

**Paroles de Sages-Femmes : La Communication,
Comme matrice identitaire et enjeu éthique contemporain en salle de naissance**

Étude qualitative, prospective et multicentrique menée auprès des sages-femmes

Remerciements

Sommaire

Sommaire	1
Glossaire	2
Introduction	3
Matériel et Méthode	8
Résultats et Analyse transversale des entretiens	11
I. La communication, un pilier fondamental de l'accompagnement	
II. La diversité des formes de communication	
III. Une communication adaptée et personnalisée	
IV. Les techniques spécifiques de communication	
V. Les défis et limites de la communication	
VI. Développement des compétences et formation en communication	
VII. Évolutions et enjeux contemporains : une émergence au fil des entretiens	
Discussion	47
I. Choix méthodologiques	
II. Limites de l'étude	
III. Points forts de l'étude	
IV. Entraves émergentes à la communication : vers une iatrogénie relationnelle	
V. Apports concrets aux pratiques professionnelles	
Conclusion	69
Références bibliographiques	71
Annexes	76

Glossaire

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

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

DPC : Développement Professionnel Continu

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Définitions

Les niveaux de maternité*: En France, les maternités sont classées selon leur capacité à prendre en charge les grossesses et les nouveau-nés en fonction du niveau de risque.

- **Niveau 1** : Destiné aux grossesses à bas risque, ce niveau ne dispose pas de service de néonatalogie. Il prend en charge les accouchements à partir de 37 semaines d'aménorrhée (SA), avec des nouveau-nés ayant un poids ≥ 2500 g et ne nécessitant pas de soins particuliers.
- **Niveau 2A** : Adapté aux grossesses à risque modéré, il dispose d'une unité de néonatalogie sans soins intensifs, permettant d'accueillir des bébés à partir de 32 SA et d'un poids ≥ 1500 g, nécessitant une surveillance mais restant cliniquement stables.
- **Niveau 2B** : Ces maternités prennent en charge les mêmes seuils gestationnels que les 2A (≥ 32 SA, ≥ 1500 g), mais disposent en plus d'une unité de soins intensifs néonataux pour les nouveau-nés présentant des troubles nécessitant un soutien plus technique.
- **Niveau 3** : Réservé aux grossesses à haut risque (grande prématurité, pathologies fœtales ou maternelles graves), ce niveau dispose d'un service complet de réanimation néonatale. Il assure la prise en charge des nouveau-nés de moins de 32 SA, de poids < 1500 g, ou nécessitant une réanimation immédiate.

Parturiente* : Femme en train ou sur le point d'accoucher.

Primipare* : Femme qui accouche pour la première fois, par opposition à multipare.

Introduction

L'Homme est un être relationnel, toute notre construction et notre parcours se font en interaction avec les autres (Bioy, 2020). Le terme « communiquer », bien qu'il semble, au premier abord, simple et courant, recèle une complexité insoupçonnée. La communication ne se réduit pas à une simple transmission d'information, elle inclut la volonté de partager, de se relier à l'autre, voire de créer un lien profond. Le mot lui-même provient du latin *communicare*, signifiant « *mettre en commun* » ou « *entrer en relation* » (Simondon, 2015). Comme le soulignait Françoise DOLTO, « *tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences* » (Dolto, 2002).

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XXe siècle, et plus précisément après la Seconde Guerre mondiale, que les premières réflexions théoriques sur la communication, en particulier sur le chiffrement et le décodage des messages, ont émergé (Bateson, 1972). Dès lors, de nombreux modèles ont été proposés pour tenter de saisir sa nature. Malgré leurs différences, tous s'accordent à reconnaître que la communication constitue avant tout l'acte qui met en relation, unit et crée du lien. (Servillat, 2020). Du point de vue anthropologique, elle est essentielle à la survie et figure parmi les quatorze besoins fondamentaux identifiés par Virginia HENDERSON (Robillard, 2017). Communiquer, c'est exprimer des pensées et des émotions, mais aussi affirmer son existence à travers l'échange (Ibid).

Elle prend trois formes principales : verbale, non verbale et para verbale. La communication verbale repose sur l'utilisation de la parole, des sons, des cris pour transmettre des idées, expliquer ou argumenter. Pourtant, selon Albert MEHRABIAN, la parole représenterait seulement 7 % de l'impact global d'un message. À l'inverse, la communication non verbale, qui inclut les gestes, les postures, le regard, le silence, l'odeur ou encore la distance entre interlocuteurs, constituerait 55 % de ce même impact. Enfin, le para verbal, soit les modulations de la voix (rythme, tonalité, volume), représenterait à lui seul 38 % (Mehrabian, 1971). Ces différents registres interagissent en permanence, s'entrelacent et se complètent.

Dans le cadre professionnel, la communication est définie par BOUTET comme étant « *la part langagière du travail* ». Elle constitue une compétence professionnelle à part entière (Boutet, 2001).

Dans le secteur de la santé, elle se déploie en deux fonctions majeures : l'échange d'informations et le développement d'une relation. Ces deux fonctions sont essentielles à l'engagement de tout professionnel de santé (Meyer, 2013).

La relation de soin se distingue par sa singularité et se tisse à travers un échange. Elle se construit dans un climat de bienveillance, de sécurité et d'écoute, souvent en période de vulnérabilité (Bagnis, 2017). Cette relation repose sur une dimension affective, marquée par l'empathie, la sincérité, l'attention portée à l'autre. Mais elle implique également une dimension intellectuelle : celle de partager des informations claires, de guider, d'ajuster les réponses en fonction des attentes du patient. Rudyard KIPLING disait : « *les mots sont les médicaments les plus efficaces utilisés par l'Homme* » (Célestin-Lhopiteau, 2014).

Carl ROGERS a défini la relation d'aide comme celle où : « *l'un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement [...] et une meilleure capacité d'affronter la vie* » (Daval, 2008). Il met l'accent sur l'écoute centrée sur la personne, qui repose sur trois principes : la congruence, l'accueil inconditionnel et l'empathie (Rogers, 1942). Cette qualité de relation est essentielle dans la prise en charge des patients, permettant de comprendre et respecter leurs besoins, comme l'exige la loi Léonetti sur le droits des malades (Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, 2005). Cette exigence de reconnaissance, inscrite dans le cadre législatif, trouve un écho particulier dans les vécus des femmes en salle de naissance.

La perception des usagers dans le domaine de la périnatalité est également capitale. Les études menées par le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE), ont révélé qu'une large proportion de femmes jugent que leurs souhaits n'ont pas été respectés lors de leur accouchement. En 2012, plus de 40% des femmes ayant accouché ont estimé que leurs attentes n'avaient pas été prises en compte, et 84% ont estimé manquer de soutien (CIANE, 2012). C'est dans cette dynamique que des initiatives comme le plan périnatalité 2005–2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité », ont cherché à améliorer la prise en charge des femmes, mettant l'accent sur l'importance de la relation de confiance avec les professionnels de santé (Plan périnatalité, 2004).

Plus récemment, les violences obstétricales, notamment mises en lumière par le mouvement #MeToo, soulignent la nécessité d'adopter des pratiques plus respectueuses et attentives dans le domaine de la santé génésique. Ces violences, qu'elles soient verbales ou physiques, font ressortir l'urgence de repenser la manière dont les professionnels interagissent avec les parturientes, en mettant en avant le respect du consentement et la protection des droits des femmes (HCE, 2018). Ce phénomène social, renforcé par le contexte actuel, met l'accent sur l'importance de garantir une expérience de naissance positive et respectueuse (Blanc, 2024).

Les femme enceintes, durant leur grossesse et leur accouchement, vivent une période de vulnérabilité physique, psychique et relationnelle (Marin, Worms, 2015). Leur système d'attachement est particulièrement sollicité durant cette période, car elles se trouvent à la fois vulnérables et responsables (Molénat, 2007). L'attachement fait référence à la recherche de proximité et de sécurité, particulièrement en situation de détresse (L. Michel & Wendland, 2020). Les femmes les plus vulnérables sont donc les plus sensibles à la qualité de la relation avec les professionnels de santé (Dugravier & Wendland, 2020). *Porter un enfant, se sentir portée par une équipe, avoir été portée*, renvoie au concept de *holding*, de contenance et d'enveloppement (Molénat, 2013). Cette qualité semble être l'une des plus attendues chez les sages femmes (Nicholls & Webb, 2006).

En salle de naissance, la future mère fait face à des remaniements psychiques et physiques intenses (Depret, 2016). La naissance est un moment intime, fantasmé, souvent teinté de peur et d'exaltation. L'établissement de la relation de confiance avec la sage-femme rencontre des particularités : elle s'établit en peu de temps, s'intensifie, s'inscrit dans une histoire de vie et prend fin rapidement dès la sortie de la salle de naissance (Léger, 2022). La communication en salle de naissance est ainsi essentielle, non seulement pour transmettre des informations médicales, mais aussi pour offrir un soutien émotionnel et exprimer de l'empathie, contribuant ainsi à réduire le stress et l'anxiété de la parturiente (Dugravier & Wendland, 2020). Elle favorise la collaboration et permet à la femme enceinte de mieux comprendre et participer activement à son accouchement (Thomas, 2016).

Le rôle de l'ocytocine endogène dans ce processus est également fondamental. Surnommée « l'hormone de la relation », elle puise ses racines dans les mots grecs *ôkus* (rapide) et *tokos* (accouchement), est une neurohormone produite par l'hypophyse postérieure (Lane et al., 2013). Cette hormone, produite en réponse à des interactions émotionnelles positives, contribue à la progression du travail en réduisant le stress et en augmentant la tolérance à la douleur (Ibid).

Les recherches de la professeure Kerstin Uvnäs Moberg ont largement contribué à mettre en lumière ses effets profonds sur le bien-être. Elle souligne que l'ocytocine « *est l'hormone du soin et de la protection, elle constitue la base biologique des aspects réparateurs des relations* » (Uvnäs Moberg, 2015). Elle renforce la confiance et encourage les comportements de proximité (Lane et al., 2013). Sa libération est néanmoins sensible à l'environnement : pour qu'elle puisse se déployer pleinement, la femme qui accouche doit se sentir en sécurité, à l'abri de toute intrusion ou stimulation excessive (Odent, 2012).

Ainsi, les sages-femmes s'attachent à instaurer ce climat de sérénité, en s'appuyant sur des gestes simples mais empreints de délicatesse et de sens : une voix douce, un regard rassurant, un toucher enveloppant. Des pratiques telles que le massage, la lumière tamisée, l'eau chaude, le mouvement libre ou encore les caresses contribuent à générer des sensations agréables (Gwinner et al., 2017). La qualité de la communication et l'attention portée à la femme favorisent la libération d'ocytocine, renforçant ainsi le lien de confiance et la sérénité en salle de naissance (Figure 1).

En ce sens, l'accompagnement, proposé par les sages femmes, ne se limite pas à une présence technique, mais constitue un véritable soutien émotionnel et psychologique (Bonapace et al., 2018). Comme le rappelle Michel Odent, obstétricien et pionnier de l'approche physiologique de la naissance : « *L'ocytocine est l'hormone de l'amour. Elle est sécrétée dans toutes les situations qui impliquent attachement, proximité et confiance.* » (Odent, 2012).

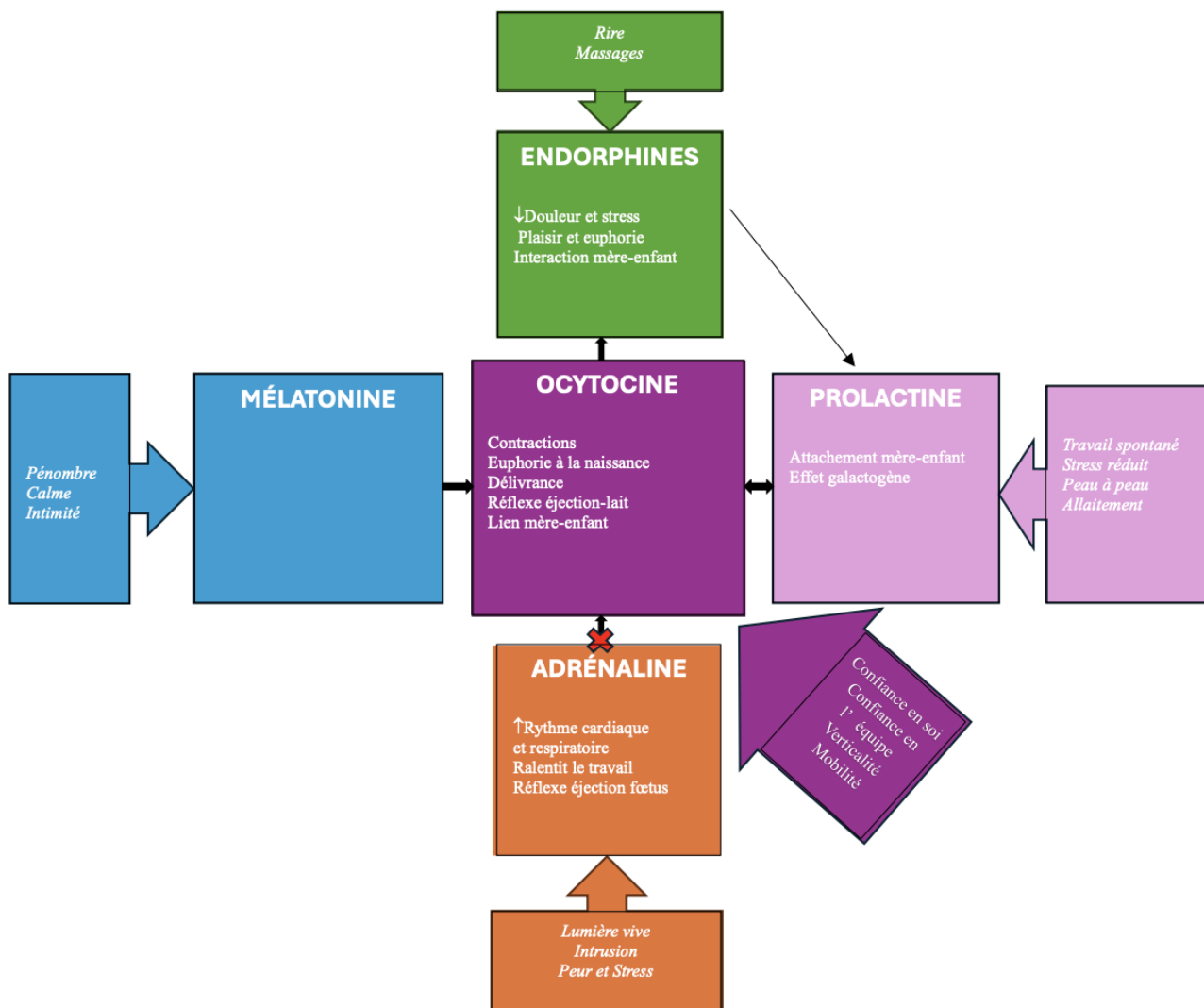


Figure n°1 : Schéma illustrant le processus hormonal chez la femme en travail

En situation d'urgence, la communication joue de surcroît un rôle clé pour prévenir le stress post-traumatique maternel et améliorer le vécu de l'accouchement (Froeliger, 2020). Ce vécu, quel qu'il soit, va de pair avec la confiance en soi et l'établissement du lien mère-enfant. Selon WINNICOTT, la manière dont la relation de soin est vécue, influence directement la capacité de la mère à s'engager dans le maternage (Roussel & de Timmerman, 2022).

La compétence communicative est donc essentielle dans le cadre de l'accouchement. Elle va au-delà des compétences linguistiques et inclut la capacité de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque femme et chaque situation (Filliettaz, 2012). La métaphore d'une figure kaléidoscopique est utilisée pour décrire la sage-femme qui est toujours en évolution à la lumière des besoins individuels, des attentes et du parcours du travail (Borrelli et al., 2016). La sage-femme doit savoir ajuster son discours en fonction du niveau de compréhension du couple, ce qui constitue un aspect central de son identité professionnelle.

En effet, l'identité professionnelle des sages femmes se façonne à travers leurs pratiques et leurs interactions avec les patientes, influençant leur engagement et la qualité de soins (Beckers, 2007).

La salle de naissance est un lieu d'humanité, de travail d'équipe, habitée par une cohérence émotionnelle généralement positive. Dans ce contexte, la communication est un levier crucial pour améliorer la qualité des soins et renforcer la sécurité des patientes. Pourtant, malgré son importance, elle est souvent négligée dans la formation des professionnels (Bioy, 2020). Les recherches sur ce sujet restent limitées et fragmentées, peu d'études se sont intéressées à la manière dont les professionnels perçoivent leur propre communication. C'est pourquoi, nous avons choisi de nous concentrer sur le regard que portent les sages-femmes sur leurs pratiques en communication, ce qui nous a conduit à formuler la question suivante :

« Comment les sages-femmes communiquent-elles avec les parturientes en salle de naissance ? »

L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment les sages femmes communiquent avec les parturientes en salle de naissance. Les objectifs secondaires sont d'analyser la construction de leurs compétences communicatives et d'identifier leurs besoins en matière de formation. Le récit des sages-femmes interrogées pourrait offrir une analyse réflexive qui permette d'améliorer leurs pratiques professionnelles et, à terme, la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.

Tout d'abord, nous présenterons la méthodologie employée pour la réalisation de cette étude. Nous exposerons ensuite les résultats que nous avons obtenus conjointement à l'analyse que nous avons faite de ceux-ci. Enfin, nous discuterons les choix méthodologiques et les implications de cette recherche dans le contexte actuel de la périnatalité, avant de conclure.

Matériel et Méthode

1. Type d'étude

L'analyse qualitative est une méthode qui permet de saisir en profondeur ce que vivent et pensent les personnes, à partir de données non chiffrées. Elle s'inscrit dans une démarche inductive, laissant les idées principales émerger, dans une logique d'écoute et d'ouverture. Ce type de méthodologie permet de recueillir et de comprendre le vécu des sages-femmes en laissant une large place à leur parole, sans partir d'hypothèses rigides. Le choix d'un dispositif multicentrique permet d'élargir les perspectives en intégrant des expériences issues de contextes variés. L'aspect prospectif, quant à lui, traduit une volonté de saisir un phénomène en mouvement, en cours d'élaboration (Pelaccia, 2019). En définitive, il s'agit d'une étude qualitative prospective multicentrique.

2. Lieux de l'enquête

L'étude a été menée auprès des sages-femmes hospitalières, du service des salles de naissances, réparties dans 12 maternités différentes. Les établissements de santé présentent des différences notables en termes de situation géographique, de statut, d'effectifs, d'activités et d'organisation des équipes. On recense plusieurs maternités réparties entre zones rurales et urbaines, situées dans différentes régions de France (Annexe I) :

- 7 en Hauts-de-France,
- 1 en Île-de-France,
- 1 dans le Grand Est,
- 1 en Pays de la Loire,
- 1 en Auvergne-Rhône-Alpes,
- 1 en Occitanie.

Ces maternités relèvent à la fois du secteur public et privé (une clinique et un établissement de santé privé d'intérêt collectif), et couvrent différents niveaux de prise en charge, niveau 1, niveau 2A, 2B et 3. L'organisation des équipes varie également en fonction des établissements et des plages horaires. En salle de naissance, la présence des sages-femmes oscille entre une seule professionnelle, une équipe de deux à quatre sages-femmes selon qu'il s'agisse du jour ou de la nuit. Les effectifs globaux fluctuent sensiblement d'un établissement à l'autre. Certaines structures fonctionnent avec une trentaine de sages-femmes, tandis que d'autres comptent jusqu'à soixante professionnelles pour assurer la continuité des soins. L'activité varie entre 600 et 3 500 accouchements par an, avec une médiane de 1 800 accouchements annuels. Pour soutenir cette activité, elles disposent de 3 à 9 salles d'accouchement, avec une moyenne de 6 salles disponibles. Cette hétérogénéité reflète la diversité des besoins et des ressources disponibles dans chaque maternité.

3. Période

Les entretiens ont été menés sur une période qui s'étend du 16 septembre 2024 au 23 octobre 2024.

4. Population

a) Critères d'inclusion

L'échantillon de la population sélectionnée comprend des sages-femmes diplômé(e)s exerçant actuellement dans le service des salles de naissances, au moins partiellement, ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Elles s'inscrivent dans différents niveaux d'expérience.

