques.

Dans les résultats, nous remarquons que l’attitude, le comportement des professionnels relevés par les étudiants conditionnent généralement les échanges qui suivent. “*Lorsqu’un des professionnels de santé adopte une attitude agressive (menaces, ultimatum, non prise en compte de la douleur), une posture nonchalante et non professionnelle (ne dit pas bonjour, ne se présente pas…), un comportement qui témoigne d’un certain agacement ou d’une indifférence par rapport à la patiente (soupir, gestes brusques, marmonne…) l’interaction est très souvent mauvaise.*”

Par exemple, dans le cadre de la pose de la péridurale, les patientes et les sages-femmes qui les accompagnent intègrent sûrement le fait que le bénéfice à terme sera le soulagement par la pose de la péridurale (en passant outre la relation avec l'anesthésiste). Mais qu’en est-il pour le professionnel qui la pose ? Quel bénéfice a t-il à se comporter ainsi alors que la finalité de l’acte pour lui est la même ? Ne serait-il finalement pas plus simple de coopérer et d’installer une relation de confiance avec la patiente pour qu’il puisse poser la péridurale plus rapidement dans une ambiance agréable pour tous ? Tout soignant ne doit-il pas avoir une attitude bienveillante envers ses patients ?

La bienveillance peut être intégrée au principe de bienfaisance et définie comme “disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui” (36) ou encore “disposition favorable à l’égard de quelqu’un” (37)**.** N'a-t-elle pas une place centrale au soin ?

Les progrès de la médecine via les technologies médicales, les thérapies nouvelles peuvent laisser penser que la médecine devient, par ses prouesses grandissantes, une industrie parmi tant d’autres. A. De Broca, médecin et philosophe, a publié un article sur le sujet dans lequel il énonce “La bienveillance n’est pour nous ni une mode, ni une pensée désuète, mais constitue bien le cœur d’un métier qui ne se satisfait pas de simples gestes techniques ni à une gestion financière stricte, mais se fonde d’abord sur une relation entre deux êtres.” (38) C’est pourquoi, certains comportements malfaisants, interpellations vives avec la parturiente interrogent sur la place qu’accorde certains professionnels à la bienveillance et la volonté d’établir une relation de qualité.

Toutefois, les conditions de travail et la gestion des émotions sont aussi à considérer. En 2021, Nuance Communication a dévoilé les résultats d'une récente étude sur le bien-être et les besoins du personnel soignant, réalisée avec HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) auprès de plus de 400 médecins et infirmiers dans 10 pays différents. Les résultats montrent que près de 7 soignants sur 10 en France sont actuellement en situation d’épuisement professionnel. A

l'origine de cet épuisement on retrouve : la charge de travail, la pression exercée, la charge administrative, les exigences croissantes des patients, "des processus inefficaces et un manque généralisé d'humanité ou d'émotion au profit de protocoles uniformisés". (39) Un article paru en 2003 rédigé par Pierre Canouï, pédopsychiatre à Necker, abordait déjà le sujet avec les mêmes constatations. Il relevait en plus que les signes cliniques de cette souffrance pouvaient être : une fatigue, une irritabilité, une labilité émotionnelle inhabituelle indiquant une surcharge émotionnelle… Cela pourrait être une potentielle explication (parmi de nombreuses sûrement) aux comportements de ces soignants.

V. CONCLUSION

L'objectif de l'étude était de mettre en évidence les facteurs intervenant dans les relations de communication entre professionnels et entre professionnels et parturientes en salle de naissance. Ce travail a été mené par le tri, la lecture et l'analyse de 299 retranscriptions effectuées sur 15 années par des étudiants sages-femmes. L'exercice s'inscrivait dans une démarche anthropologique de la communication proposée par l'EUMB et guidée par Mme BARBIER-LE DÉROFF, Maître de conférence en ethnologie.

L'analyse de ces résultats nous montre une multifactorialité et une singularité pour chaque situation ne permettant pas une conclusion générale pour chaque facteur indépendamment. Pour cela, il serait intéressant de faire une étude intégrant plus de données quantitatives, à condition d'inclure dans les consignes de l'exercice la précision de la présence ou non de certains facteurs lors de l'interaction observée. De même, il pourrait être judicieux d'ajouter un délai maximum à ne pas dépasser entre l'observation et la retranscription et de demander aux étudiants d'analyser les situations ce qui permettrait de rendre compte des réflexions que l'anthropologie peut leurs apporter.

Des éléments qui interfèrent avec les relations de communication sont tout de même ressortis de l'étude : les situations d'urgence, le travail en équipe et l'attitude parfois malfaisante des membres qui la composent, sont des éléments qui compliquent davantage la communication entre les équipes et les patientes. La capacité à choisir les mots (vocabulaire positif, encouragements, conseils), le ton utilisé (voix douce, claire, adaptée à la situation), les gestes associés (tenir la main, poser la main sur la parturiente, respirer avec elle), sont des éléments de communication thérapeutique participant à la bonne compréhension, à la coopération de la parturiente et à la qualité de la prise en charge.