Ces critères ont été établis dans le but d'observer la communication, en tenant compte des variations liées à l'expérience. Ainsi, les sages-femmes débutant(e)s peuvent témoigner des défis rencontrés dans leurs premières interactions avec les patientes, des ressources mobilisées pour développer leurs compétences et des éventuelles lacunes ressenties dans leur formation initiale. À l'inverse, les professionnel(le)s plus expérimenté(e)s offrent un regard rétrospectif. L'inclusion de sages-femmes ayant cessé d'exercer en salle de naissance, depuis moins de cinq ans, vise à élargir l'analyse en intégrant des perspectives récentes, tout en évitant un biais de mémorisation ou d'évolutions trop anciennes des pratiques professionnelles. Bien que n'évoluant plus dans ce service, elles conservent une mémoire vive de leurs interactions avec les patientes et peuvent ainsi apporter un éclairage complémentaire sur la manière dont elles ont construit et perçu leur communication en contexte d'accouchement. Par ailleurs, certaines ont pu quitter la salle de naissance en raison de contraintes communicationnelles (gestion du stress, charge émotionnelle, difficultés relationnelles), ce qui constitue une donnée précieuse pour identifier d'éventuels enjeux liés à la formation et à l'accompagnement des sages-femmes dans ce domaine.

b) Critères de non-inclusion

Aucun critère de non-inclusion n'a été retenu pour cette étude.

5. Prise de contact et recrutement

Notre processus de recrutement s'est voulu libre, sans restriction, aléatoire, basé sur du volontariat. Dans un premier temps, nous avons profité de nos précédents stages en salle de naissance, pour interroger les sages-femmes volontaires à participer à nos entretiens. Cela nous a permis d'amorcer le recueil des témoignages. Grâce à la dynamique de l'effet « boule de neige », nous avons pu élargir notre panel. Notre population principale est située dans les Hauts-de-France, puisque nous avons pu solliciter les sages-femmes de la métropole lilloise par courrier électronique (Annexe II et III), par l'affichage d'annonces directement sur leurs lieux d'exercice grâce au soutien des cadres de santé (Annexe IV). Les volontaires recevaient un courrier d'information et un formulaire de non-opposition à l'utilisation de leurs données (Annexe V). Enfin, une diffusion supplémentaire via un réseau associatif nous a permis une bonne visibilité et la diversité des profils recrutés. Cette méthodologie a favorisé un recrutement progressif et varié garantissant une richesse d'expériences et divers parcours professionnels.

6. Outil

L’outil de recherche qui a été utilisé est l’entretien semi-directif. Ce choix repose sur sa capacité à concilier un cadre structuré et une souplesse d’adaptation. En s’appuyant sur une trame de questions ouvertes, il permet d’orienter la discussion tout en laissant une marge d’expression libre. Cet outil privilégié permet d’explorer la subjectivité des sages-femmes, leur vécu et leur perception de la communication en salle de naissance. D’autre part, cette approche offre une souplesse à l’interviewer, qui peut ajuster l’entretien en fonction des réponses obtenues, relancer sur certains points ou approfondir des thématiques qu’il juge pertinentes. Elle offre la possibilité de faire émerger des éléments non anticipés et ainsi enrichir notre analyse. Cette capacité d’ajustement est pertinente dans une recherche portant sur la communication, un domaine intrinsèquement contextuel et évolutif, où les interactions varient selon les situations, les patientes et les difficultés rencontrées. Enfin, l’entretien semi-directif apparaît comme particulièrement adapté à un échantillon hétérogène, incluant des sages-femmes ayant des niveaux d’expérience variés en s’adaptant aux spécificités de chaque parcours (Pelaccia, 2019).

7. Recueil de données

Une fois les sages-femmes recrutées, nous avons convenu d’un moment approprié pour réaliser les entretiens. Le guide d’entretien utilisé (Annexe VI) a été élaboré à partir d’une recherche bibliographique et d’observations portant sur la communication dans le soin, les perceptions des soignants et l’identité professionnelle. Les entretiens ont été enregistrés à l’aide d’un dictaphone, puis retranscrits manuellement sur le logiciel de traitement de texte Word. Une fois l’analyse terminée, les enregistrements et les retranscriptions ont été supprimés.

8. Méthode d’analyse

Les données recueillies lors des entretiens ont été analysées à l’aide d’une grille élaborée progressivement au fil des relectures. Cette approche a permis d’identifier les thèmes les plus fréquemment abordés par les participantes. L’analyse a ainsi été menée de manière thématique, en sélectionnant les verbatims les plus représentatifs des réponses obtenues.

9. Aspects éthiques et réglementaires

Le projet de mémoire a été présenté en septembre 2024 à la Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique (CRD2M) de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la santé (FMMS). L’avis rendu a été favorable à la réalisation de cette enquête (Annexe VII).

Le consentement des participants a été recueilli avant chaque entretien, après explication des modalités de collecte et d’utilisation de leurs données personnelles. Un document d’information sur le RGPD et la Loi Informatique et Libertés leur a été remis (Annexe VIII). Les entretiens, enregistrés avec leur accord écrit, ont ensuite été intégralement retranscrits et pseudonymisés.

Résultats et Analyse transversale des entretiens

I. Présentation des personnes interrogées

À la suite de la diffusion de l'annonce de recrutement, huit réponses ont été reçues par courrier électronique, tandis que 33 autres ont été recueillies via un affichage diffusé dans les services hospitaliers et sur un réseau social associatif. Six relances sont restées sans réponse.

Au total, 21 entretiens semi-directifs ont été menés, d'une durée variant de 15 minutes à 1 heure 25 minutes, avec une moyenne de 45 minutes. Parmi eux, 11 ont été réalisés en présentiel et 10 à distance par visioconférence. Tous les participants ont donné leur accord pour participer à cette étude.

a) Caractéristiques des participants

L'échantillon est composé de 21 sages-femmes, dont 19 femmes et 2 hommes, âgés de 23 à 58 ans.

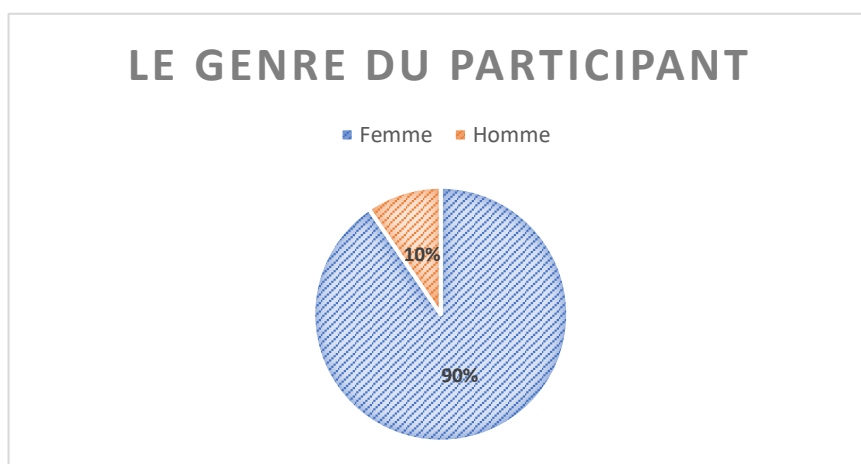


Figure n°2 : Diagramme exprimant la répartition des participants selon le genre.

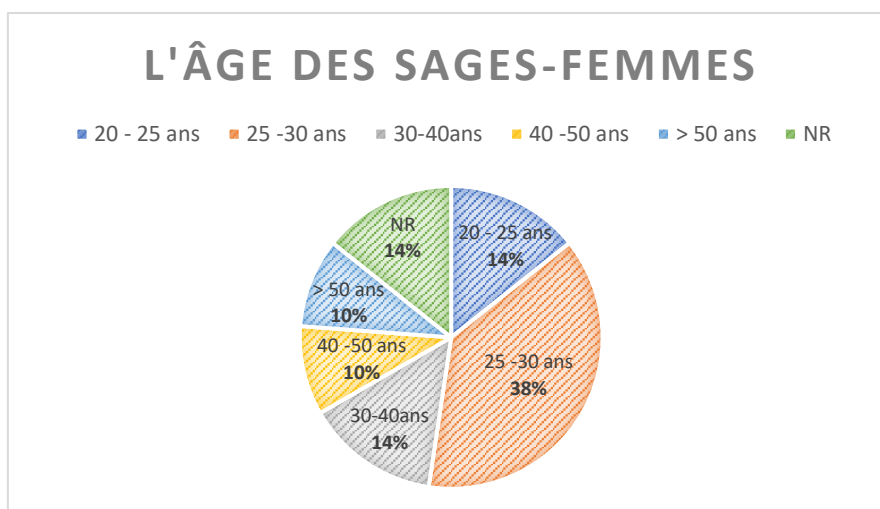


Figure n°3 : Diagramme exprimant la répartition des participants selon l'âge.

Leur expérience professionnelle varie de 4 mois à 34 ans d'exercice (Figure 4).

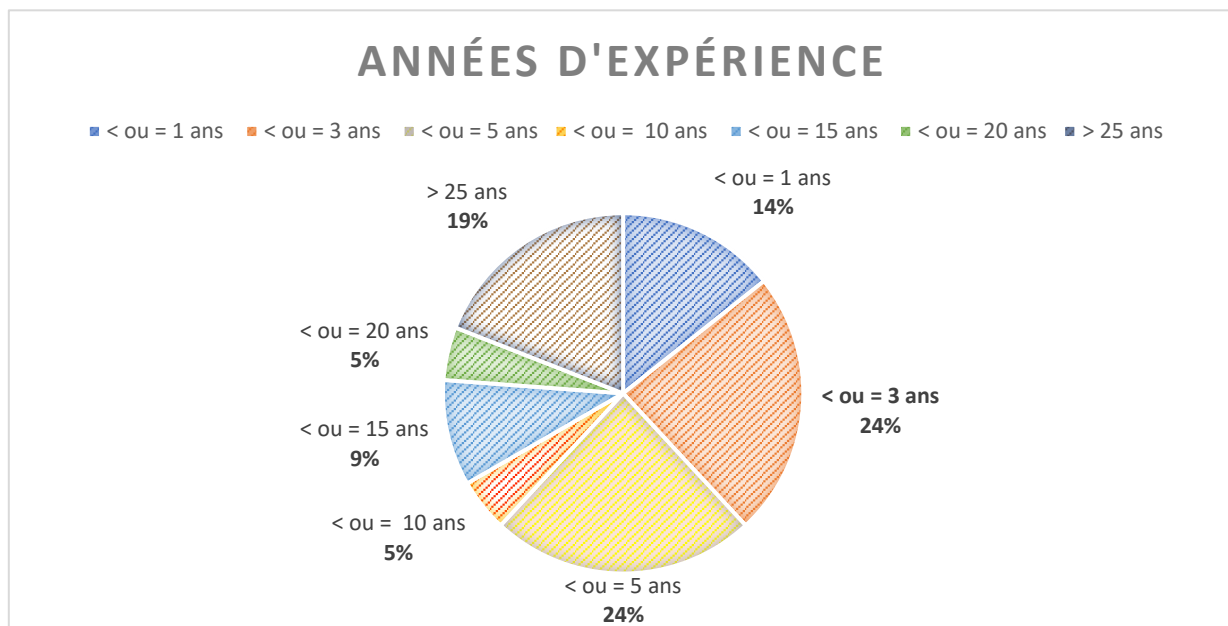


Figure n°4 : Diagramme exprimant la répartition des participants selon leurs années d'exercice.

Concernant leur statut professionnel, la répartition est la suivante (Figure 5) :

- 16 sages-femmes hospitalières
- 1 sage-femme exerçant en activité mixte (libérale et hospitalière)
- 2 sages-femmes partageant leur activité entre le secteur associatif et hospitalier
- 2 sages-femmes libérales

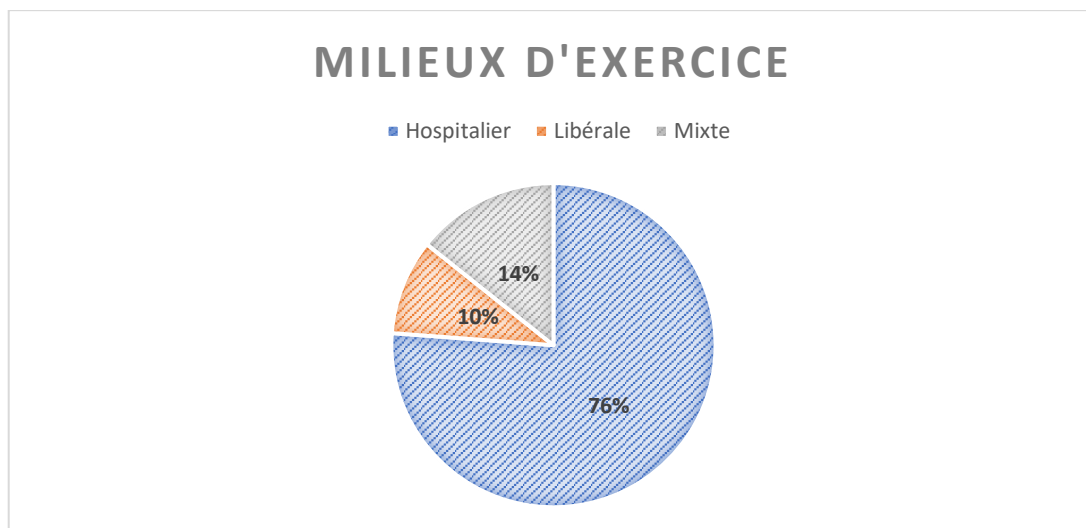


Figure n°5 : Diagramme exprimant la répartition des participants selon leur milieu d'exercice.

Les modalités d'exercice des participants sont diversifiées. Certaines travaillent exclusivement en salle de naissances, tandis que d'autres exercent dans plusieurs services, tels que les consultations, les suites de naissance et la gynécologie.

b) Diversité des lieux d'exercice et des parcours professionnels

Les sages-femmes interrogées exercent dans des maternités de différents niveaux (niveau 1, niveau 2A, niveau 2B et niveau 3), impliquant des variations dans la prise en charge des patientes (Figure 6). Un quart d'entre elles ont exercé exclusivement dans un même établissement tout au long de leur carrière, tandis que la majorité ont travaillé dans plusieurs structures.

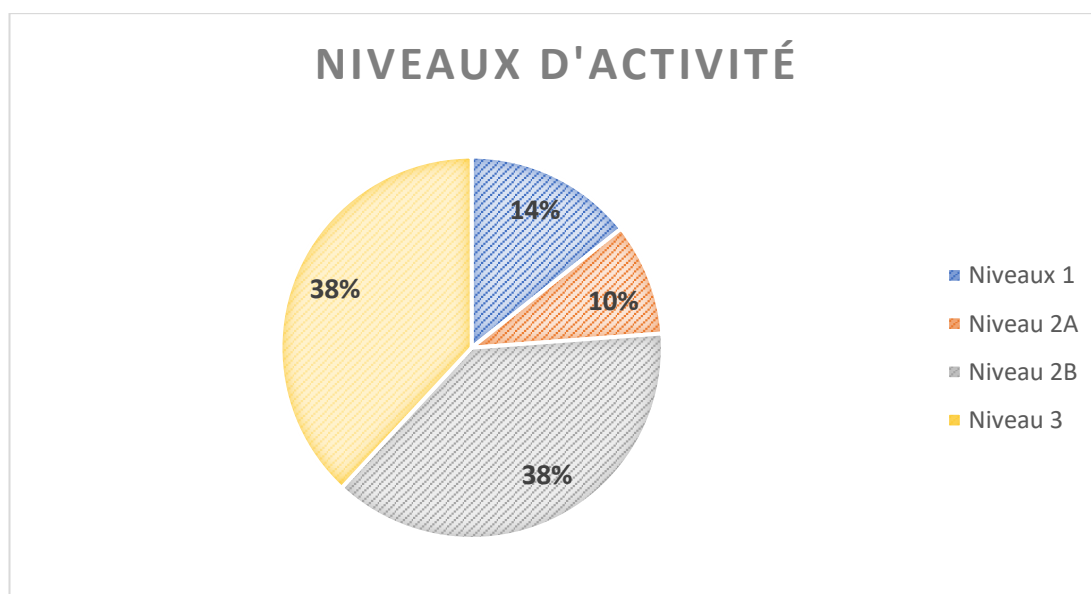


Figure n°6 : Diagramme exprimant la typologie des lieux d'exercice selon leur niveau d'activité

Les parcours académiques sont également variés. Certaines ont complété leur formation initiale par des diplômes universitaires (DU) en hypnose, échographie, acupuncture, sophrologie et violences faites aux femmes, tandis que l'une d'entre elles a entrepris des études de psychologie en parallèle de son exercice professionnel.

c) Organisation du travail

L'organisation du travail au sein de l'échantillon étudié diffère selon les professionnels. Certains exercent à temps plein ou à temps partiel, tandis qu'une participante travaille exclusivement de manière occasionnelle en renfort. Les rythmes de travail sont également hétérogènes : si la majorité alterne entre horaires de jour et de nuit, une sage-femme exerce exclusivement de nuit.

d) Récapitulatif

Tableau I : Profils des sages-femmes interrogées

N° entretien	Prénom (fictif)	Sexe	Âge	Expérience	Mode d'exercice et/ou Niveau de la maternité
1	Clarisse	F	24 ans	1 an	Niveau 2B
2	Lisa	F	23 ans	4 mois	Niveau 2B
3	Pauline	F	27 ans	3 ans	Niveau 2B
4	Mélanie	F	NR	4 ans	Niveau 3
5	Chloé	F	24 ans	4 mois	Libéral
6	Audrey	F	26 ans	2 ans	Niveau 1
7	Clémence	F	27 ans	4 ans	Niveau 1
8	Marion	F	26 ans	1 an ½	Mixte
9	Lola	F	27 ans	3 ans	Associatif / Niveau 1
10	Lucie	F	27 ans	4 ans	Niveau 2B
11	Célestine	F	26 ans	3 ans	Niveau 3
12	Dorothée	F	50 ans	26 ans	Niveau 2B
13	Valérie	F	58 ans	25 ans	Associatif / Niveau 3
14	Léa	F	27 ans	4 ans	Niveau 2A
15	Carole	F	57 ans	34 ans	Niveau 2A
16	Laurine	F	NR	29 ans	Niveau 3
17	Mathieu	M	39 ans	15 ans	Niveau 3
18	Sophie	F	46 ans	22 ans	Libéral
19	Adèle	F	NR	16 ans	Niveau 2B
20	Jade	F	32 ans	10 ans	Niveau 2B
21	Thomas	M	39 ans	15 ans	Niveau 3

II. La communication, un pilier fondamental de l'accompagnement

a. Un levier essentiel pour la qualité de la prise en charge

« Sans communication, ce n'est pas possible de pouvoir être dans le soin et encore moins sage-femme.

Notre métier, il est là, l'essence même de la sage-femme, elle est là en fait. » Sophie

La communication est unanimement reconnue comme un pilier fondamental dans la prise en charge des patientes. De nombreuses sages-femmes insistent sur son caractère essentiel dans leur pratique quotidienne, certaines allant même jusqu'à affirmer qu'elle constitue la pierre angulaire de l'accompagnement. Ainsi, Clémence, Audrey et Marion accordent à la communication une place centrale dans la relation entre soignant et patiente. Audrey précise qu'il s'agit de *« l'un des aspects les plus importants, si ce n'est le plus important »* de leur métier. De son côté, Carole estime que la communication représente 70 % du soin, soulignant son rôle primordial. Laurine partage cette vision et ajoute que le reste repose sur la technique, l'organisation et l'expertise obstétricale. Adèle va encore plus loin en considérant que la communication constitue presque 90 % de sa prise en charge.

Clarisse, quant à elle, met en évidence l'impossibilité de comprendre réellement le ressenti d'une patiente sans un échange efficace. Marion renforce cette idée en affirmant que *« c'est grâce à la communication que nous parvenons à collaborer et à soutenir au mieux la femme »*. Lucie témoigne du rôle névralgique de la sage-femme en tant qu'accompagnatrice et guide, affirmant avec conviction que *« la clé d'un suivi réussi et d'une patiente satisfaite, c'est la communication »*. Elle souligne également ses nombreux bienfaits, ne lui trouvant aucun inconvénient : *« Je ne vois que du positif... Je ne vois pas en quoi la communication pourrait nuire à un accompagnement »*. Marion et Pauline partagent ce point de vue et confient que cet aspect relationnel a largement influencé leur choix de devenir sage-femme.

Cependant, Clémence met en lumière une autre réalité : lorsque la communication avec une patiente est difficile, cela peut être frustrant. Elle rappelle également que cet échange nécessite du temps et une certaine énergie. De son côté, Carole insiste sur l'importance de l'accueil bienveillant et de la constance dans l'échange. Célestine rejoint cet avis, expliquant que la première phrase prononcée et la réponse qui en découle influencent considérablement la qualité de la relation qui s'établira par la suite.

b. L'importance de l'information, de l'anticipation et du consentement éclairé

Les sages-femmes se sont également décrites comme vectrices d'information et de réassurance. Pauline met en avant le rôle de la communication pour instaurer un climat de confiance et informer la patiente, affirmant que *« si de bonnes bases sont posées dès le départ, cela permet d'éviter les incompréhensions et les ruptures de dialogue »*. Lucie souligne l'importance de la transparence et de l'anticipation dans l'explication des soins afin d'optimiser le vécu de l'accouchement.

Elle insiste sur la nécessité de rassurer en préparant la patiente aux différentes éventualités : « *Je leur explique tous les scénarios possibles* », car une femme informée peut mieux se conditionner aux différentes issues. Sophie insiste sur la clarté et la fluidité des informations transmises, rejoignant l'idée que la communication vise à rassurer, soutenir la patiente à chaque étape du travail et de l'accouchement : « *Il est essentiel qu'elles comprennent que nous ne cherchons pas à leur cacher quoi que ce soit, mais bien à leur donner une information transparente* ». Audrey appuie également cette notion et insiste sur l'importance de la démonstration pour rendre les explications plus compréhensibles. Carole partage cette approche en déclarant : « *Quand on détient le savoir, il suffit de l'expliquer aux patientes pour qu'elles soient convaincues et que l'on puisse avancer sereinement* ».

Lisa met l'accent sur la nécessité d'aborder certaines interventions en amont, comme l'épisiotomie et les efforts expulsifs, afin d'éviter toute surprise en situation d'urgence : « *Plus on les prévient tôt, mieux elles le vivent et mieux elles comprennent ce qui se passe* ». Elle insiste sur l'anticipation et de la prévention par le dialogue. Laurine, de son côté, met en avant la préparation de la patiente à l'accouchement, en lui expliquant chaque étape comme le déroulement et le nombre de personnes présentes. Lisa souligne également que les parents apprécient lorsqu'on leur explique comment est interprété le rythme cardiaque du bébé, ce qui leur permet de mieux comprendre la situation.

Léa met en lumière un autre aspect clé : la communication influence la prise de décision des patientes. Elle accorde une attention particulière à la manière dont les informations sont apportées : « *C'est la façon dont je présente les choses qui va déterminer si elle me suit ou non* ». Elle met en avant l'enjeu que représentent la transparence et la vigilance pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. Elle valorise la nécessité d'informer les patientes sur toute éventuelle anomalie du rythme cardiaque fœtal, la possibilité d'une extraction instrumentale ou encore le recours éventuel à une césarienne. Elle note que les projets de naissance incluent souvent cette demande, d'être informée à chaque étape, afin que les patientes puissent prendre des décisions éclairées. Adèle renforce cette idée en affirmant que « *lorsqu'une femme se sent en sécurité parce qu'on lui explique tout, elle vit mieux la prise en charge* ». Elles insistent sur l'importance de rappeler aux patientes qu'elles peuvent poser des questions si quelque chose leur échappe. Ce sentiment de sécurité facilite la réalisation de soins spécifiques en salle de naissance, tels que la pose d'une voie veineuse, la péridurale, le sondage ou encore la rupture artificielle des membranes. Adèle explique également aux patientes, lors des examens, ce qu'elle est en train de faire, ce qu'elle cherche et pourquoi elle adopte certaines positions, en particulier pour les primipares qui découvrent ces gestes médicaux pour la première fois.

L'exigence d'une information juste et complète est formulée par Thomas. Il applique un moyen mémotechnique, le *BRAIN* (*Bénéfices, Risques, Alternatives, Intuition, Néant*), afin d'offrir une explication exhaustive des options disponibles. Il explique que ce cadre permet d'aborder les bénéfices et les risques de chaque intervention, les alternatives possibles, l'intuition de la patiente sur la situation, et enfin ce qui se passe si aucune action n'est entreprise. Selon lui, cette approche basée sur la réalité, l'anticipation et la franchise permet aux patientes de mieux vivre leur accouchement.

Valérie partage cette idée et souligne que cette approche humanise davantage les gestes médicaux, les rendant moins purement techniques et renforçant la proximité entre soignant et patiente.

Le respect du consentement éclairé constitue, selon Pauline, un principe fondamental de sa pratique, impliquant la nécessité de recueillir l'accord de la patiente avant tout examen ou intervention, notamment l'épisiotomie : *"Au moment où elles réalisent qu'un changement important a été fait sur leur corps, elles peuvent ressentir de l'incompréhension, voire un sentiment de révolte"*. Elle témoigne de son approche, demandant systématiquement : *"Si j'ai besoin de faire une épisiotomie, êtes-vous d'accord ?"* et en expliquant les raisons possibles d'une telle intervention. Elle souligne également la nécessité de redemander le consentement au moment de l'acte et de proposer un débriefing par la suite, consciente de la charge émotionnelle de ce geste. Sophie adopte une position plus nuancée sur la prise de décision des patientes concernant l'épisiotomie, évoquant la possibilité que cette responsabilité soit perçue comme une source de violence. Laurine met en avant l'importance du consentement lors des touchers vaginaux, en prenant soin de couvrir la patiente et de lui demander systématiquement : *"Est-ce que je peux y aller ? Est-ce que c'est bon pour vous ?"*.

c. L'établissement d'un climat de confiance et d'un lien thérapeutique

Les sages-femmes s'accordent sur un point essentiel : la communication est la clé pour instaurer une relation de confiance avec les patientes. L'objectif est simple, mais fondamental : créer un environnement rassurant et bienveillant, autant pour la patiente que pour la soignante. Clémence insiste sur l'importance de poser les bases de celle-ci dès le début, afin que les patientes se sentent à l'aise et puissent s'exprimer librement. Pauline partage cette idée et évoque l'image d'une « bulle » qui se forme grâce à une communication douce et bienveillante. Selon elle, une fois cette relation de confiance établie, la patiente se sent plus sereine, ce qui facilite le bon déroulement des soins. Mathieu, quant à lui, cherche à nouer un lien fort et rapidement en abordant des sujets personnels liés à la grossesse. Il suit souvent le même schéma : il demande le prénom du bébé, son sexe, comment s'est déroulée la grossesse, ou encore quels ont été les moments marquants. Il considère que lorsqu'on assiste à une naissance, il est essentiel de créer cette connexion sans tarder. Célestine, de son côté, s'appuie sur les membres de la famille présents, tandis que Mélanie préfère engager la discussion sur des sujets plus légers, selon ce que la patiente est prête à partager. Pour elle, commencer par des questions « superficielles » comme la profession, les animaux de compagnie ou les passions permet de montrer un réel intérêt pour la personne, tout en instaurant un climat détendu. À partir de là, les patientes osent poser leurs propres questions plus librement, sans craindre d'être jugées. L'importance d'une transition fluide, lors des changements d'équipe, est mise en avant par Mélanie et Sophie, qui soulignent la nécessité de présenter clairement la nouvelle sage-femme qui prend la relève pour éviter toute rupture dans la relation instaurée. Certains moments sont particulièrement propices à la création de ce lien. Chloé, par exemple, accorde une attention particulière à la pose de la péridurale : *« À ce moment-là, on est face à la patiente, elle s'appuie légèrement sur nous, et c'est un instant privilégié où l'on peut la rassurer avec des paroles douces, presque chuchotées »*.

Instaurer la confiance, c'est aussi savoir adapter son attitude, selon Clarisse, qui insiste sur l'importance d'alterner entre douceur et sérieux en fonction du contexte. Marion, elle, veille à ce que la patiente se sente en sécurité, tout en se montrant parfois directive lorsque cela est nécessaire. Carole rappelle l'impact du premier contact : un sourire, une attention particulière, une posture ouverte peuvent tout changer. De son côté, Valérie met en avant un point crucial : il est essentiel que les sages-femmes elles-mêmes croient en la capacité des femmes à accoucher dans de bonnes conditions. Cette conviction se ressent et contribue à renforcer la confiance des patientes. Lucie raconte la relation privilégiée qui peut se tisser avec une patiente déjà rencontrée aux urgences. Célestine, quant à elle, insiste sur l'importance de se montrer disponible, même si l'on ne peut pas être constamment présente : « *Il faut que la patiente sache qu'elle peut nous appeler à tout moment, même si nous ne sommes pas dans sa chambre en permanence* ». Au-delà de l'aspect humain, instaurer une relation de confiance a un réel impact sur l'efficacité des soins. Léa met en avant le fait qu'une patiente en confiance facilite la prise en charge, ce qui permet de gagner du temps et d'optimiser les gestes médicaux. Plusieurs sages-femmes partagent cette observation, Lucie soulignant que « *plus la communication est naturelle, plus la prise en charge est rapide et efficace* ». Mathieu ajoute que cette relation de confiance favorise l'adhésion des patientes aux décisions médicales. Enfin, à l'inverse, une absence de lien peut donner une impression de froideur ou de distance, ce qui risque de perturber certaines patientes, comme le souligne Dorothée.

d. La communication comme outil de réassurance et d'accompagnement des émotions

Il est essentiel, selon Lola, que les patientes puissent s'impliquer activement dans leur accouchement. Son objectif est que chaque femme puisse s'approprier pleinement cet événement unique et ressentir qu'elle en est l'actrice principale. Elle insiste sur la nécessité qu'elles puissent dire : « *J'ai accouché* » plutôt que « *La sage-femme ou le médecin m'a accouchée* ». Dans la même optique, Célestine place le rôle de la sage-femme comme guide vers l'autonomie parentale. Pour elle, il est essentiel de ne pas tout faire à la place des patientes. Elle exprime cette idée avec conviction : « *En fait, si on fait tout pour eux, ce n'est pas les aider. (...) Je déteste infantiliser les gens.* » Cette vision repose sur une confiance absolue dans la capacité des patientes à ressentir et comprendre leur propre corps, une notion également soulignée par Audrey. En effet, Carole rappelle que l'accompagnement dans le processus de lâcher-prise, nécessite de la part des soignants, une posture empreinte d'humilité. Valérie met en garde contre la tendance à trop « mater » les patientes et à prendre des décisions à leur place : « *On leur dit trop souvent qu'on sait mieux qu'elles ce qui est bon pour elles, alors qu'en réalité, personne ne sait mieux qu'une femme ce qui est bon pour elle. Proposer des solutions, c'est essentiel, ça fait partie de notre métier, mais ensuite, il faut leur faire confiance et leur rappeler que c'est elles qui savent, pas nous !* » Elle insiste sur l'importance de leur redonner le contrôle lors de l'accouchement : « *Leur corps leur appartient, elles ressentent ce qui se passe, il faut qu'elles s'autorisent à l'écouter.* » Elle souligne également l'aspect instinctif et primitif de l'accouchement : « *Je suis désolée de le dire comme ça, mais quand on accouche, on devient très animal, c'est un instinct de survie de transmettre la vie.* »

Elle intègre cette idée dans sa communication, notamment lorsqu'elle encourage les patientes dans les dernières phases du travail : « *Je leur dis : 'Là, vous mettez votre enfant au monde', je ne dis pas 'vous accouchez', je dis 'vous mettez votre enfant au monde', et ce n'est pas la même chose.* » Elle observe que ce choix de mots suscite une émotion particulière chez les parents et rend l'échange plus intime et profond. Elle adopte une métaphore théâtrale pour illustrer son rôle: « *Ce n'est pas moi qui accouche, c'est vous. Vous êtes l'actrice principale, moi je suis juste la metteuse en scène : je vous place la lumière, je vous mets la musique, je vous donne quelques conseils, mais c'est votre moment. Vous êtes à la fin, et vous ne pourrez pas rembobiner le film.* » Elle insiste sur l'importance de vivre pleinement cet instant, en invitant les patientes à prendre conscience de leur force et de leur capacité à mener leur accouchement comme elles le souhaitent : « *Ce jour-là, il se passe quelque chose d'unique. Il ne faut pas les endormir, mais au contraire les éveiller, leur révéler leur puissance, leur permettre de prendre conscience de cette vigilance extraordinaire qu'elles possèdent à ce moment précis. Ce jour-là, elles ont un super pouvoir !* ».

e. Une clé pour favoriser l'autonomie et le lâcher-prise des patientes

La patiente cherche à établir une relation de confiance avec la sage-femme, comme le souligne Chloé, en réponse à la peur qu'elle ressent. Cette peur peut être liée à diverses appréhensions, comme la crainte de ne pas être à la hauteur, de ressentir une douleur intense ou même d'avoir recours la péridurale. Célestine partage cette observation et ajoute que la maternité suscite beaucoup d'angoisse, mais aussi une peur de l'inconnue. L'importance de reconnaître les peurs des patientes est affirmée tant par Valérie que par Carole. Pour Valérie, l'essentiel est d'exprimer de la compréhension face à ces craintes : "*Je comprends que vous ayez peur.*" Elle met également en avant la réalité que, en salle d'accouchement, personne n'est totalement à l'aise, ni la patiente ni le professionnel. La vigilance est constamment requise, car il y a toujours une part d'incertitude. D'où la nécessité de communiquer de manière authentique, en restant sincère et juste. Elle rappelle que les salles de naissance sont des lieux où la vie et la mort se côtoient. Même si le mot « *mort* » est rarement évoqué avec les patientes, il est important de rester vigilant et prévenant. La communication doit être rassurante, visant à redonner aux patientes confiance en elles. Elle remarque que dès l'annonce de la grossesse, on submerge souvent les femmes avec des informations potentiellement angoissantes, comme les risques liés à la trisomie 21. Il est essentiel de souligner que malgré nos connaissances théoriques, en tant que professionnels, nous ne sommes pas supérieurs aux patientes. En tant qu'êtres humains, nous partageons tous cette capacité naturelle à mettre un enfant au monde. Selon elle, il devient donc crucial de réveiller la conscience des patientes à ce pouvoir qui est le leur, celui de donner la vie. Audrey aime leur rappeler qu'elles peuvent être fières de tout ce qu'elles ont accompli jusqu'ici, que ce soit durant la grossesse ou pendant l'accouchement, et que leur expérience mérite d'être valorisée.

f. Son impact sur l'expérience vécue, le souvenir de l'accouchement et le bien-être postnatal

L'accouchement est décrit comme un moment central dans l'expérience de maternité par Célestine, le comparant à un chef d'orchestre qui façonne tout le vécu autour de cet événement. Elle nous dit que lorsqu'on demande à une patiente de revenir sur son expérience, l'accouchement est généralement l'événement auquel elle pense en premier. Thomas souligne l'importance de conserver un souvenir positif, insistant sur le fait que ce souvenir ne se crée pas seulement à travers les aspects techniques des soins, mais avant tout grâce à la relation et à la communication établies pendant cette période. Clarisse fait également ressortir que l'accouchement est un moment d'une grande intimité que la patiente nous « confie ». Selon elle, bien que nous ayons été formés pour ce métier, il s'agit d'un privilège d'accompagner les femmes dans une expérience aussi personnelle. Valérie, de son côté, souhaite faire prendre conscience aux patientes de l'unicité du moment qu'elles traversent.

Audrey remarque que, si le lien avec l'équipe n'est pas bien établi, cela peut susciter des interrogations de la part des couples. Elle fait référence aux nombreux témoignages de femmes sur les réseaux sociaux, souvent désemparées par des expériences d'accouchement qu'elles n'ont pas comprises. Certaines, malgré l'absence de complications graves, peuvent ressortir traumatisées, ce qui démontre, selon elle, à quel point une communication bien menée peut transformer l'expérience, non seulement en la rendant plus agréable, mais aussi en impactant positivement le post-partum à long terme. L'accouchement ne représente pas seulement un enjeu vital, mais qu'il peut aussi être une source de traumatisme, comme le rappelle Marion. Des mots maladroits ou une approche trop brusque peuvent marquer la patiente, compliquant son vécu. Léa, quant à elle, considère qu'une communication claire et empathique contribue grandement au bien-être de la patiente. Elle observe que lorsqu'on prend le temps d'expliquer les étapes, « *tout se passe beaucoup plus sereinement* ». Elle va même jusqu'à dire que, dans une atmosphère positive, les complications sont moins fréquentes et les gestes invasifs peuvent être réduits.

Pour Laurine, un accouchement harmonieux favorise un post-partum serein, un allaitement facilité et de futures grossesses mieux vécues. Adèle complète cette idée en expliquant que, même si on réalise les mêmes actes et soins, l'attitude et les mots utilisés feront toute la différence. Elle évoque l'exemple d'une prise en charge silencieuse, notant combien cela modifierait le ressenti de la patiente.

Pour Pauline, les mots portent plus qu'on ne l'imagine. Marion met en avant l'enjeu de la transparence psychique¹, pour prévenir des traces traumatiques influant sur une future grossesse. Clémence souligne le rôle clé de l'équipe dans la prévention de ceux-ci. Pour elle, un accouchement serein, surtout lors d'une première expérience, favorisera positivement leur rapport à l'hôpital, la détente maternelle et l'accueil du bébé.

¹ Transparence psychique : concept psychanalytique développé par *Bydlowski* désignant un état particulier de la grossesse, durant lequel les barrières psychiques s'atténuent, rendant l'inconscient plus accessible et la femme plus perméable aux affects, souvenirs et questionnements identitaires.

Marion rappelle le rôle central de l'ocytocine dans l'accouchement, soulignant qu'un environnement serein en favorise la sécrétion et accélère le travail. Elle explique que le stress, en déclenchant la production d'adrénaline, entrave la libération d'ocytocine et ralentit le processus. Elle défend l'idée que l'aspect psychologique et la gestion de l'état d'esprit sont essentiels. Clémence conclut en soulignant l'importance de la communication, qui permet d'adapter la gestion du travail, notamment en fonction des sensations ressenties par la patiente et la position de son bébé.

g. Le débriefing post-événement : un outil d'amélioration

L'importance du débriefing après l'accouchement, pour assurer une expérience positive est décrit par Laurine. Elle souligne que ce qui semble évident pour les soignants peut être perçu différemment par les patientes, qui ont parfois des vécus plus difficiles qu'on ne l'imaginait. À l'inverse, des interventions comme l'extraction ou la césarienne peuvent, avec du recul, être vues moins négativement par les patientes. Léa plaide pour un temps d'échange après une urgence ou une complication, et si possible, un retour à distance, lors des suites de couches. Elle nous confie que les perceptions évoluent : certaines s'apaisent, d'autres restent marquées. De plus, les questions posées par la famille peuvent faire resurgir des interrogations qui n'avaient pas été soulevées. Selon elle, ce processus est non seulement essentiel pour le bien-être des patientes, mais aussi pour la protection juridique du personnel médical. Carole abonde dans ce sens et pense qu'il devrait relever d'une démarche systématique, car les ressentis diffèrent d'une patiente à l'autre.

h. La reconnaissance professionnelle à travers la maîtrise de la communication

Lucie confie que la reconnaissance des parents, surtout lorsqu'ils se souviennent d'elle, lui procure une vraie fierté. Cela lui rappelle que ses efforts ont du sens et que sa réussite est bien réelle. De son côté, Pauline évoque le plaisir que lui procurent les remerciements des patientes, notamment lorsqu'elles lui disent : « *la prochaine fois, j'aimerais bien que ce soit vous !* ». Pour elle, c'est le signe d'une communication réussie et d'un lien fort, parfois si fort qu'il dépasse le cadre médical. Mélanie et Jade constatent que les patientes retiennent souvent leur prénom, les reconnaissent comme sage-femme mais aussi comme figure marquante de leur accouchement : « *Rien qu'en me voyant, elle s'est souvenue tout de suite de moi* ». Valérie rappelle que de simples gestes, comme un sourire ou une main posée, peuvent susciter la gratitude, elle exprime que cela « *suffit* ». Elle ajoute qu'il est essentiel de ne jamais oublier que « *ce n'est pas notre moment, c'est le leur* ».

III. La diversité des formes de communication

« Il ne faut pas oublier que la communication, il y a ce que tu dis, ce que l'autre entend, ce qu'il a envie de comprendre, ce qu'il a compris et interprété » Dorothee

a. La communication verbale

Les sages-femmes mettent en avant le rôle essentiel de la communication verbale, perçue comme leur principal outil. Clarisse et Lisa y voient une priorité, tandis que Valérie insiste sur le dialogue pour comprendre le vécu et les attentes de la femme : *« Au travers de la parole, je discute avec elle pour savoir comment elle s'est préparée, comment ça s'est passé pour le premier, ce qu'elle attend là pour son accouchement. Après, je lui dis qu'il n'y a rien qui va me choquer, de ce qu'elle va faire, rien ne choquera à ce moment-là, c'est-à-dire elle peut crier, ce n'est pas grave, elle peut se mettre debout, se mettre à quatre pattes »*. Pour cela, elle privilégie un langage simple, accessible, ancré dans le quotidien, avec peu de termes médicaux, pour créer un espace sans jugement où chacune peut s'exprimer librement.