Certains professionnels ont choisi de communiquer avec humour (entre eux ou avec les patientes). Le manque de retranscriptions à ce sujet n'en permet pas l'analyse ; que penser de l'humour comme mode de communication ?

Concernant la place des étudiants : Leur positionnement par rapport aux professionnels ou aux couples n'était pas toujours aisé, parfois par manque de savoir-faire (en formation), parfois parce qu'ils n'étaient pas en accord avec ce que les professionnels pouvaient faire ou dire. Néanmoins, leur présence et leur soutien des parturientes, notamment dans la gestion de la douleur ou dans l'information, a souvent été soulignée par les femmes (relation privilégiée avec elles).

Plusieurs études ont montré qu'il serait souhaitable que les professionnels puissent participer à des séances de simulation pour améliorer leurs compétences en communication et leur rapidité de prise en charge. Nous pouvons dire que l'EUMB est un acteur important dans la formation de la communication de ses étudiants, non seulement par l'intervention de Madame BARBIER-LE DÉROFF mais également parce qu'elle leurs propose plusieurs séances de simulation au cours de leur parcours de formation. La charge émotionnelle et la personnalité de chacun des acteurs (professionnels, étudiants et couple) sont également des éléments importants à prendre en compte et à étudier.

Bien que cette étude soit basée sur des retranscriptions d'étudiants de l'EUMB, elle permettra à tous professionnels confirmés ou en devenir de réfléchir à leur pratique professionnelle (se reconnaissant peut être dans certaines observations) en accordant une attention particulière à leur façon d'interagir avec l'ensemble des acteurs.

VI. RÉFÉRENCES

1. Camus A. L'Etranger. Gallimard; 1942. 176 p.

2. P. Robert, J. Rey-Debove, A. Rey. Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Robert; 2010. 2837 p. (Nouvelle édition).

3. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamoulle O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. nov 2010;11(4):255 - 72.

4. CNEMa (Conférence nationale des enseignants en maïeutique). Définition ICM (Confédération internationale des sages-femmes) de la sage-femme et pratique sage-femmes 2017. [En ligne] https://cnema.fr/cnema/2017/10/21/definition-de-la-sage-femme-mise-a-jour-2017/ Consulté le 1er juin 2021.

5. Haberey-Knuessi V, Heeb J-L, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Rech Soins Infirm. 2013;115(4):8 - 18.

6. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 2016;20(1):45 - 67

7. Thomas C. Accoucher en France aujourd'hui. Thèse en anthropologie. Université de La Réunion; 2016, 453 p. [En ligne]. https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01408591

Consulté le 1er juin 2021.

8. CNOSF, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. 2020 : 20 propositions pour la santé des femmes. 2020, 63 p (Ségure Santé).

9. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

10. BRUYÈRE M. Éléments de communication indispensables entre anesthésiste - réanimateur, sage-femme et obstétricien. MAPAR. 2015, 11 p.

11. HAS, Haute Autorité de Santé. Qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques 2014. Remis à jour en 2017. [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/en/qualite-des-soins-dans-les-hopitaux-et-les-cliniques Consulté le 20 février 2022.

12. OMS, Organisation mondiale de la Santé. Qualité des soins. 2020. [En ligne] https://www.who.int/fr/health-topics/cholera/quality-of-care Consulté le : 10 février 2022.

13. HAS, Haute Autorité de Santé. Évaluation des actes professionnels. 2019 [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2821948/fr/evaluation-des-actes-professionnels Consulté le : 10 février 2022.

14. HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique. Approche conceptuelle de la qualité des soins. 2001;(35):28.

15. Scope santé (HAS (Haute Autorité de Santé), Atih (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), Ministère des affaires sociales et de la santé. Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : résultats annuels des indicateurs et lancement du site d'information public. Institut Pasteur; 2013 p. 30.

16. HAS, Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient. 2015, 8 p. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf Consulté le : 10 février 2022.

17. BLONDIN M. Violences obstétricales et gynécologiques. Assemblée parlementaire: Conseil de l'Europe; 2019, 16 p.d

18. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G. De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. Paris, France: Académie nationale de médecine; 2018, 22 p.

19. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes), Ministère de l'emploi et de la santé, SFN (Société Française de Néonatalogie), CNSF (Conseil National des Sages-Femmes). Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités - Fondamentaux. 2009, 14 p. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf Consulté le 1er juin 2021.

20. BRUYÈRE M. Éléments de communication indispensables entre anesthésiste - réanimateur, sage-femme et obstétricien. MAPAR. 2015, 11 p.