Chloé partage cette approche, en soulignant l'importance des encouragements et de la présence. Selon elle, les paroles ont un réel impact pour guider et soutenir. Elle privilégie des mots simples et positifs pour redonner confiance : *« Tu fais tellement du bon boulot, tu vas être une mère incroyable »*. Dans ce sens, Dorothee met l'accent sur l'importance des encouragements, notamment lors des efforts expulsifs, même en cas de difficulté, expliquant qu'*« en encourageant, on ne décourage pas, juste, on motive simplement. »*

En outre, les sages-femmes utilisent des métaphores pour illustrer l'accouchement. L'image du marathon est particulièrement récurrente. Audrey et Clarisse y font référence, comparant l'accouchement à un effort collectif, semblable à une épreuve sportive, où l'on avance ensemble jusqu'à la réussite. Clémence explicite cette idée : *« C'est une équipe pour moi, on ne peut pas faire l'une sans l'autre, on est le guide »*. Clémence et Lucie partagent une technique commune : le décompte pendant la poussée. Elles constatent que certaines patientes ne réagissent pas aux encouragements classiques (*« encore, encore ! », « allez, on pousse ! »*), alors elles adoptent une approche différente. Lucie l'explique : *« Je fais un décompte : 1,2,3, (maintenez) 4,5,6,7,8,9,10. J'ai l'impression que ça rebooste pas mal les patientes qui réfléchissent un peu trop. Ça recentre tout le monde ! Même le papa, il est à fond. »*

La nécessité de choisir ses mots avec soin et précaution est soulignée par Clémence : *« Il faut peser ses mots. Je pense qu'il faut parfois faire preuve d'asepsie verbale. »* Dans la même logique, Mélanie et Chloé insistent sur le fait de ne pas formuler de promesses sur le bon déroulement de l'accouchement : *« Je ne lui dis pas "ça va bien se passer" parce que je ne sais pas si ça va bien se passer. »* Chloé ajoute : *« Si tu dis que ça va aller à une patiente alors qu'on n'en est jamais certains, ça peut aussi à l'inverse être une grosse source de déception si ça se passe mal après. Je pense qu'il faut faire très attention à mesurer nos paroles, être souvent dans l'encouragement et jamais promettre parce qu'on ne sait pas. »*

Avec l'expérience, Célestine note que certaines phrases deviennent des réflexes : « *On réfléchit moins à ce qu'on dit, avec l'expérience, on a des phrases un peu toutes faites.* »

Le ton de voix est un autre élément clé de la communication. Dorothée explique qu'elle module son intonation en fonction des besoins de la patiente : « *Une voix calme, douce et posée quand la patiente doit se relâcher et se relaxer, et une voix plus tonique, plus ferme lorsqu'elle doit pousser.* » Lucie met en avant la douceur du ton lorsqu'il s'agit d'aider à gérer la douleur, tandis qu'Adèle insiste sur le fait que « *ce n'est même pas un mot, c'est une intonation.* » Selon elle, la manière dont on s'exprime reflète directement ce que l'on pense. Valérie nous parle de la nécessité d'adaptation : « *Quand j'assiste une dame dans la poussée, dans l'expulsion, je ne dis pas toujours la même chose. Parfois, mes collègues se moquent de moi, elles me disent qu'on dirait un entraîneur sur un match. Vraiment, il faut être dedans, il faut être avec elle, elle doit sentir qu'on ne fait pas ça automatiquement. Pour elle, c'est la première fois, alors il faut le faire comme si, pour nous aussi, c'était la première fois. C'est important de s'investir dans les mêmes émotions que notre patiente.* » Enfin, Carole évoque l'approche *hands off*, qui consiste à guider la patiente uniquement par la voix, sans contact physique durant l'accouchement. Elle explique : « *Une bonne sage-femme, ce n'est pas une qui doit parler beaucoup, mais elle doit savoir le ressentir dans le toucher, dans la vision. Pour moi, la communication, ça a plusieurs axes.* » Ainsi, les sages-femmes reconnaissent que la communication ne se résume pas aux mots.

b. L'importance du non-verbal

La communication non verbale est essentielle dans l'accompagnement, et bien que perçue comme inconsciente par certaines, elle est soulignée par de nombreuses sages-femmes. Clémence, Lisa et Clarisse reconnaissent que leur langage corporel s'exprime naturellement, sans qu'elles en aient toujours conscience. Lucie partage cette impression en affirmant que son « *non-verbal est hyper inconscient* », tandis que Lola estime que cette compétence se développe progressivement avec l'expérience. Pour elle, elle peut se traduire par des gestes simples mais significatifs, comme offrir un verre d'eau ou échanger un regard bienveillant, ce qui « *fait du bien* » à la patiente. Dorothée insiste sur l'importance pour les sages-femmes d'intégrer pleinement cette dimension. Elle explique : « *À mon sens, il faut prendre conscience qu'on communique par les mots, par notre attitude, par notre regard, il faut vraiment avoir cette notion-là.* »

Carole opine dans ce sens en rappelant que le choix des mots doit être accompagné d'une attitude appropriée. Adèle et Dorothée mettent particulièrement en avant l'impact de la posture corporelle. Elles insistent sur la nécessité d'adopter une attitude ouverte en évitant les bras croisés ou toute autre posture fermée. Adèle confie d'ailleurs y être particulièrement attentive : « *J'y pense tout le temps.* »

Sept sages-femmes évoquent également l'idée de proximité physique, qui se traduit notamment par le fait de s'asseoir sur un tabouret ou un ballon, au même niveau que la patiente. Jade illustre cette approche en expliquant : « *Tout en respectant l'intimité, je m'assois avec elle, pour me mettre à hauteur.* » Mélanie complète cette idée en précisant : « *J'ai tendance à m'asseoir sur leur lit, aussi, à regarder dans les yeux .* »

Certains gestes médicaux, comme les touchers vaginaux, peuvent être vécus comme intrusifs. Selon Chloé, la communication non verbale permet d'atténuer cette sensation : « *Il y a un certain ton de voix, une certaine attitude à adopter quand tu communique avec elle, histoire que tu ne sois pas vue comme un prédateur mais plutôt comme quelqu'un qui vient l'aider !* » Pour renforcer cette relation de confiance, elle accompagne systématiquement ses paroles de gestes rassurants et de sourires. Cette idée est partagée par Célestine, qui insiste sur l'importance de l'expression faciale et de la gestuelle. Léa illustre cet aspect en expliquant qu'une expression bienveillante reste perceptible : « *Si tu commences à faire la tête, même à travers le masque, ça se voit. Quelqu'un qui sourit et quelqu'un qui fait la tête, ça se perçoit toujours.* » Elle rappelle également que l'attitude doit s'adapter aux circonstances, en évitant par exemple de sourire lorsqu'une information grave est communiquée.

Enfin, Audrey nous parle de l'alignement entre la communication verbale et non verbale, car « *les gestes et les postures sont parfois plus parlants que les mots.* » Pauline renforce cette idée en soulignant la nécessité d'assurer une cohérence entre ce qui est dit et ce qui est exprimé par le corps : « *Le plus important, c'est que ce qu'on dit et ce qu'on laisse transparaître soit bien interprété, qu'il n'y ait pas de malentendu.* »

c. Le toucher comme outil d'accompagnement

Plusieurs sages-femmes définissent le toucher comme un moyen de réconfort et de soutien. Lucie met en avant l'idée que, dans certaines situations, les paroles peuvent s'avérer inutiles et qu'un simple contact physique, comme serrer la main d'une patiente, peut avoir un impact plus apaisant. De même, Lola propose spontanément ce geste lorsque les patientes ressentent de la douleur. Sophie qualifie le toucher de « *rassurant et enveloppant* », tandis que Léa considère que la proximité physique devient parfois essentielle dans les moments chargés d'émotion. Audrey observe que l'environnement de la salle de naissance favorise un contact physique plus fréquent avec les patientes par rapport à d'autres services. Célestine partage cette vision, toutefois, elle met en garde sur l'importance de prendre en compte la sensibilité individuelle et de toujours solliciter le consentement préalable, car ce type de contact peut être mal perçu et entraîner un repli. Clémence corrobore cette idée en expliquant que la réaction d'une femme peut varier : « *Une personne qui est réceptive, tu vas la prendre dans tes bras, elle va se lover contre toi. Une patiente qui ne l'est pas, elle va se crispier.* » Lucie adopte ainsi une approche respectueuse en demandant systématiquement : « *Ça ne vous dérange pas si je vous tiens la main, si je vous masse, si je vous touche les épaules ?* » Elle constate que, dans la majorité des cas, les patientes acceptent volontiers ce contact, certaines allant même spontanément vers elle. Pauline parle de « *toucher relationnel* », qu'elle considère comme une manifestation d'une recherche de soutien.

Valérie décrit son approche tactile comme un élément essentiel de sa pratique professionnelle. Elle précise : « *Moi, je suis assez tactile comme sage-femme, je touche facilement la joue, le ventre, et je masse légèrement les épaules.* » Elle guide ces gestes par des conseils pour détendre la patiente, expliquant l'impact des tensions corporelles : « *Si tu crispes ta bouche, tu vas crispier tes épaules et tu vas crispier ton bassin, tu vas tout serrer.* »

Lors de l'accouchement, si la patiente l'accepte, Valérie conserve sa main sous la leur afin qu'elles puissent ressentir la naissance de leur enfant. De son côté, Lucie utilise un geste tactile comme repère dans l'accompagnement des efforts expulsifs : « *Vous poussez tant que je vous serre la main.* » Elle explique qu'elle met un gant non stérile, serre la main de la patiente pendant la poussée et relâche son étreinte pour lui signaler d'arrêter. Enfin, lors de la réalisation d'un toucher vaginal, plusieurs sages-femmes, dont Valérie, Lucie et Lola, adoptent une approche visant à humaniser l'examen. Elles posent une main sur la cuisse ou la jambe de la patiente afin que le premier contact ne soit pas directement intrusif. Selon elles, cette pratique permet d'éviter que la femme ait l'impression que l'examen est purement technique et de lui offrir une forme de réassurance corporelle par un contact plus neutre et moins intime.

d. Le regard, vecteur d'émotion et de compréhension

Clarisse adapte sa prise en charge en privilégiant le contact visuel, convaincue de l'impact du regard comme vecteur de communication. Pour elle, l'échange passe en grande partie par cette interaction silencieuse, permettant de percevoir l'état émotionnel, d'évaluer les limites et de s'assurer de la compréhension de la patiente. Ce geste qu'elle considère comme instinctif lui permet de mieux cerner la personne qu'elle accompagne. Le moment des efforts expulsifs semble particulièrement propice à cet échange visuel, une idée que partage Valérie. Audrey note que « *parfois, par un simple regard, une patiente peut exprimer qu'elle souffre trop* » ou signaler une détresse qui nécessiterait une intervention immédiate. Selon elle, le regard permet également d'anticiper certains signes cliniques, comme la tétanie en fin de travail, la sensation imminente de poussée ou une montée soudaine d'angoisse. Également, Carole insiste sur l'importance de l'observation : « *Un regard suffit pour comprendre l'autre.* » Elle explique que cette vigilance lui permet d'assurer le bien-être de la patiente. L'observation ne se limite pas au suivi clinique, mais englobe aussi l'ambiance générale : l'installation, l'éclairage, le confort de la femme. Selon elle, chaque patiente étant unique, cette attention constante évite toute impression de routine et permet un accompagnement véritablement personnalisé. Mélanie rejoint cette réflexion en expliquant que le regard permet la reconnaissance de la patiente en tant qu'individu à part entière : « *Ça permet de montrer que je la considère comme une personne et pas juste comme une patiente lambda dans une situation lambda.* »

e. L'écoute active et bienveillante

Laurine accorde une réelle place aux demandes des patientes, leur permettant de s'exprimer librement, sans imposer les choix qu'elle juge appropriés. L'écoute attentive, qui permet de saisir les besoins et les appréhensions des femmes, est soulignée par Lola, Adèle et Audrey, qui affirment qu'elle est essentielle et particulièrement précieuse lors de l'accueil. Carole note que les demandes d'une femme en travail, peuvent être exprimées de manière parfois abrupte, ce qui est une réaction naturelle face à l'intensité du moment.

f. Le silence comme moyen d'apaisement

L'importance, parfois, de se taire, est soulignée par Lucie. Pendant la poussée, il lui arrive de ne pas s'exprimer du tout car selon elle, l'absence de paroles peut être bénéfique. Célestine partage cette réflexion, estimant que le silence permet à la patiente de vivre pleinement son moment et de laisser place à ses émotions sans distractions extérieures. Pour Marion, apprendre à gérer les silences a été essentiel, bien que cela ne soit pas toujours facile. Ces moments de calme offrent à la patiente l'opportunité d'exprimer ses difficultés éventuelles. Adèle, quant à elle, lui attribue un effet étonnamment bienveillant, un soutien sans être intrusif. Sophie, de son côté, aime se positionner en simple témoin, présente sans nécessairement intervenir, en respectant les mécanismes hormonaux. Enfin, Carole soutient cette idée, particulièrement, pour les patientes sans péridurale. Elle nous confie qu'il est essentiel de permettre à la femme de se concentrer, lui donnant accès à son cerveau primitif et en restant dans sa bulle. Cette approche rassure, sachant que l'équipe est présente, sans qu'elle n'ait besoin d'une communication verbale constante.

IV. Une communication adaptée et personnalisée

« L'avantage dans la communication, c'est qu'il y a plein de bonnes manières de communiquer, il n'y a pas qu'une façon de faire. » Lola

Les sages-femmes mettent en avant la nécessité de s'adapter aux besoins uniques de chaque patiente, tout en reconnaissant que leur propre personnalité joue un rôle clé dans la manière dont elles abordent l'accompagnement. L'adaptabilité apparaît ainsi comme le principe central qui guide leur pratique, afin d'offrir un soutien sur mesure et respectueux des attentes et de la situation de chaque femme.

a. L'adaptation aux besoins, aux attentes et aux spécificités de chaque patiente

La communication en salle de naissance est un processus subtil et en constante évolution, qui doit être ajusté en fonction des caractéristiques et des besoins spécifiques de chaque patiente. Valérie note combien cette communication peut sembler subjective, laissant penser qu'elle manque de cadre strict. Selon elle, il n'existe pas de méthode universelle qui fonctionne systématiquement, car chaque femme est unique. Si certaines bases de communication restent communes, il est indispensable de trouver une approche adaptée à chacune, en s'ajustant à son individualité. Laurine insiste sur l'importance de consulter son dossier en amont. De son côté, Pauline rappelle qu'un temps d'adaptation est toujours nécessaire lorsqu'on prend en charge une femme qu'on ne connaît pas encore.

Le cadre socio-culturel dans lequel évolue la patiente influence directement la façon dont la communication doit être menée pour les sages-femmes. Dorothée met en évidence l'importance d'adapter son discours en fonction du niveau de compréhension et du vécu de la femme. Il serait inapproprié de s'adresser de la même manière à une patiente ayant peu d'accès à l'éducation et aux voyages qu'à une femme issue d'un milieu social plus favorisé.

Valérie veille à rendre ses explications accessibles en évitant le jargon médical et en adoptant un langage simple et clair. Pour elle, il est essentiel de ne pas seulement simplifier les termes médicaux, mais aussi de s'adapter à l'état émotionnel de la patiente. De son côté, Mélanie pense nécessaire de « *leur parler avec sérieux sans pour autant les infantiliser* ». Lucie insiste sur le fait prendre en compte le contexte personnel de la patiente, expliquant qu'une adolescente confrontée à une grossesse non désirée ne nécessitera pas le même accompagnement qu'une femme ayant déjà réfléchi et préparé son projet de naissance.

Chaque femme a sa propre sensibilité, et la communication doit s'ajuster à sa personnalité. Audrey reconnaît que son propre style de communication ne convient pas toujours à toutes les patientes, ce qui l'amène à moduler son approche en fonction de la réceptivité de chacune. Clémence met en avant l'intérêt du tutoiement dans certains cas, estimant qu'il peut contribuer à créer une proximité rassurante, mais seulement si la patiente s'y sent à l'aise. Elle souligne également l'importance d'appeler les patientes par leur prénom, une pratique que Laurine partage, considérant qu'elle humanise davantage la relation qu'un simple "*Madame*".

L'attitude des patientes en salle de naissance est variée et reflète leurs besoins spécifiques. Clarisse met en avant la diversité des profils rencontrés : certaines femmes expriment leurs craintes ouvertement, tandis que d'autres se replient sur elles-mêmes. Chloé illustre cette diversité à travers des exemples contrastés : certaines patientes préfèrent un environnement lumineux et musical, tandis que d'autres recherchent l'obscurité et le silence. Ces détails, bien que subtils, permettent de s'adapter à ce qui favorise son confort. Valérie évoque l'importance de percevoir les attentes implicites : certaines patientes sont très demandeuses d'échanges et de réassurance, tandis que d'autres préfèrent être laissées dans leur bulle.

Il s'agit donc de repérer celles qui ont besoin d'être stimulées pour vivre pleinement l'instant et celles pour qui une intervention excessive risquerait de perturber leur ressenti. Lola acquiesce en ce sens, expliquant qu'il est possible de visualiser si une femme est en capacité de lâcher prise ou si elle reste dans un contrôle permanent. Chaque femme arrive en salle de naissance avec une vision particulière de son accouchement, façonnée par son vécu, son entourage, sa culture et les informations qu'elle a reçues. Clémence met en avant cette diversité d'attentes : certaines femmes souhaitent accoucher sans péridurale pour ressentir pleinement l'expérience, tandis que d'autres privilégient l'absence totale de douleur. Lucie souligne que ces représentations sont souvent influencées par des images véhiculées dans les médias ou sur les réseaux sociaux, créant parfois des idéaux qui ne correspondent pas toujours à la réalité.

Certaines patientes ressentent un besoin intense de présence et d'accompagnement, comme l'évoque Jade en partageant l'expérience d'une femme qui nécessitait une présence continue tout au long du travail. À l'inverse, d'autres se montrent plus distantes et ne sollicitent pas autant d'échanges avec la sage-femme. Pauline explique que certaines femmes, notamment celles qui ont déjà accouché plusieurs fois ou qui bénéficient d'un soutien familial fort, attendent moins de l'équipe médicale sur le plan relationnel et se concentrent davantage sur l'aspect médical. Lola met toutefois en garde contre ce détachement, qui peut parfois masquer une situation de mal-être ou de vulnérabilité nécessitant une attention particulière.

b. La singularité des sages-femmes et leur approche propre de la relation soignante

Le métier de sage-femme repose avant tout sur l'humain. Comme l'explique Clémence, « *ce n'est pas un travail de bureau où l'on passe ses journées derrière un écran, mais une profession qui implique un contact direct avec les patientes* ». Dès lors, la personnalité de chaque sage-femme influence inévitablement sa manière d'interagir. Notre façon de communiquer est toujours teintée de notre individualité. D'ailleurs, l'ensemble des sages-femmes interrogées s'accorde sur ce point : leur manière de s'exprimer aux patientes reflète leur propre tempérament. Célestine souligne que nous n'avons pas tous la même aisance dans la communication, certains étant plus extravertis et spontanés, tandis que d'autres privilégient une approche plus réservée. Pauline renchérit en affirmant que la personnalité joue un rôle clé : certaines sages-femmes seront naturellement plus enclines à faire des blagues et à détendre l'atmosphère, tandis que d'autres préféreront un accompagnement plus sobre et mesuré, sans que cela ne remette en cause la qualité des soins.

Clémence évoque ainsi la diversité des styles professionnels, où chaque sage-femme développe sa propre approche. Chloé ajoute que cette singularité amène une énergie différente dans la pratique quotidienne, car, selon elle, « *il y a un peu de toi dans le métier que tu fais* ». Lola insiste sur l'importance de son intelligence émotionnelle, qui permet d'adapter son discours en fonction des ressentis des patientes. Cette diversité se manifeste aussi dans la répartition des patientes, lors des transmissions, comme l'expliquent Jade et Léa, certaines sages-femmes étant plus à l'aise avec des profils spécifiques en raison de leurs affinités communicationnelles. Cependant, toutes ne partagent pas cette vision. Lola, par exemple, considère qu'elle ne cherche pas à imposer sa personnalité, mais plutôt à s'adapter aux besoins des patientes. Lucie, de son côté, met en avant l'importance des protocoles, qui structurent sa communication et garantissent une prise en charge cohérente. Lisa souligne une difficulté potentielle pour les patientes, qui peuvent se retrouver face à plusieurs sages-femmes aux discours différents, ce qui peut compliquer leur compréhension.

Au-delà de la communication, ce rapport à l'autre contribue aussi à façonner l'identité professionnelle des sages-femmes. Célestine explique qu'elle cherche à renvoyer une image de passion et d'assurance, des qualités essentielles pour prendre des décisions éclairées et jouer pleinement son rôle d'intermédiaire avec les médecins. Chloé insiste sur l'importance de valoriser une image positive de la profession, en incarnant douceur, écoute et dynamisme. Elle décrit d'ailleurs différents « *styles de sages-femmes* » : certaines adoptent une posture proche de celle d'un coach sportif, motivante et directive, tandis que d'autres se positionnent davantage comme une figure maternelle rassurante. Son objectif est clair : être une sage-femme qui apporte de l'énergie et de l'enthousiasme. Clémence, quant à elle, veille à ne pas laisser transparaître la fatigue et à toujours se montrer disponible et ouverte. Elle résume ainsi son approche : « *Recentrer, guider sans imposer l'idée* ». Elle se considère comme une « *garante de l'état physique et émotionnel du couple* ». À l'inverse, Mathieu adopte une posture plus rigoureuse et détachée. Il met en avant l'importance du professionnalisme et de la discipline, rappelant que la profession implique de lourdes responsabilités et que des vies sont entre leurs mains. Pour lui, cette rigueur passe aussi par une certaine distance avec les patientes, une manière de se protéger et de préserver son équilibre personnel.

D'autres, comme Lucie, privilégient une communication franche et posée, tandis que Laurine insiste sur la nécessité de connaître ses limites et de savoir déléguer au bon moment. Carole, elle, considère qu'une bonne sage-femme doit avant tout observer et accompagner, en privilégiant une communication mesurée et pertinente plutôt qu'un discours trop bavard. Certaines sages-femmes estiment d'ailleurs que leur priorité est d'être reconnues pour leurs compétences avant tout. Lisa et Clarisse insistent sur l'importance d'être perçues comme des professionnelles qualifiées et fiables. À l'inverse, Léa pousse la réflexion plus loin en se demandant si son métier n'a pas influencé sa propre personnalité : « *Mais est-ce que j'aurais été comme ça si je n'avais pas été sage-femme ?* »

Un thème central qui ressort des témoignages est la nécessité de se mettre à la place des patientes. Chloé explique qu'elle s'efforce d'agir comme elle aimerait que l'on agisse avec elle-même, tout en gardant à l'esprit que chaque personne est différente. Mélanie partage cette approche, affirmant que cette posture empathique est essentielle, notamment pour les jeunes sages-femmes qui construisent leur propre manière de travailler. Audrey, de son côté, a développé sa pratique en se demandant constamment comment elle aimerait être prise en charge. Lucie rappelle toutefois qu'il est essentiel de faire preuve d'humilité, en reconnaissant ses limites et en évitant de se positionner comme détenteur d'une vérité absolue.

Une communication efficace repose également sur la confiance en soi. Léa explique que les patientes perçoivent immédiatement l'assurance ou l'hésitation d'une sage-femme. Une professionnelle qui semble maîtriser la situation instaure naturellement un climat de confiance, tandis qu'une attitude hésitante ou paniquée rend l'échange plus difficile. Jade confirme cette idée, soulignant que l'expérience permet de gagner en assurance et d'améliorer ainsi la qualité des interactions.

Cependant, divers facteurs du quotidien peuvent influencer leur communication. Valérie met en avant l'impact de la fatigue et de l'usure professionnelle, qui peuvent affecter la qualité des échanges. Carole et Thomas évoquent aussi les expériences marquantes du métier, qui laissent une empreinte sur la manière de communiquer. Selon les sages-femmes, le stress, quant à lui, est un élément clé qui peut altérer la spontanéité et rendre la communication plus rigide.

Enfin, plusieurs sages-femmes observent que leur manière de communiquer en salle de naissance est un reflet de leur personnalité en dehors du cadre professionnel. Laurine affirme que cette continuité est souvent inconsciente : « *on travaille comme on est dans la vie* ». Audrey et Lucie soulignent l'impact des facteurs personnels, comme l'humeur ou les événements du quotidien. Dorothée rappelle que la communication est par nature imparfaite et qu'il est essentiel d'en être conscient pour éviter les maladresses involontaires. L'influence des expériences personnelles est également mise en avant. Adèle explique que son propre vécu en tant que patiente l'a rendue plus attentive aux répercussions qu'une simple parole peut avoir sur une femme enceinte. De même, certaines sages-femmes estiment que leur maternité a modifié leur façon d'échanger avec les patientes. Enfin, d'autres, comme Mélanie, rapprochent leur approche professionnelle de leur manière d'être avec leurs proches, comparant leur relation avec les patientes à celle qu'elles entretiennent avec leurs amis.

V. Les techniques spécifiques de communication

« *Cette patiente m'a dit : 'avec votre voix c'est comme si j'avais moins mal'* » Dorothée

a. L'usage du langage positif

L'adoption d'un langage positif est une technique de communication essentielle pour de nombreuses sages-femmes et fait partie intégrante de leur pratique quotidienne. Adèle résume ce concept en expliquant que « *le langage positif, c'est éviter d'employer des mots qui évoquent la douleur ou suscitent l'angoisse, comme 'piqûre' ou 'froid', car ces termes résonnent immédiatement dans l'esprit des patientes* ». Elle privilégie ainsi une façon de s'exprimer qui exclut les formulations négatives, afin de favoriser un climat de sérénité. Dorothée illustre cette démarche en précisant qu'elle s'efforce de contourner systématiquement les mots liés à la douleur, tels que « *mal* », « *douleur* » ou encore « *piquer* ». Toutefois, elle insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'occulter la réalité de l'inconfort, mais plutôt d'opter pour une formulation plus douce et rassurante. Par exemple, au lieu d'annoncer qu'elle va « *piquer* », elle préfère dire qu'elle va « *poser un cathéter* », une tournure qui atténue la perception de la douleur. Pour minimiser l'appréhension des patientes, elle accompagne systématiquement ses gestes de paroles et tente, autant que possible, de détourner leur attention vers un élément positif. De même, Carole remplace « *ça va être douloureux* » par « *ça risque d'être inconfortable* », une reformulation qui adoucit l'annonce sans nier la réalité. Dorothée explique également qu'elle choisit ses mots avec soin afin de ne pas renforcer l'anxiété des patientes. Par exemple, au lieu de dire « *c'est froid* », ce qui peut être perçu comme désagréable, elle préfère « *c'est frais* », une expression plus neutre et souvent mieux acceptée.

Elle apporte un autre exemple en modifiant certaines consignes données aux patientes lors de l'accouchement : plutôt que de dire « *prenez de l'air, bloquez et poussez* », elle privilégie « *gardez l'air, tenez l'air* », car elle considère que le terme « *bloquer* » peut induire une sensation de retenue, alors que l'objectif est de favoriser l'expulsion du bébé. Elle précise également que l'utilisation de formulations incluant une négation atténue la perception de la douleur. Ainsi, dire « *ça ne va pas être très agréable* » permet au cerveau de retenir principalement le mot « *agréable* », contribuant ainsi à une perception moins négative du moment. Pour Jade, cette manière de s'exprimer joue un rôle clé dans la relaxation et le bien-être des patientes. Plutôt que de dire « *il ne faut pas avoir peur* », qui contient le mot « *peur* » et peut involontairement susciter de l'anxiété, elle préfère une formulation affirmative comme « *soyez rassurée* ». De son côté, Adèle observe que l'emploi de mots négatifs entraîne souvent une crispation immédiate chez les patientes, notamment celles qui sont naturellement anxieuses ou qui éprouvent des craintes importantes face à l'accouchement.

Par ailleurs, Dorothée souligne que cette approche ne bénéficie pas uniquement aux patientes, mais aussi aux sages-femmes elles-mêmes. Selon elle, éviter d'utiliser des mots à connotation négative contribue à maintenir une attitude plus sereine et détendue. À l'inverse, si elle passait son temps à parler de douleur et d'inconfort, cela pourrait générer un stress inconscient. Pour elle, la communication positive est donc un véritable échange, qui profite autant à la patiente qu'à la professionnelle.

Néanmoins, Adèle insiste sur le fait que cette manière de s'exprimer ne s'acquiert pas du jour au lendemain. Elle la considère comme un véritable travail, un exercice qui demande de l'entraînement et une vigilance constante. Dorothée renchérit en expliquant qu'il faut déconstruire des habitudes ancrées depuis longtemps, ce qui nécessite un effort conscient et régulier. En complément de l'usage d'un langage bienveillant, certaines sages-femmes mettent également l'accent sur l'importance de valoriser les progrès des patientes, même lorsqu'ils semblent minimes.

Chloé insiste sur la nécessité de souligner chaque amélioration, aussi infime soit-elle, afin d'entretenir une dynamique encourageante. Elle explique que, lors du travail, il est plus pertinent de mettre en avant l'évolution de la dilatation en termes de progression, plutôt que de se focaliser uniquement sur un chiffre précis. Cette approche permet d'aider les patientes à percevoir leur accouchement de manière plus positive, même si celui-ci ne se déroule pas exactement comme elles l'avaient envisagé. Carole insiste également sur l'importance de positiver pour encourager les patientes. De son côté, Valérie met en avant l'effet de contagion émotionnelle : selon elle, une sage-femme confiante et optimiste transmet naturellement cet état d'esprit aux patientes. À titre d'exemple, face à une stagnation cervicale, elle privilégiera une formulation rassurante, telle que : « *Votre bébé va naître aujourd'hui. Nous ne savons pas encore exactement comment, mais il viendra au monde aujourd'hui.* »

b. La reformulation pour assurer la compréhension et l'adhésion

Clémence met en avant une autre approche de communication essentielle : la reformulation. Selon elle, cette technique permet de s'assurer que la patiente a bien compris les informations transmises en l'encourageant à exprimer sa compréhension avec ses propres mots. Adèle explique que la reformulation peut consister à répéter ou reformuler ce que la patiente a dit afin qu'elle puisse entendre ses propres propos et, si nécessaire, les clarifier. Elle illustre cette méthode par un exemple concret : lorsqu'une patiente lui confie avoir peur, elle reprend ses paroles en reformulant – « *Vous ressentez de la peur ? Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous inquiète exactement ?* » – pour lui montrer qu'elle a bien entendu et compris son ressenti, tout en l'aidant à mettre des mots plus précis sur son angoisse. Pauline insiste sur l'intérêt de cette technique, notamment parce qu'elle permet d'éviter toute mauvaise interprétation. De son côté, Jade met en avant son rôle valorisant : en reformulant les propos de la patiente, la sage-femme lui témoigne une écoute attentive, ce qui contribue à renforcer son sentiment d'être comprise et prise en compte.

c. L'hypnose conversationnelle comme un contact enveloppant

L'hypnose conversationnelle est perçue comme un outil précieux par plusieurs sages femmes. Pour Lisa, son usage est presque instinctif, intégré spontanément dans sa pratique. Lucie, de son côté, explique qu'avant sa formation, elle l'employait sans en avoir conscience. Depuis, elle l'utilise plus intentionnellement pour apaiser la douleur lors de situations délicates comme les prises de sang, les contractions, la pose de la péridurale ou encore les césariennes. Elle insiste sur l'importance d'un ton calme, de mots rassurants et de métaphores positives : les contractions deviennent des vagues que l'on accompagne en soufflant, qui montent et redescendent progressivement. Elle invite les patientes à visualiser ce mouvement : « *Imaginez-vous souffler lentement, avec douceur, comme si vous accompagniez une vague qui vient caresser le sable avant de se retirer* ». Audrey, convaincue par cette approche, résume : « *C'est soulager par la parole.* » Adèle, quant à elle, affirme que l'hypnose est devenue une véritable habitude, faisant partie de son quotidien, non seulement dans sa pratique professionnelle comme dans sa vie personnelle : « *Je l'utilise maintenant tous les jours, que ce soit avec mes enfants, mon entourage ou au travail, et souvent sans même m'en rendre compte.* »

Thomas, lui, privilégie la projection, une technique visant à détourner l'attention de la patiente en l'aidant à se replonger dans un environnement familier et rassurant. Il lui pose des questions comme : « *Que faites-vous habituellement à cette heure-ci ? Dans quelle pièce vous trouvez-vous en temps normal ?* » Cette méthode, inspirée de l'hypnose et de la sophrologie, permet de créer un « *lieu de sécurité* » mental, aidant la patiente à se focaliser sur autre chose. Il les invite à s'imaginer que la douleur se déplace vers une autre partie du corps, « *comme un pied qui se crispe* ». Il souligne que l'efficacité de ces techniques repose aussi sur la posture du soignant, qui peut être tour à tour pédagogue, protecteur, rassurant voire paternel. De son côté, Lola utilise la technique du « *yes set* » lors de la pose de la péridurale pour aider les patientes à se recentrer : trois questions aux réponses forcément positives, précèdent des suggestions de postures ou de respiration, facilitant l'ancrage dans l'instant. Elle rappelle aussi le contexte heureux de l'accouchement en amplifiant le son du monitoring, pour que la patiente entende les battements de cœur de son bébé : « *Vous entendez ? C'est lui, il arrive.* » Elle implique également le ou la partenaire, en demandant à la patiente si elle sent ses mains ou perçoit sa présence, renforçant ainsi le soutien affectif. Lisa adopte une approche similaire, en projetant dans un futur proche. Elle l'invite à imaginer sa sortie de la maternité : « *Comment est habillé votre bébé ? Comment rentrez-vous chez vous ? En voiture, en métro ? Quelle est la couleur de la porte de votre maison ?* » Cette visualisation aide à détourner l'attention et à apaiser l'anxiété.

Carole insiste sur l'importance de la *communication thérapeutique* pour renforcer l'alliance avec la patiente. Selon elle, l'environnement joue un rôle clé dans cette approche : il est essentiel de veiller au confort de la patiente, à l'intimité de l'espace, à l'ambiance sonore et lumineuse, ainsi qu'à la gestion des émotions de l'accompagnant. Elle prend soin de réduire les stimuli négatifs en baissant les lumières, en coupant les bruits parasites comme les alarmes, et en proposant, si la patiente le souhaite, une musique d'ambiance pour créer un cadre apaisant. Laurine partage cette vision, veillant au bien-être par des petites attentions comme proposer de l'eau, un encas sucré, une couverture pour favoriser un accouchement plus serein.

d. Le mirroring pour renforcer l'alliance thérapeutique

Carole met en avant le *mirroring*, une technique d'imitation subtile des gestes, postures ou rythmes respiratoires pour renforcer la connexion avec la patiente. Audrey dit apprécier particulièrement cette approche et l'utilise instinctivement, synchronisant sa respiration avec celle de la parturiente, bougeant avec elle et se mettant à sa hauteur pour instaurer confiance et soutien. Adèle, Lucie et Jade adoptent aussi cette approche, notamment lors de l'accompagnement respiratoire : lorsqu'elles demandent à la patiente de souffler, elles adoptent elles-mêmes ce même rythme. Dorothée évoque une forme de *mirroring* inconscient, lors des poussées, elle se surprend parfois à contracter instinctivement ses abdominaux, comme si son corps entraînait naturellement en résonance avec l'effort fourni par la patiente - signe, selon elle, d'une alliance thérapeutique, profonde.

e. L'humour comme levier de relâchement et de complicité

Utilisé avec finesse et discernement, l'humour peut alléger l'atmosphère, apaiser les tensions, ne serait-ce que brièvement, échapper au stress et aux incertitudes entourant l'accouchement. Lucie en souligne l'utilité, notamment à travers l'autodérision pour contrebalancer l'anxiété des patientes. Elle explique que, dans un contexte où elles sont souvent très informées des complications possibles grâce aux réseaux sociaux et aux divers témoignages disponibles en ligne, l'humour permet de relativiser et de ramener un peu de légèreté. Toutefois, elle précise qu'il est essentiel de mesurer son approche : si la patiente souffre intensément, l'humour peut être mal perçu et n'aura pas l'effet escompté. Clarisse partage cette approche et explique qu'elle profite parfois d'actes simples, comme ajuster un capteur de monitoring, pour faire une remarque légère ou engager la conversation sur un ton plus détendu. Elle considère qu'il est important d'éviter une attitude trop solennelle et rappelle qu'en tant que sages-femmes, elles ne sont pas obligées d'adopter un air grave en permanence.

Thomas témoigne également sur les bénéfices de l'humour, aussi bien pour les patientes que pour les soignants eux-mêmes. Il raconte qu'il a parfois utilisé « *l'accent ch'ti* » pour établir une connexion avec l'une de ses patientes. Il reconnaît qu'à certains moments, cela peut donner l'impression d'un « *one-midwife show* ». Selon lui, plaisanter contribue à rendre l'environnement hospitalier moins rigide et à instaurer une relation plus authentique. Il évoque l'impact positif de cette approche sur son propre bien-être professionnel, estimant que sans ces moments de légèreté, il lui serait plus difficile de gérer le stress quotidien. Il résume sa vision en une phrase : *être sérieux sans se prendre trop au sérieux*.

Cependant, il met en garde contre une utilisation inappropriée de l'humour, rappelant qu'il ne convient pas à toutes les patientes ni à toutes les situations. Il insiste sur la nécessité d'être attentif à la réceptivité de chacune, car si certaines apprécient ce registre d'autres peuvent ne pas être en mesure d'y adhérer. Dorothée aborde également cet aspect en expliquant que si elle ne parvient pas à instaurer une ambiance plus détendue, son travail peut lui sembler plus difficile. Elle reconnaît cependant que certaines patientes n'ont tout simplement pas envie de rire et qu'il est essentiel de respecter cela.

VI. Les défis et limites de la communication

« Ce qui a été longtemps appris en médecine, c'est que tu ne fais bien que quand tu fais des choses et que parfois la parlotte ce n'est pas considéré comme faire des choses. » Thomas

a. Accueillir l'altérité : barrières linguistiques et déficiences sensorielles

Certaines sages-femmes mettent en lumière les défis posés par la barrière linguistique dans leur pratique quotidienne. Lisa qualifie ces situations de particulièrement complexes, tandis que Clémence exprime une frustration face aux échanges avec des patientes ne maîtrisant pas le français, soulignant que la communication est bien plus fluide lorsque la langue est partagée. Audrey partage une expérience vécue en dehors de la métropole, où l'absence de langage commun avec les patientes rendait la communication verbale quasi impossible. Face à cette contrainte, elle a dû s'adapter en développant davantage son utilisation du langage non verbal, qui est alors devenu un élément central de son approche. Lucie renforce cette idée en expliquant que, lorsqu'elle est confrontée à une barrière linguistique, son recours à la communication non verbale s'intensifie naturellement, jusqu'à devenir son principal outil d'échange. Elle décrit un sentiment de grande vulnérabilité dans ces situations, où elle se retrouve limitée aux gestes et aux expressions corporelles. Dans certains cas, elle tente d'illustrer ses propos par des dessins, bien qu'elle reconnaisse la difficulté d'expliquer visuellement des concepts médicaux complexes, comme l'évolution du travail.

Par ailleurs, Valérie évoque une autre forme de difficulté liée à la communication, cette fois avec des patientes en situation de déficience sensorielle. Elle prend l'exemple des personnes malentendantes et explique avoir mis en place des stratégies adaptées pour faciliter l'échange. Elle raconte notamment qu'elle propose aux patientes de poser leur main sur le microphone de l'échographie afin qu'elles puissent ressentir les vibrations des battements du cœur fœtal, leur offrant ainsi un moyen sensoriel de se connecter à ce moment clé de la grossesse malgré l'absence de perception auditive.

b. Composer avec la contrainte du temps

La lourdeur de la charge de travail représente un obstacle majeur à une communication approfondie et de qualité avec les patientes. Face à un rythme soutenu, les sages-femmes se retrouvent parfois contraintes de limiter les échanges, ce qui peut générer de la frustration et un sentiment de culpabilité. Clémence souligne que la communication est souvent la première chose à être sacrifiée lorsqu'il y a une surcharge de travail. Elle s'interroge sur la possibilité d'expliquer cette réalité aux patientes et adopte parfois une posture de transparence: *« Je suis surchargée, je suis désolée si je ne peux pas être aussi présente que je le voudrais »*. Clarisse partage ce constat en reconnaissant qu'il est impossible d'accorder à chaque patiente le temps d'échange qu'elle mériterait. Marion exprime une certaine culpabilité lorsqu'elle doit privilégier l'efficacité au détriment d'une relation plus approfondie, notamment lors de gardes particulièrement intenses.