21. HAS, Haute Autorité de Santé. Simulation en santé. 2019. [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante Consulté le 25 février 2022.

22. ROULLEAU P. La simulation améliore-t-elle la prise en charge clinique des patients ?. MAPAR. 2012, 7 p.

23. SRLF (Société de Réanimation de Langue Française), SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), SOFRASIMS (Société Francophone de Simulation en Santé). Recommandations communes de pratiques professionnels - Intérêt de l'apprentissage par simulation en soins critiques. 2019, 41 p. [En ligne]https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2019/01/20190123_RPP_Int%C3%A9r%C3%AAts_de_l_apprentissage_par_simulation_en_soins_critiques.pdf Consulté le 25 février 2022.

24. Jastrow, N., Picchiottino, P., Savoldelli, G., Irion, O. Simulation en obstétrique. Rev Med Suisse 2013; volume -1. no. 403, 1938 - 1942

25. HAS, Haute Autorité de Santé. La simulation en obstétrique. 2019. [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974944/fr/la-simulation-en-obstetrique Consulté le 26 Février 2022.

26. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

27. HAS, Haute Autorité de Santé. Rapport annuel d'activité 2018 sur les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

28. Laroche T. Mieux communiquer dans une situation clinique de crise. Oxymag.2013;26(131):24-7.

29. HAS, Haute Autorité de Santé. Cours, Module 4 - Être un membre efficace en équipe. 2015, 18 p. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf Consulté le 26 Février 2022.

30. HAS, Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

31. WHO, World Health Organization. Essential antenatal, perinatal and postpartum care : training modules. 2002;392.

32. Assurance Maladie (Ameli). Se préparer à l'arrivée de bébé tout au long de la grossesse. 2021. [En ligne] https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite Consulté le 21 Février 2022.

33. POIRIER P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. 2012;84.

34. Beauchamp TL , Childress JF. Les Principes de l'éthique biomédicale. Les belles lettres. Paris; 2008;92;641 p.

35. Haute Autorité de Santé. L'évaluation des aspects éthiques à la Haute Autorité de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

36. LAROUSSE É. Dictionnaire Poche. Larousse 2018, 1120 p.

37. Le Robert. Bienveillance - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples. Dico en ligne / Le Robert. [En ligne] https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bienveillance Consulté le 23 Février 2022.

38. DE BROCA A. La bienveillance, cœur de tout soin. Éthique Santé 2011;8(4):171-2.

39. Nuance Communications, Inc. Burn-out dans la santé : 98 % des soignants reconnaissent avoir déjà ressenti les symptômes de l'épuisement professionnel. 2021. [En ligne] https://www.caducee.net/actualite-medicale/15406/burn-out-dans-la-sante-98-des-soignants-reconnaissent-avoir-deja-ressenti-les-symptomes-de-l-epuisement-professionnel.html Consulté le 23 Février 2022.

RÉSUMÉ

ETUDE DE LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS ET ENTRE PROFESSIONNELS-PARTURIENTES EN SALLE DE NAISSANCE

Etude qualitative reposant sur des observations de stage d'étudiants sages - femmes à la suite d'une intervention sur la sensibilisation à l'anthropologie de la communication de la SMa2 à la SMa5 entre 2005 et 2020 à l'Ecole Universitaire de Maïeutique de Brest.

Objectif : l'objectif principal est d'identifier, à partir de situations concrètes, les conditions favorisant ou non une relation de communication de qualité entre soignants et soignants-soignés en salle de naissance. L'objectif secondaire est d'analyser les ressentis des étudiants au cœur de ces interactions.

Matériels et méthodes : étude qualitative rétrospective de 104 observations de terrains faites par des étudiants sages - femmes en salle de naissance. Une grille de lecture a été construite pour analyser l'ensemble des observations.

Résultats : les situations d'urgence, le travail en équipe et l'attitude de ses membres sont des éléments majeurs à considérer. Le choix des mots, le ton utilisé, les gestes associés participent à la bonne compréhension, à la coopération de la parturiente et à la qualité de la prise en charge.
Le positionnement des étudiants n'est pas toujours aisé (manque de savoir-faire, en désaccord avec le professionnel). Néanmoins, leur présence et leur soutien des parturientes (gestion de la douleur, information) sont appréciés des femmes.

Conclusion : il est difficile de classer chaque facteur indépendamment du fait de la multifactorialité et de la singularité de chaque situation. Le travail en équipe et la communication en urgence sont des éléments interférents qui peuvent être améliorés notamment par le biais de la simulation. La personnalité et la charge émotionnelle de chacun est à prendre en compte. Ce travail d'approche anthropologique permet de replacer la communication comme élément central du soin.

Mots clés : Communication, salle de naissance, étudiants sages-femmes, observations

Auteur : Lou LÉGER

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2022