Dans ces situations, elle se voit contrainte de hiérarchiser les priorités, ce qui l'amène à agir rapidement, au détriment de la qualité des interactions : « *Il faut se dépêcher, d'autant plus que la pression vient aussi des autres* ».

Elle insiste néanmoins sur l'importance d'informer les patientes sur l'état d'activité du service afin d'éviter des attentes irréalistes quant à la disponibilité du personnel. Cette exigence de rapidité rend également plus difficile l'application de certaines techniques spécifiques en communication. Elle confie d'ailleurs avoir vécu une garde marquante, qui l'a poussée à s'interroger sur sa pratique : « *J'ai tout fait vite, mais pas bien. À la fin de cette garde, je n'étais pas satisfaite de moi* ».

Face à ces contraintes, certaines sages-femmes mettent en place des stratégies pour préserver la communication malgré tout. Mélanie et Lucie, par exemple, insistent sur la nécessité de prioriser le lien avec les patientes, quitte à déléguer certaines tâches administratives. Mélanie explique comment elle optimise son temps en intégrant ces tâches aux échanges : « *Je remplis son carnet de santé directement dans la chambre, comme ça, je combine deux choses à la fois* ». Pour elle, la communication est essentielle et ne peut être reléguée au second plan. Lucie partage cette vision, estimant que la place accordée à la communication dépend aussi de la volonté de chaque professionnel.

Cependant, ce manque de temps est source de frustration pour beaucoup. Pauline confie qu'il lui est difficile d'exercer pleinement son métier lorsqu'elle ne peut pas accorder aux patientes l'attention qu'elles ont besoin. Lola va même jusqu'à expliquer que cette contrainte a influencé sa décision de quitter un service de niveau 3, car elle se retrouvait trop souvent dans l'impossibilité de tenir ses engagements envers les patientes : « *Je leur disais trop souvent « je reviens tout de suite » et finalement, je ne revenais pas* ». Ce manque de disponibilité est souvent lié à un sous-effectif, comme le souligne Clémence. Jade met en évidence une corrélation pour elle évidente entre la qualité de la prise en charge et le niveau d'activité du service. Carole, quant à elle, insiste sur l'impact des tâches administratives, qui grignotent le temps consacré aux patientes : « *On pourrait mieux soigner les patientes, mais cela demande du temps, et ce temps nous manque car on est submergé par la paperasse* ». Elle met aussi en garde contre l'essor de la télésurveillance, qui permet certes un suivi technique à distance, mais risque de réduire les interactions directes avec les patientes altérant la qualité de la relation soignante.

c. Préserver la communication en situation d'urgence

L'urgence est une composante intrinsèque du travail en salle de naissance, influençant directement la façon dont les professionnels interagissent avec les patientes. L'ensemble des sages-femmes souligne la nécessité d'adapter la communication dans ces situations critiques, en trouvant un équilibre entre efficacité clinique et maintien d'un climat rassurant. Pour Mélanie, il est essentiel d'anticiper ces échanges et d'expliquer en amont certaines procédures, comme la césarienne, afin d'éviter que le manque d'informations ne devienne une source de traumatisme pour la patiente et son accompagnant.

Elle adopte une posture rassurante en s'adressant directement à la patiente : « *Madame, jusque-là, vous m'avez fait confiance, continuez. Nous sommes là pour vous, pour votre bébé, et nous ferons tout notre possible pour assurer votre sécurité. Nous prendrons le temps d'expliquer tout cela plus tard* ». Toutefois, lorsqu'une situation critique se présente, la priorité est donnée à l'action médicale. Lisa et Lola insistent sur la nécessité d'être concis et efficace, Lola précisant que « *dès lors qu'il y a un danger pour la mère ou l'enfant, c'est la clinique qui prime* ». Cependant, malgré l'urgence, plusieurs sages-femmes s'accordent sur l'importance de maîtriser leur langage et leur attitude afin d'éviter de transmettre leur propre stress aux patientes. Adèle le résume : « *En cas d'urgence, il faut des explications brèves et claires, tout en veillant à ne pas créer un climat anxiogène* ». Sophie et Carole soulignent à quel point l'anxiété d'un professionnel peut influencer la prise en charge, Carole affirme même que « *le stress peut engendrer de la pathologie* ». Pauline met en garde contre les signes extérieurs de nervosité, souvent perceptibles à travers le langage corporel. Tandis que Dorothée partage l'expérience d'un parent qui, après coup, lui a confié : « *Vous avez géré ça avec un calme impressionnant* », alors qu'elle-même ne se sentait pas si sereine sur le moment. Elle insiste ainsi sur l'importance d'un ton posé et maîtrisé, évitant toute inflexion trop aiguë qui pourrait trahir une tension sous-jacente.

Marion aborde quant à elle les conséquences à plus long terme d'une communication insuffisamment bienveillante en contexte d'urgence. Elle rappelle que l'absence d'explication ou un échange maladroit peut être mal vécu par la patiente et favoriser des reviviscences traumatiques, voire avoir un impact sur sa santé mentale, notamment en post-partum.

L'attention portée aux derniers instants de conscience avant une anesthésie générale est également soulignée par Adèle. Elle rappelle que « *la dernière chose qu'une patiente voit et entend avant de s'endormir influence son état émotionnel au réveil* ». Ainsi, elle veille à continuer à lui parler, même lorsqu'elle est sous anesthésie, lui présentant son bébé et la rassurant : « *L'inconscient capte ces paroles, et cela contribue à renforcer son sentiment de sécurité* ».

Enfin, Clémence met en lumière l'importance d'une communication affirmée lors de situations critiques, comme une dystocie des épaules ou l'utilisation d'une ventouse. Elle explique qu'il est essentiel de mobiliser la patiente en adoptant un ton à la fois direct et bienveillant : « *Je la regarde dans les yeux, je l'appelle par son prénom et je lui dis que nous avons besoin d'elle* ». Cet échange permet d'impliquer la patiente sans provoquer d'affolement, en trouvant le juste équilibre entre gravité et réassurance.

d. Accompagner le deuil périnatal et ses émotions complexes

Le deuil périnatal est une épreuve bouleversante, autant pour les parents que pour les professionnels de santé qui les accompagnent. Lucie insiste sur la nécessité de s'adapter aux vécus des patientes, surtout lorsque des antécédents douloureux sont en jeu. Elle évoque notamment une patiente qui, après avoir vécu la perte d'un premier enfant, a exprimé avec une émotion poignante : « *J'ai enfin mon bébé vivant.* » Face à une telle phrase, elle souligne combien le silence peut être plus puissant qu'une réponse maladroite. Dans ces instants, mieux vaut s'abstenir de parler plutôt que de risquer des paroles inappropriées selon elle. Plus tard, lorsque la patiente a confié : « *Je suis heureuse, c'est une belle revanche !* », Lucie a alors trouvé les mots justes pour souligner sa force : « *Oui, vous vous êtes battue comme une véritable championne.* » Elle rappelle aussi qu'en tant que sage-femme, l'émotion fait partie du métier : « *Nous avons le droit de pleurer avec les parents. Avant d'être soignantes, nous restons humaines, et cela ne remet pas en cause notre professionnalisme.* »

De son côté, Clarisse met l'accent sur l'importance de choisir ses mots avec soin. Dans l'accompagnement du deuil périnatal, chaque phrase doit être pesée, afin de rassurer sans minimiser, d'expliquer sans brusquer. Il s'agit d'un exercice délicat, où l'on doit redoubler de vigilance quant au vocabulaire employé, afin d'offrir un cadre à la fois clair et prévenant aux parents confrontés à cette épreuve.

Célestine insiste, elle, sur la puissance du non-verbal. Il arrive que les mots manquent, et dans ces moments-là, ce sont les gestes qui prennent le relais. Un regard, une main posée en signe de soutien, une attention discrète comme proposer un verre d'eau ou simplement s'assurer que la patiente est installée confortablement : autant de marques de présence qui peuvent faire toute la différence. Elle explique qu'il est essentiel de venir voir la patiente sans raison médicale particulière, « *juste pour lui montrer qu'elle n'est pas seule* ». Parfois, la peur de mal dire pousse à adopter cette communication silencieuse, où la présence remplace les mots. Elle admet d'ailleurs qu'il arrive à chacun, par réflexe, de prononcer des phrases mal adaptées à la situation, héritées des automatismes du quotidien. Jade partage cette approche et souligne combien le toucher peut-être un vecteur puissant d'accompagnement. Selon elle, quand il devient difficile de trouver les mots justes, elle nous confie qu'un simple geste peut exprimer tout le soutien et la compassion nécessaires.

e. Soutenir la douleur et la fatigue

Lors de l'accouchement, la communication entre les sages-femmes et les patientes est fortement influencée par la douleur et la fatigue. Ces deux éléments modifient la manière dont les femmes en travail perçoivent les échanges, rendant parfois difficile la transmission d'informations ou le soutien verbal. Pour les sages-femmes, il s'agit donc d'adapter leur approche, en ajustant leur discours et en trouvant le bon équilibre entre parole et silence. Lucie met en évidence l'impact de la douleur sur la communication : « *elle fausse complètement les échanges, car la patiente est trop absorbée par sa souffrance pour être réellement réceptive* ».

Selon elle, ce qu'on lui dit « *passé au second plan* », son attention étant accaparée par l'intensité des contractions. En particulier lors des accouchements physiologiques, les patientes sont immergées dans leur bulle, et il devient compliqué de leur parler, d'autant plus que les moments propices aux échanges sont limités aux quelques minutes de répit entre les contractions. Chloé partage une observation similaire, tout en soulignant que cette réceptivité évolue au fil de la dilatation. Plus le travail avance, plus on approche de l'accouchement, plus certaines patientes semblent se recentrer sur elles-mêmes, au point que les soignants peuvent parfois se sentir en retrait, voire inutiles. Pourtant, Chloé souligne l'importance de continuer à communiquer, même si l'on a l'impression que les paroles ne sont pas immédiatement entendues : elles restent essentielles et finissent par trouver leur place.

Lola évoque la particularité des projets d'accouchement physiologique, où il est difficile d'anticiper à quel point les patientes se sont préparées à gérer la douleur. Chaque femme ayant une tolérance différente, il est parfois compliqué d'évaluer jusqu'où elle souhaite aller dans son projet d'accouchement sans péridurale. Marion rappelle d'ailleurs que les soignants ne peuvent jamais vraiment savoir ce que ressent une patiente, car l'expérience de la douleur est propre à chacun. Carole, quant à elle, met en avant une autre facette de la communication : parfois, mieux vaut limiter les interactions, surtout avec les patientes qui accouchent sans anesthésie et qui sont plongées dans une douleur intense. Pour soulager cette douleur, Valérie évoque la *méthode Bonapace*, qui consiste à exercer une pression sur un point précis de la main pour détourner l'attention de la douleur abdominale. Selon elle, au-delà des mots, l'important est de donner aux patientes des outils concrets pour mieux gérer leurs sensations.

Pauline insiste sur la vulnérabilité des parturientes, qui attendent un soutien constant de la part des soignants. Selon elle, elles perçoivent souvent la sage-femme comme leur principal repère : « *On sent tout de suite qu'on est la personne référente, le numéro un, donc il faut faire très attention à tout ce qu'on dit. Moi, parfois, je ressens une vraie pression, comme si je n'avais pas droit à l'erreur.* »

La fatigue joue également un rôle crucial dans la qualité des échanges. Valérie décrit l'épuisement des patientes après parfois plusieurs jours de contractions irrégulières. Dans ces cas-là, elle insiste sur l'importance de leur accorder du repos : « *Parfois, je baisse la lumière, je ferme les volets et je leur dis : « Profitez-en, dormez une heure, on refera le point après." Il faut leur rappeler qu'entre chaque contraction, il y a une vraie pause où la douleur disparaît totalement. C'est un moment à savourer, une chance de relâcher le corps avant la prochaine vague.* » Mais la fatigue touche aussi les sages-femmes. Célestine confie qu'en période d'épuisement, elle privilégie la communication non verbale, utilisant son énergie avec parcimonie et se protégeant derrière une forme de réserve émotionnelle, qu'elle compare à un bouclier. De son côté, Marion insiste sur la nécessité de s'accorder des pauses, ne serait-ce que pour garder un discours clair et bienveillant : « *Parfois, je me freine moi-même, juste pour réfléchir aux mots que je vais employer.* »

f. Intégrer les projets de naissance dans la prise en charge

Rédiger un projet de naissance est une démarche précieuse pour les futurs parents, leur permettant d'exprimer leurs souhaits quant au déroulement de l'accouchement. Toutefois, bien que ce document constitue un repère essentiel, il doit être abordé avec souplesse pour s'adapter aux imprévus du travail. Plusieurs sages femmes interrogées, dont Laurine, insistent sur l'importance de prendre le temps d'en discuter au moment le plus opportun, lorsque la patiente est soulagée et réceptive. Audrey, de son côté, valorise un échange approfondi notamment sur des interventions, comme l'épisiotomie, certaines patientes préférant ne pas être informées au moment où elle est réalisée. Elle apprécie également proposer aux femmes de toucher la tête de leur bébé lorsqu'il progresse ou d'utiliser un miroir pour observer leur accouchement, les impliquant davantage.

Pour Jade, une sage-femme doit avant tout respecter les choix du couple et leur donner les outils nécessaires pour qu'ils puissent avoir confiance en eux. Elle résume cette approche centrée sur l'autonomie en affirmant : « *Tu donnes des pistes, tu expliques et tu orientes, mais la décision leur appartient.* » Cependant, Lola met en lumière les défis que cela peut représenter. Elle explique que son rôle est aussi d'orienter les patientes vers des solutions plus adaptées lorsque la situation l'exige. Si certaines femmes restent ouvertes aux ajustements, d'autres s'accrochent fermement à leur projet initial, ce qui peut compliquer la communication. Léa partage cette observation et évoque la difficulté pour certaines patientes de lâcher prise et de faire confiance à l'équipe soignante. Elle souligne qu'il est parfois nécessaire d'aller à l'encontre de leurs attentes pour préserver leur bien-être : « *Ce n'est pas toujours facile, mais il arrive qu'on doive les amener à revoir certaines décisions pour leur bien, en privilégiant leur confort et leur sécurité.* »

Lisa met en évidence un des risques liés aux projets de naissance : l'idéalisation. Ils risquent d'engendrer des déceptions. Elle constate que certaines patientes s'imaginent un accouchement parfait, qui, dans les faits, se déroule rarement comme elles l'avaient prévu. Valérie renchérit en expliquant que, malgré leur détermination initiale, certaines femmes atteignent un seuil de douleur qui devient insupportable. Dans ces moments-là, elle s'efforce de les rassurer et de valoriser leur parcours en leur disant : « *Vous avez touché votre limite, vous êtes allée au maximum, bravo, vraiment bravo.* »

g. Équilibrer savoir et attentes : les patientes informées

Aujourd'hui, avec l'accès facilité à une grande quantité d'informations, médicales ou non, de nombreuses patientes arrivent en salle d'accouchement parfaitement renseignées. Clémence remarque que la communication est souvent plus « *fluide* » lorsque la patiente a suivi une préparation à la naissance, car elle est alors davantage consciente des différentes étapes du travail. Si cela peut favoriser la compréhension du processus et renforcer leur implication, cela peut aussi parfois complexifier la relation soignant-soignée, notamment lorsque certaines cherchent à garder un contrôle total sur le déroulement de leur accouchement.

Lucie observe que, malgré leur connaissance approfondie, ces patientes peuvent devenir plus difficiles à accompagner lorsque des décisions médicales viennent contredire leurs attentes « *un mur peut se dresser* » explique-t-elle. Même en fournissant des explications, certaines restent fermées au dialogue et peinent à accepter les ajustements nécessaires. Léa partage également cette difficulté, soulignant les tensions que peuvent générer certains refus.

h. Valoriser la place et l'influence des accompagnants

L'accompagnement à l'accouchement ne se limite pas à la relation entre une patiente et une sage-femme, il inclut également le partenaire et parfois d'autres proches, comme l'indiquent Marion et Pauline. Marion rappelle que la relation de confiance doit englober non seulement la patiente, mais aussi son partenaire. Pauline insiste aussi sur cette spécificité : « *Il y a souvent deux personnes à prendre en compte.* » Selon elle, l'accompagnant peut-être le co-parent, une amie ou un membre de la famille, et il est nécessaire d'adapter les explications et les soins pour inclure le partenaire sans pour autant détourner son attention première de la patiente. Si cette dernière reste au centre de la prise en charge, l'implication de l'accompagnant est essentielle pour qu'il se sente informé et soutenu. Sophie encourage la participation active du partenaire, par exemple en lui proposant de réaliser des massages. De son côté, Lisa propose parfois au co-parent d'aider aux changements de position ou à la gestion des alarmes pour renforcer son engagement. Lola partage cette approche inclusive, veillant à son intégration. Cependant, comme le souligne Léa, l'implication du co-parent reste variable, certains sont particulièrement investis, tandis que d'autres peuvent sembler plus distants ou en retrait. Dorothée illustre cette diversité, par l'exemple d'un père particulièrement stressé, qu'il fallut accompagner pour apaiser l'atmosphère. Elle note néanmoins une tendance croissante à voir des pères plus actifs et présents durant l'accouchement.

VII. Développement des compétences et formation en communication

« Quand on fait ce boulot là en salle de naissance, on aime communiquer, on aime le côté relationnel avec les gens, on cherche un peu ça. Je ne connais pas beaucoup de sage-femmes qui sont intéressées que par le pur côté technique de l'accouchement » Pauline

La question de la formation à la communication au sein du cursus des sages-femmes divise. Plusieurs professionnelles estiment qu'elle est insuffisamment abordée durant leurs études, tandis que d'autres considèrent que l'apprentissage théorique est déjà très dense et qu'il serait difficile d'y ajouter un module supplémentaire.

a. Un besoin de formation plus approfondie en communication

Pour certaines sages-femmes, la communication est une compétence essentielle qui devrait être davantage intégrée dans la formation initiale. Adèle souligne que « *ce n'est pas quelque chose qui s'apprend par cœur, c'est un savoir-être, un savoir-dire* ». Mélanie regrette de ne pas avoir eu de cours à ce sujet durant ses cinq années d'études et plaide pour une formation spécifique sur la communication en situation d'urgence, l'annonce de mauvaises nouvelles, ou encore l'interaction avec les parturientes. Elle insiste sur l'importance d'apprendre à délivrer des informations sans pour autant négliger l'accompagnement émotionnel. Clémence, quant à elle, déplore que la pression du temps, imposée aux étudiantes, bride leur capacité à bien communiquer : « *On nous a toujours appris "il faut aller vite !" mais la communication, ça prend du temps. C'est aussi important que de poser un antibiotique sur un Streptocoque B +* ».

b. Des propositions concrètes pour améliorer la formation

Afin de pallier ces lacunes, plusieurs sages-femmes suggèrent d'intégrer des ateliers pratiques, des mises en situation et des jeux de rôle dans le cursus. Clémence imagine des simulations autour de cas concrets, comme expliquer la découverte d'un bébé en siège, annoncer une césarienne en urgence ou informer des parents d'un problème à la naissance de leur enfant. D'autres professionnelles évoquent l'intérêt d'organiser des tables rondes avec des patientes ayant vécu des expériences positives ou négatives afin d'échanger sur leur ressenti et ajuster la prise en charge en conséquence. Toutefois, Dorothée met en garde contre le risque de généralisation ou de revendications excessives lors de ces échanges. Valérie propose d'aller encore plus loin en intégrant un enseignement sur les neurosciences et leur lien avec la communication. Thomas évoque la possibilité de former les étudiants à l'entretien motivationnel, tandis que Carole défend l'idée d'introduire la communication thérapeutique dans les études de maïeutique, soulignant que cette compétence devrait être obligatoire pour tous les soignants. Audrey, Lola, Adèle, Carole, Léa et Lucie quant à elles, se montrent favorables à l'intégration de techniques comme l'hypnose conversationnelle, bien que Clarisse estime que ce type de formation devrait rester optionnel.

Valérie exprime sa crainte d'une standardisation excessive des techniques de communication, soulignant que « *tout le monde va dire la même chose à tout le monde, et ce n'est pas ça la communication* ». Elle insiste sur l'importance de préserver la spontanéité et d'encourager les étudiants à avoir confiance en leurs propres capacités à communiquer. Elle avoue accorder une grande confiance à l'improvisation.

Le moment idéal pour introduire ces enseignements fait également débat : Lisa privilégie une formation en fin de cursus, alors qu'Adèle plaide pour un apprentissage progressif, réparti sur l'ensemble des études. Elles ouvrent néanmoins la réflexion sur une possible évolution, en envisageant son intégration dans les nouveaux cursus de six ans. Sophie précise néanmoins que la formation en communication varie selon les universités et leurs spécificités géographiques.

c. Le rôle de l'expérience dans le développement des compétences

Si une formation initiale plus poussée est jugée nécessaire par certaines sages-femmes, d'autres estiment que la communication s'affine avant tout avec l'expérience. Mathieu exprime un avis nuancé, considérant que *« quelques heures de cours ne remplaceront jamais plusieurs mois de pratique »*. Pour Dorothée, il est difficile d'apprendre à bien communiquer tant que l'on ne maîtrise pas encore les gestes techniques : *« On commence à bien communiquer seulement quand on est vraiment sûr de soi dans le geste »*. Léa partage cette vision et explique qu'avec l'expérience, elle peut se concentrer davantage sur l'accompagnement verbal et émotionnel des patientes. Laurine va dans le même sens en affirmant qu'une sage-femme communicante est souvent une sage-femme expérimentée, même s'il existe des exceptions. Pour Carole, une fois que l'on maîtrise l'aspect technique et les savoirs fondamentaux, il devient naturel de rechercher des éléments plus subtils et immatériels, qui relèvent à la fois de la rationalité et de l'humanité. Elle perçoit cette quête comme une évolution personnelle au sein de la profession, soulignant que : *« Plus tu as d'expérience, plus tu prends du recul, moins tu es rigide, on gagne en sérénité. »*

Plusieurs sages-femmes, dont Sophie et Valérie, soulignent que leur propre vécu, notamment leurs expériences d'accouchement, influence leur manière de communiquer et renforce leur compréhension des attentes des patientes. Sophie raconte avoir grandi dans un village où les accouchements à domicile étaient une pratique courante : *« Très jeune, j'ai vécu dans un lieu où la naissance était énormément respectée, et c'est rare maintenant. »* Elle souligne ainsi à quel point notre parcours personnel façonne notre manière d'accompagner la naissance. Être aux côtés d'une femme et de son partenaire dans un moment aussi intime demande de se sentir légitime et à l'aise dans l'échange, ce qui peut être un défi, notamment lorsqu'on n'a pas vécu soi-même un accouchement. Cette confiance peut cependant se développer à travers les récits et expériences de naissance partagés par notre entourage, selon elle.

d. L'importance du mimétisme et du compagnonnage

L'apprentissage de la communication passe par l'observation des pairs. Chloé met en avant l'intérêt de voir différentes manières de travailler pour développer sa propre approche : *« D'une garde à l'autre, on tombe sur des façons de fonctionner totalement différentes, et ça nous montre mille manières de parler et d'interagir avec les patientes »*. Plusieurs sages-femmes, comme Pauline, Marion ou Lucie, évoquent l'influence du mimétisme dans l'apprentissage. Pauline ajoute : *« On s'inspire des autres. Parfois, on espère aussi inspirer les autres. »* En début de carrière, elles avouent s'inspirer des modèles qui les ont marquées et adaptent progressivement leur propre style de relationnel. Clémence illustre bien cette idée : *« Quand on est étudiante, on a un peu nos modèles. On se dit : "J'adore sa façon d'être avec les patientes, c'est un peu mon mentor" »*. Lola renchérit en expliquant que certaines sages-femmes laissent une empreinte durable par un simple geste attentionné ou une phrase marquante. Lisa va plus loin en soulignant le besoin d'avoir un modèle auquel s'identifier, une figure inspirante qui motive à progresser : *« Je me suis dit que c'est vraiment ce genre de sage-femme que je veux être »*.

Thomas souligne également le rôle du compagnonnage dans cet apprentissage, expliquant qu'on assimile beaucoup en observant les attitudes, la posture et le langage des sages-femmes expérimentées. Il l'exprime en nous partageant une réflexion personnelle : « *Moi, je voulais devenir lui. Je ne suis pas devenu lui. Je suis devenu moi, et ça m'a montré que c'était possible.* »

e. L'impact du retour des patientes et de la remise en question

Certaines sages-femmes insistent sur l'importance du *feedback* des patientes pour affiner leur communication. Lisa explique que ces retours permettent d'ajuster ses pratiques et de mieux comprendre ce qui est essentiel pour les femmes enceintes et leur entourage : « *Elles nous apprennent énormément. Parfois, ce que nous croyons être une bonne manière de faire ne l'est pas forcément pour elles* ». Mélanie souligne la différence entre la perception que l'on a de sa communication et celle qu'ont les patientes, ce qui rend ces échanges d'autant plus précieux. Par ailleurs, la capacité à se remettre en question est perçue comme un facteur clé d'amélioration continue. Pauline confie qu'elle cherche toujours à s'interroger sur sa pratique : « *Je pense que c'est comme ça qu'on apprend* ». Chloé abonde en ce sens, estimant que sa manière de communiquer évoluera sans doute encore dans 20 ans, au gré de nouvelles expériences et apprentissages. Clémence, de son côté, insiste sur le fait que la formation en communication ne doit pas être figée, mais renouvelée régulièrement pour rester en phase avec les évolutions du métier et des attentes des patientes.

f. Une compétence entre acquis et inné

La communication, selon certaines sages-femmes, repose en partie sur des aptitudes naturelles. Lola parle d'une évidence, d'une vocation : « *Je le sentais* ». Clarisse évoque une « *compétence innée qui peut être améliorée* ». Chloé ajoute que des éléments acquis durant l'enfance influencent la manière de communiquer, indépendamment des études de maïeutique.

Enfin, plusieurs sages-femmes s'accordent sur un point crucial : pour pouvoir bien communiquer, il faut du temps. Clémence et Célestine plaident ainsi pour un renforcement des effectifs, afin que les professionnelles puissent consacrer davantage d'attention aux patientes et à leurs proches. De son côté, Carole dénonce le poids croissant de la rentabilité dans le système de santé, qui réduit parfois la communication à un simple échange fonctionnel au détriment d'un véritable accompagnement.

VIII. Évolutions et enjeux contemporains : une émergence au fil des entretiens

a. L'impact des violences obstétricales, de la crise sanitaire (Covid-19) et des réseaux sociaux

Au cours des entretiens, plusieurs éléments ont émergé, mettant en lumière des tournants significatifs dans la communication des sages-femmes. Dorothée a partagé son point de vue sur l'impact de la période du Covid, un moment où la communication non verbale est devenue une ressource primordiale. Elle explique : « *j'accrotais le sourire des yeux* », soulignant ainsi l'importance de l'empathie à travers des gestes simples, devenus essentiels pour établir un lien avec les patientes dans un contexte de restrictions.

Carole a, quant à elle, évoqué un autre tournant : celui des violences obstétricales, qu'elle rencontre de plus en plus dans sa pratique. Selon elle, la méfiance des patientes s'est renforcée ces dernières années, notamment en raison d'abus vécus dans le passé. Léa confirme cette évolution, si le sujet était déjà abordé durant ses études, elle constate aujourd'hui une défiance plus palpable dans ses échanges.

Un autre aspect largement mentionné par cinq sages-femmes est l'influence des réseaux sociaux. Carole a exprimé son inquiétude à ce sujet, précisant : « *Le savoir qui n'est pas fondé mais que les patientes pensent plus que celui qui a fait des études. C'est un problème.* » Elle met ainsi en lumière la difficulté pour les soignants face à des patientes qui accordent parfois plus de crédit à des informations non scientifiques circulant en ligne. Dans ce contexte, il devient d'autant plus essentiel pour les professionnels de santé de disposer d'une solide expertise pour justifier leurs pratiques et convaincre les patientes, avec discernement.

b. La communication, un outil de défense et de transparence

La communication est perçue par plusieurs sages-femmes comme un outil essentiel de protection dans le domaine médico-légal, permettant de justifier et défendre leurs actions. Huit d'entre elles ont souligné que la communication joue un rôle clé dans la légitimation des gestes effectués, notamment dans des contextes où ceux-ci pourraient être remis en question. Léa illustre cette idée en affirmant : « *La communication, en tant que défense médico-légale, me sert à me protéger.* » Ce témoignage met en lumière l'importance de la communication comme moyen de se prémunir contre d'éventuelles contestations, dans un environnement où les pratiques professionnelles sont de plus en plus exposées et questionnées.

c. La place croissante des doulas

Lucie a évoqué l'influence des doulas, qu'elle admire particulièrement pour leurs pratiques et leurs ressources : « *Les doulas sont les reines de la communication* »

d. La coordination des voix

L'introduction de multiples interlocuteurs en salle de naissance soulève des interrogations importantes. Carole, par exemple, souligne que la présence d'étudiant peut parfois perturber la fluidité des échanges.

Clémence évoque également cette dynamique, en précisant : « *c'est plus trinôme qu'un binôme* ». En effet, plusieurs personnes peuvent être amenées à intervenir simultanément, ce qui risque de déstabiliser la parturiente. Lucie illustre bien cette difficulté, notamment lors des efforts expulsifs : « *Quand tout le monde parle en même temps, c'est horrible. Quand la sage-femme, l'auxiliaire et l'étudiant se mêlent dans les instructions, la patiente a du mal à se concentrer sur ma voix, alors que c'est moi qui suis au périnée.* » Cette situation met en évidence l'importance d'une gestion rigoureuse de la communication, en particulier dans ces moments décisifs. Selon elle, il devient essentiel que seule la voix de la sage-femme guide la patiente, afin d'éviter toute confusion.

e. L'affirmation professionnelle : une compétence essentielle

L'affirmation professionnelle a été abordée de manière critique par plusieurs sages-femmes. Valérie souligne l'importance de l'émancipation et de la curiosité, des qualités qu'elle estime indispensables dans l'exercice de cette profession. Lola, quant à elle, insiste sur la nécessité de préserver l'impartialité, notamment dans le cadre des transmissions. Elle précise : « *Les transmissions sont précieuses, mais je n'apprécie pas qu'on me donne des informations négatives sur une patiente avant même que je ne la rencontre.* » Pour elle, il est essentiel de rester objectif et de ne pas se laisser influencer par des jugements hâtifs, afin d'adopter une posture respectueuse. Cette quête d'indépendance s'inscrit dans une évolution plus large vers une plus grande autonomie des sages-femmes. Dans ce contexte, la communication devient alors un moyen essentiel pour leur offrir davantage de liberté. Clémence illustre cette dimension, en affirmant : « *Le côté subjectif de ce métier, c'est la manière dont on informe les couples, comment on aborde les situations, la façon dont on annonce des nouvelles ou accueille les gens, tout ça, c'est notre liberté ! Il n'y a pas de protocole pour ça, et heureusement, c'est ce qui est vraiment chouette!* » Pour elle, la communication incarne donc un véritable espace de liberté, au cœur de leur identité professionnelle.

f. L'intimité des salles de naissance

Pour Marion, la salle de naissance est un espace où les enjeux prennent une dimension particulière, amplifiée sur le plan émotionnel. Ce lieu est intensifié par les sentiments liés à l'accouchement, une réalité également partagée par Lucie. De son côté, Léa souligne les enjeux vitaux qui y sont omniprésents, décrivant cet espace comme un environnement à haut risque, où chaque geste et chaque décision peuvent avoir des répercussions immédiates sur la sécurité de la mère et de l'enfant. Elle évoque aussi des actes empreints d'intimité, comme les touchers vaginaux ou les sondages urinaires. La question de l'intimité a d'ailleurs été soulevée dans plus de 15 entretiens. Audrey explique qu'un lien se tisse naturellement dans cette « *sphère intime* », une véritable « *bulle* » se crée autour du couple, un espace clos et sécurisant.

Pour Clémence, la communication en salle de naissance revêt un caractère profondément personnel : « *Elle est beaucoup plus intime. Il est essentiel de trouver sa place. Ce sont des personnes qu'on ne connaît pas, mais avec qui nous partageons un moment crucial de leur vie.* »

g. Nécessite et source de bien-être chez les sages femmes

Le bien-être des sages-femmes a été un sujet fréquemment abordé au cours des entretiens. Pour Marion, la communication représente un véritable moment de pause, un moyen de souffler dans le rythme soutenu de son travail. Laurine a insisté sur l'épanouissement qu'elle ressent lorsqu'elle se sent pleinement investie dans son rôle. Pour elle, l'essentiel ne réside pas uniquement dans l'aspect technique de l'accouchement, mais aussi dans la capacité à comprendre et répondre aux besoins des patientes. Lola partage cette vision, expliquant que, pour elle, une « *bonne journée* » est celle où elle parvient à établir un échange constructif avec le couple, même si le lien ne se crée pas immédiatement. Elle précise d'ailleurs : « *C'est plus le côté humain que le côté technique qui me satisfait.* » Carole, de son côté, trouve une grande satisfaction dans la diversité des expériences de communication qu'offre son métier. Pour elle, cette variété constitue un défi stimulant qui nourrit son intérêt pour la profession. Elle considère son travail comme passionnant, même dans les moments difficiles, car chaque situation nouvelle lui permet d'approfondir sa compréhension des relations humaines. Elle confie : « *J'aime bien la difficulté quelquefois et j'aime bien aussi ce contact humain, cette humanité en fait, que ça soit des patientes de n'importe quel niveau, à chaque fois c'est nouveau et c'est vrai que c'est passionnant.* » Lola et Lucie ont également évoqué l'impact des gardes, de jour comme de nuit, sur la communication, soulignant combien le moment de la journée peut influencer la qualité des échanges. Dorothee, quant à elle, a insisté sur la difficulté de maintenir une communication fluide et constante, en particulier durant les gardes nocturnes. De son côté, Valérie a partagé son expérience personnelle, expliquant qu'elle a choisi d'arrêter les gardes de nuit en raison d'une fatigue accrue qui altérerait son état d'esprit en salle d'accouchement : « *J'ai dû arrêter de faire des nuits, je sentais que je me fatiguais plus vite la nuit (...). Je sentais que ça me coûtait beaucoup d'être optimiste, joviale, joyeuse, légère en salle à 4h-5h du matin.* » Elle a également mis en avant l'importance de l'écoute de soi, rappelant que prendre soin de soi est une condition essentielle pour être pleinement disponible pour les autres : « *Si tu ne prends pas soin de toi, tu ne pourras pas bien prendre soin des autres.* » Enfin, Thomas a abordé la question du burn-out, un problème qui peut conduire à une fermeture progressive vis-à-vis des autres : « *On va se fermer aux autres.* » Cette réflexion met en évidence la nécessité de trouver un équilibre personnel pour éviter l'épuisement professionnel et continuer à offrir une communication attentive.

Discussion

I. Choix méthodologiques

a. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit autour de quatre axes fondamentaux liés à la communication en salle de naissance. Nous avons opté pour des questions ouvertes afin de laisser aux sages-femmes une liberté totale dans leurs réponses, leur permettant ainsi d'exprimer leurs vécus sans être influencées par une formulation trop directive. L'objectif étant de comprendre comment elles communiquent avec les parturientes, il était essentiel qu'elles puissent partager leurs souvenirs d'accompagnement de façon authentique, en mettant en avant des aspects parfois personnels, intimes et profondément ancrés dans leur ressenti. Ainsi, les questions ont été pensées pour favoriser une expression spontanée, offrant aux sages-femmes la possibilité de livrer un témoignage brut, sans distorsion induite par la manière dont elles sont interrogées. L'idée est qu'elles ne se sentent pas guidées vers une réponse particulière, mais qu'elles puissent décrire librement leur propre perception de la communication telle qu'elles l'expérimentent dans leur pratique au quotidien. Toutefois, cette approche présente une difficulté : amener les participants à aborder un sujet qui, dans l'imaginaire collectif, n'est pas toujours clairement défini. Pour pallier ce défi, le guide inclut des questions de relance permettant d'orienter progressivement la discussion et d'aider les sages-femmes à structurer leur réflexion de manière plus approfondie. La métaphore de l'entonnoir illustre bien la démarche suivie lors de l'élaboration du guide. L'entretien débute par une question de projection, avant d'aborder des thématiques plus larges afin de recueillir les premières idées qui viennent spontanément à l'esprit des sages-femmes. Cette approche permet d'évaluer l'intensité des souvenirs liés à la communication et l'importance accordée à ces interactions. Progressivement, les questions se resserrent et se précisent, affinant l'exploration jusqu'à atteindre le cœur du ressenti de ces sages-femmes lors de leurs échanges avec les patientes, en parfaite cohérence avec notre objectif principal.

b. Observations préalables

Avant d'élaborer notre outil de recherche, en l'occurrence le guide d'entretien, nous avons effectué des observations en salle de naissance. L'objectif était de nous confronter directement aux interactions entre les sages-femmes et les patientes afin de mieux cerner les mécanismes de communication en jeu et d'orienter nos entretiens de manière plus pertinente. Cette immersion a été essentielle à plusieurs niveaux : identifier les situations où la communication joue un rôle central, déterminer qui en prend l'initiative, analyser son déroulement et observer les réactions des patientes. De plus, elle nous a permis de nous familiariser avec ces échanges afin de mieux les appréhender lors des entretiens avec les sages-femmes. Sans y avoir consacré une période précise comme envisagé en amont, nous avons pu réaliser des observations lors de nos gardes en salle de naissance. Elles se sont révélées particulièrement enrichissantes et nous ont permis d'acquérir une meilleure compréhension des enjeux communicationnels propres à cet environnement.

Nous avons également pu échanger avec une sage-femme exerçant en milieu hospitalier, qui nous a sensibilisés à l'importance d'une approche globale de la communication, incluant notamment des techniques comme l'hypnose, qu'elle utilise dans sa pratique. Ces échanges et observations ont mis en lumière la diversité des styles de communication, qui varient non seulement d'une situation à l'autre, mais aussi en fonction de chaque sage-femme.

Nos observations ont permis d'identifier plusieurs facteurs influençant la communication en salle de naissance. Tout d'abord, l'environnement de travail joue un rôle clé : le bruit ambiant, qu'il s'agisse des alarmes, des discussions entre soignants ou des bruits liés au matériel, peut constituer un obstacle à la clarté des échanges. La charge de travail et le rythme soutenu des gardes limitent également le temps disponible pour instaurer un dialogue approfondi avec les patientes. L'organisation de l'espace se trouve être un autre facteur déterminant avec la disposition des salles, la présence de rideaux influençant directement sur l'intimité des échanges et la possibilité d'une communication en toute confidentialité. Par ailleurs, l'application stricte des protocoles, bien qu'indispensable à la sécurité des soins, peut rigidifier la communication et réduire la marge de manœuvre des sages-femmes pour s'adapter aux besoins.

La dynamique interprofessionnelle constitue également un paramètre essentiel. La salle de naissance est un lieu où se côtoient plusieurs corps de métier – médecins obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes et auxiliaires de puériculture – et la nécessité d'une coordination efficace entre ces différents acteurs impacte directement la fluidité des échanges avec la patiente. Le moment des transmissions, qu'elles soient orales ou écrites, apparaît ainsi comme une étape indispensable pour sa continuité. D'autres éléments, propres aux sages-femmes elles-mêmes, entrent en jeu. L'expérience et la confiance en soi semblent jouer un rôle dans la qualité des interactions : une professionnelle chevronnée aura tendance à gérer plus aisément les échanges. À l'inverse, le stress accumulé peut altérer la patience, l'écoute et la capacité à s'exprimer avec bienveillance. De même, la nature de l'accouchement influence la communication : un accouchement médicalisé implique une approche différente de celle requise pour un accouchement physiologique. Enfin, les caractéristiques des patientes et de leur entourage ont un impact non négligeable sur les interactions. Le niveau de compréhension et d'éducation des parturientes conditionnent leur capacité à saisir les informations médicales. Certaines préfèrent une communication directe et concrète, tandis que d'autres recherchent plus de sensibilité et de douceur. La présence ou l'absence d'accompagnant peut également jouer un rôle, facilitant ou au contraire complexifiant la communication avec l'équipe. De plus, les différences culturelles et linguistiques peuvent constituer un défi supplémentaire au travers d'une barrière linguistique ou des divergences dans la perception de la douleur et de l'autorité médicale. Enfin, ces observations ont mis en évidence des enjeux éthiques sous-jacents : les sages-femmes doivent constamment trouver un équilibre entre l'obligation d'informer et la nécessité de préserver le bien-être émotionnel des patientes, sans susciter d'inquiétude excessive. Ces premiers constats illustrent ainsi la complexité de la communication en salle de naissance exercée par les sages femmes auprès des patientes qui mériteraient d'être explorés plus en profondeur dans le cadre de notre recherche.

II. Limites de l'étude

a. Biais de sélection et de désirabilité sociale

Un biais de sélection peut être présent dans cette étude pour plusieurs raisons, notamment en raison des critères et des modalités de recrutement des sages-femmes interrogées. Étant donné que leur participation repose sur l'accessibilité et le volontariat, il est possible que celles qui ont accepté de répondre aient un intérêt particulier pour la communication, ce qui ne reflète pas nécessairement l'ensemble de la profession. De plus, la disponibilité des participantes étant souvent liée à leur motivation, les sages-femmes ayant pris part à l'étude pourraient être celles qui se sentent plus à l'aise avec la communication ou qui possèdent des expériences spécifiques à partager. À l'inverse, celles qui éprouvent des difficultés dans ce domaine ou qui disposent de moins de temps pourraient être sous-représentées. Par ailleurs, bien que l'étude couvre plusieurs établissements, elle reste majoritairement concentrée dans la région des Hauts-de-France, région richement ancrée dans des valeurs telles que l'IHAB (Hôpital Amis des Bébés), ce qui peut limiter la portée des résultats et leur généralisation à l'ensemble des sages-femmes. Un autre élément à prendre en compte est l'expérience des participantes : sur les 21 entretiens réalisés, 11 concernent des sages-femmes diplômées depuis moins de cinq ans. Leur perception de la communication peut différer de celle de professionnelles plus expérimentées, ce qui pourrait introduire un certain déséquilibre dans l'échantillon.

Enfin, l'étude n'est pas exempte du risque de biais lié à la désirabilité sociale. Certaines sages-femmes interrogées, parfois sans en avoir pleinement conscience, peuvent être enclines à présenter leur pratique sous un angle plus valorisant, en atténuant les tensions ou les difficultés qu'elles rencontrent réellement. Il est possible qu'elles modulent leurs réponses afin de se conformer, de manière plus ou moins implicite, aux normes professionnelles attendues ou aux représentations qu'elles pensent souhaitables. Ce mécanisme peut alors influencer sur l'authenticité perçue des propos recueillis et introduire une certaine distance par rapport à la réalité (Butori & Parguel, 2010).

b. Biais de l'instrument de mesure

Un autre élément à prendre en compte est l'influence de la formulation des questions sur la teneur des réponses obtenues. Le guide d'entretien que nous avons suivi, tel qu'il avait été validé par le CR2DM, reposait sur une structure précise. Si ce cadre garantissait une certaine cohérence, nous avons rapidement constaté qu'il pouvait induire une dynamique plus directive que réellement semi-directive. Dans les premiers entretiens, cette orientation a parfois freiné l'expression spontanée des sages-femmes, limitant ainsi la profondeur des récits partagés. À l'inverse, un entretien a mis en évidence une certaine réserve, des réponses concises et un langage corporel plus fermé trahissaient un certain inconfort face à la thématique abordée. De plus, des formulations parfois trop générales ont pu engendrer de légères incompréhensions, nécessitant des reformulations en cours d'échange pour expliciter davantage nos intentions. Ces observations nous ont conduit à faire évoluer progressivement notre posture, en nous détachant peu à peu du guide initial.

Ce changement d'approche s'est appuyé sur une diminution volontaire des relances systématiques. En laissant plus de place à la parole des participants, et en adaptant notre façon d'interagir, nous avons opté pour une approche plus souple, centrée sur des thématiques-clés présentées de manière fluide. Cette évolution nous a permis de mieux nous aligner sur le rythme et les propos des sages-femmes, instaurant ainsi un climat plus propice à la confiance et à la spontanéité.

c. Biais de subjectivité et d'autocomplaisance

Comme dans toute étude qualitative fondée sur des entretiens, un biais de subjectivité est inévitable, tant du côté de l'enquêteur que du participant (Pelaccia, 2019). La méthode de l'entretien semi-directif comporte une part d'interprétation, car les questions posées peuvent être influencées par la manière dont l'enquêteur perçoit et reformule les réponses. De plus, ces dernières sont elles-mêmes façonnées par la manière dont les questions sont formulées, d'où le concept de "*neutralité imparfaite*". Ce biais se manifeste aussi dans l'analyse des données. Lors de l'interprétation des verbatims et des liens entre les réponses, l'enquêteur peut, consciemment ou non, appliquer sa propre interprétation, ce qui empêche de rendre fidèlement le sens exact des propos des participantes (Coron, 2020).

Un autre élément important réside dans le fait que chaque sage-femme a sa propre vision de ce qu'est une « *bonne* » communication. Certaines privilégieront une approche directive, tandis que d'autres mettront l'accent sur l'écoute ou l'accompagnement émotionnel. Par conséquent, leurs réponses sont teintées par leur cadre de référence individuel. De plus, l'entretien faisant appel à la mémoire sélective des participantes, celles-ci se souviennent davantage des situations marquantes (positives ou négatives), ce qui peut fausser l'image globale de leur expérience quotidienne. L'effet de l'auto-évaluation et l'image de soi constituent également un biais à prendre en compte. En particulier, certaines sages-femmes peuvent être tentées de valoriser leur pratique de la communication et d'atténuer les difficultés rencontrées, en particulier lorsque le sujet touche à l'éthique ou à la relation humaine. Ce phénomène, qu'on peut assimiler à un biais d'autocomplaisance, amène les participantes à attribuer leurs réussites à leurs compétences et à rejeter la faute de leurs échecs sur des facteurs extérieurs. Ce biais peut ainsi affecter la sincérité des informations fournies.

Enfin, le biais de subjectivité lié à l'enquêteur ne doit pas être sous-estimé. Même avec des questions ouvertes, notre posture, notre ton de voix et notre manière de reformuler certaines réponses peuvent, parfois inconsciemment, orienter les sages-femmes vers certains aspects du sujet. De plus, il existe un biais lié à l'attractivité de l'enquêteur : l'apparence ou le comportement de l'enquêteur peut influencer les réponses des participants (Butori & Parguel, 2010). Lors de l'analyse des entretiens, l'enquêteur peut aussi être plus sensible à certains témoignages qui correspondent à ses propres croyances, ce qui pourrait fausser l'interprétation globale des résultats. Ce phénomène est connu sous le nom d'« *effet de halo* », où une impression générale (positive ou négative) envers un participant influence l'évaluation de ses réponses et conduit à une distorsion des résultats (Ibid).

III. Points forts de l'étude

a. La transférabilité

Notre étude se distingue par la diversité des profils des sages-femmes interrogées, offrant ainsi une perspective large et nuancée sur leur perception de la communication en salle de naissance. Les participants présentent des différences significatives en termes d'âge, d'expérience professionnelle et de milieu d'exercice, qu'il s'agisse du secteur public ou privé. Ils occupent également divers niveaux de responsabilité et d'activité au sein de leurs établissements hospitaliers et possèdent des parcours variés, enrichissant l'analyse par une hétérogénéité et richesse de points de vue. Celle-ci permet d'explorer une grande variété de situations rencontrées et de mieux appréhender l'influence des contextes de travail sur les pratiques (Pelaccia, 2019).

b. Mise en mots d'une pratique définie comme subjective

Cette recherche avait pour objectif d'explorer la perception qu'ont les sages-femmes de leur communication en salle d'accouchement, en s'appuyant sur leurs expériences et leurs ressentis. Grâce aux entretiens semi-directifs menés, nous avons pu mettre en lumière une pratique souvent perçue comme instinctive ou évidente, tout en interrogeant son véritable impact. La communication, bien qu'elle repose sur la spontanéité de celui ou celle qui la met en œuvre, s'inscrit dans une démarche plus large d'accompagnement et de réassurance des patientes mais aussi du professionnel... Nos résultats montrent que cette perception est façonnée par de nombreux facteurs, notamment par le contexte spécifique de l'accouchement. Ceux-ci sont eux-mêmes influencés par l'histoire et la personnalité de chacune, patiente et sage-femme, leur culture, ainsi que par les réalités physiques et émotionnelles du moment : fatigue, douleur, bouleversements hormonaux et psychiques. En salle d'accouchement, la communication repose sur un savoir-faire empirique, rarement formalisé. Pourtant, cet apprentissage repose essentiellement sur l'expérience et l'observation, sans être véritablement structuré dans les formations initiales. Ce manque de formalisation peut entraîner des disparités dans les pratiques et soulève la question de l'importance d'un enseignement plus approfondi sur ce sujet. Par ailleurs, la manière dont les sages-femmes communiquent influe aussi sur leur propre vécu professionnel. Elles nous témoignent que face aux exigences émotionnelles de leur métier, une communication réfléchie peut jouer un rôle clé dans la prévention de la lassitude et d'épuisement professionnel. Mettre en mots cette pratique permet ainsi d'en prendre pleinement conscience, d'en mesurer son influence sur l'expérience des femmes et d'encourager une réflexion plus approfondie sur les pratiques professionnelles des sages-femmes.

Par ailleurs, cinq sages-femmes participantes ont souligné spontanément la pertinence d'étudier ce sujet, exprimant leur satisfaction et leur fierté de voir cette thématique approfondie. Elles ont également manifesté un vif intérêt et une grande curiosité à découvrir les résultats de cette recherche.

c. Une ouverture vers une réflexion plus large sur l'identité professionnelle

Le choix de réaliser cette étude à partir d'entretiens semi-directifs s'est avéré pertinent, car il a offert aux sages-femmes une grande liberté d'expression. Cette souplesse a permis non seulement d'approfondir les thématiques prévues, mais aussi de laisser émerger spontanément des réflexions inattendues, parfois éloignées de notre cadre initial, et enrichissantes. Au fil des échanges, un point central s'est dessiné : pour les participantes, la manière de communiquer reflète leur identité professionnelle et la façon dont elles se positionnent dans leur rôle.

c1. Construire une identité professionnelle : entre complexité et pluralité

Le mot « identité » trouve ses racines dans les termes latins *identitas* et *idem*, qui signifient respectivement « ce qui est identique » et « le même » (Vaast, 2017). Selon la définition proposée par l'Académie française, l'identité désigne « *ce qui fait qu'une chose est la même qu'une autre, que deux ou plusieurs choses ne sont qu'une ou sont comprises sous une même idée* » (Académie française, 9^e édition). Dans cette perspective de résonance, la notion d'identité professionnelle, telle que formulée par Claude Dubar, prend tout son sens. Il la définit comme « *un résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* » (Dubar, 2022).

Cette définition met en lumière la richesse et la complexité du processus de cette construction identitaire, à la croisée de l'expérience personnelle et de l'environnement social et professionnel, avec et par les interactions. La littérature propose plusieurs cadres de lecture pour appréhender cette identité en mouvement. Parmi eux, le modèle développé par Gohier (Gohier et al., 2001) et repris par Larouche (Larouche, 2012) distingue quatre dimensions principales qui interagissent entre elles : le *Je*, le *Nous*, la *Situation* et la *Représentation*.

Le *Je* renvoie à la part personnelle de l'identité. Il s'agit de tout ce qui relève de l'histoire individuelle : les valeurs, les convictions, les expériences de vie, mais aussi l'estime et la confiance en soi. Les compétences développées, les savoirs acquis et les aspirations façonnent également cette dimension.

La dimension du *Nous* fait référence au collectif. Elle englobe le sentiment d'appartenance à un groupe, l'identification à une communauté professionnelle et les relations tissées avec les collègues, les patientes et les autres membres de l'équipe. Cette appartenance contribue à forger une identité partagée, fondée sur des valeurs communes.

La *Situation* concerne la manière dont les professionnelles interprètent les événements vécus tout au long de leur parcours. Qu'il s'agisse de stages, d'expériences sur le terrain, de formations ou de moments charnières, chaque situation, agréable ou difficile, influe sur la perception que l'on a de sa pratique. Si, dans les premiers temps, ces expériences peuvent être intégrées sans réelle prise de recul, elles gagnent en importance au fur et à mesure qu'elles provoquent des remises en question, des ajustements ou des prises de conscience.

Quant à la *Représentation*, elle renvoie à la manière dont la personne se perçoit dans son rôle professionnel, mais aussi à l'image qu'elle se fait du groupe auquel elle appartient – ici, les sages-femmes.

Cette représentation s'appuie en grande partie sur les retours d'expérience, les interactions avec l'entourage professionnel et les patientes. Elle suppose un véritable travail d'introspection.

Dans les entretiens, plusieurs sages-femmes soulignent que leurs valeurs transparaissent dans leur manière de communiquer. Pour elles, faire preuve de bienveillance, respecter le projet de naissance de la patiente ou encore favoriser son implication active dans l'accouchement sont des principes qui se traduisent concrètement dans leur posture relationnelle. Expliquer, reformuler, s'assurer que la patiente comprend bien ce qui se passe sont autant de gestes qui découlent directement de ces valeurs. La capacité à rassurer et à sécuriser, en particulier dans des contextes tendus ou urgents, est aussi perçue comme un aspect central de leur identité professionnelle. Certaines sages-femmes évoquent également le souci de projeter une image particulière auprès des patientes : faire preuve de douceur, d'écoute, de compétence, et créer une atmosphère de confiance. Ces intentions, cette manière de vouloir être perçue, sont à leur tour des marqueurs identitaires. Comme l'écrit Isabelle Vaast, l'identité professionnelle s'inscrit dans une histoire singulière, mais elle prend aussi racine dans un collectif (Vaast, 2017).

Les stages, en tant que lieux d'expériences concrètes, sont mentionnés comme des espaces décisifs dans la construction de cette identité. Les sages femmes participantes nous livrent que les rencontres avec des sages-femmes inspirantes et expérimentées jouent un rôle-clé dans le développement de leur posture et de leur communication. Dans la littérature, Nadjafizadeh insiste d'ailleurs sur l'importance de ces figures de référence dans l'élaboration du positionnement professionnel (Nadjafizadeh, 2021). Ce processus passe par l'imitation, la comparaison, mais aussi la différenciation (Vaast, 2017). Le mot « équipe » revient fréquemment dans les entretiens. Il est défini dans la littérature comme le « lieu de création de l'identité professionnelle » (Beckers, 2007). Une formule de Dubar illustre parfaitement cette idée : « *On ne fait pas l'identité des gens malgré eux et pourtant on ne peut se passer des autres pour se forger sa propre identité* » (Dubar, 2022).

D'autre part, certains participants établissent un lien étroit entre leur personnalité et leur style de communication. Nous pourrions ainsi mettre en lien avec cette citation de Bloch : « *Dis-moi comment tu t'exprimes, je te dirai qui tu es* » (Bloch, 2013). Plusieurs sages-femmes expliquent d'ailleurs qu'elles communiquent au travail comme dans leur vie personnelle, ce qui traduit d'une forme de continuité. Dans cette perspective, dans l'ensemble des entretiens, la communication apparaît comme une signature, une marque distinctive entre les sages femmes. Elle est parfois ce qui permet aux patientes de se souvenir d'une sage-femme en particulier, au-delà même du soin. Cette idée semble s'unir à la littérature selon laquelle l'identité professionnelle prend racine dans l'identité personnelle (Fray & Picouveau, 2010). Plusieurs sages-femmes lors des entretiens, évoquent également l'impact de leur éducation et de leur environnement familial sur leur manière de communiquer. Nitschelm rappelle à ce sujet que « *l'identité d'une personne se construit dès le début de la vie, dès la plus tendre enfance, nous pourrions même dire dès la vie in utero. Chaque identité se nourrit de la rencontre des autres et en cela elle est en perpétuelle évolution* » (Nitschelm, 2015).

Enfin, un certain nombre de sages-femmes expriment le sentiment de compétence et de satisfaction associé à leur capacité à communiquer. Elles associent souvent une bonne communication à un travail bien fait, ce qui contribue à renforcer leur estime professionnelle. Un article publié dans Perspective infirmière souligne cet aspect (Perspective infirmière, 2024) :

Cela donne aussi une meilleure estime de soi et procure une plus grande implication. Plus la posture identitaire professionnelle est forte, plus il est facile de faire valoir ses idées, de reconnaître son rôle et ses limites, et d'agir en faveur de changements significatifs et favorables pour la profession.

c2. Une identité en perpétuelle évolution : regards croisés entre générations

« *L'identité n'est jamais construite, mais toujours en construction.* » (Dubar, 2022)

L'identité professionnelle des sages-femmes ne se fixe pas instantanément à l'issue de la formation initiale. Elle se développe peu à peu, façonnée par les expériences vécues, les épreuves et les interactions humaines qui jalonnent le parcours (Nadjafizadeh, 2021). Les entretiens révèlent à quel point les premières années d'exercice sont fondatrices : elles marquent une période d'apprentissage intense où chaque premier acte technique, chaque décision prise en autonomie, chaque échange avec une patiente contribue à bâtir une posture professionnelle unique. Au fil des années, cette posture se transforme progressivement. Si les débuts sont souvent empreints de prudence et d'hésitation, l'assurance s'installe peu à peu grâce à l'expérience acquise et au lien de confiance qui se tisse avec les femmes accompagnées. Cette évolution naturelle s'observe clairement dans notre étude, notamment à travers les différences marquées entre les jeunes diplômées et les sages-femmes plus aguerries. Les formations récentes semblent jouer un rôle notable notamment en matière de communication. Les nouvelles générations de sages-femmes abordent le consentement de façon instinctive, comme un élément intégré à leur pratique dès le départ. À l'inverse, les professionnelles plus anciennes évoquent cette compétence comme un apprentissage progressif, acquis au fil du temps et des rencontres. Ce contraste met en lumière l'évolution des contenus pédagogiques et des valeurs transmises durant la formation.

On observe également un déplacement progressif du centre d'attention. Plus les sages-femmes prennent de l'expérience, plus leur pratique tend à s'éloigner d'une approche purement technique pour s'ancrer davantage dans la relation. Elles développent une sensibilité accrue aux aspects non verbaux de la communication, à l'écoute silencieuse, au ressenti. À l'opposé, les débutantes restent souvent concentrées sur l'exactitude des gestes et la précision du discours verbal. Bien que cette progression ne soit pas explicitement décrite dans la littérature, elle ressort nettement de nos entretiens. L'expérience est fréquemment citée dans les entretiens comme un levier essentiel de progression en matière de communication. La confiance en soi, qui se renforce au fil du temps, joue un rôle central dans l'aisance relationnelle et dans le sentiment de légitimité professionnelle (Vaast, 2017). Une sage-femme interrogée témoigne que c'est à ce moment-là qu'un désir d'adapter sa pratique à ses aspirations personnelles a émergé.

Nombreuses sont alors les sages-femmes à réorienter leur exercice vers des domaines qui font davantage sens pour elles : accompagnement global, hypnose, soins autour du deuil périnatal, acupuncture, etc. D'autres encore choisissent de s'impliquer dans la pédagogie ou la recherche. Une sage-femme expérimentée racontait ainsi que son attrait pour une approche particulière, à savoir l'hypnose, qui s'était dessiné très tôt dans son parcours, influençant ses choix de stages et, à terme, son orientation de carrière. Cette idée est également étayée par les travaux de Nadjafizadeh, qui montrent que les préférences individuelles orientent dès le début les trajectoires professionnelles (Nadjafizadeh, 2021). Cependant, dans nos recherches, nous avons pu constater qu'avec l'expérience vient aussi une nouvelle forme de questionnement : celui de la marginalisation identitaire. Lorsqu'une sage-femme s'éloigne du modèle dominant ou adopte une posture moins conventionnelle, elle peut se heurter à un sentiment d'isolement ou de mise à l'écart (Pullen Sansfaçon & Crête, 2019). Par ailleurs, nos recherches soulignent l'influence notable du contexte. Les environnements de travail – qu'il s'agisse de maternités de niveau I ou III – façonnent les manières de faire. Dans les entretiens des sages-femmes exerçant en niveau 1, nous observons une congruence du mot « autonomie ». L'influence des normes locales, des cultures d'équipe et des milieux de travail fréquentés est développée dans certains travaux (Gagné, 2020).

c3. La communication comme reflet d'un positionnement éthique

La communication en salle de naissance ne peut être réduite à une simple transmission d'informations ; elle révèle bien souvent une posture éthique sous-jacente. Cette idée trouve un écho dans les travaux de l'École de Palo Alto, courant fondé dans les années 1950-60 par des figures telles que Paul Watzlawick, Gregory Bateson et l'équipe du Mental Research Institute. En s'intéressant aux dynamiques relationnelles à travers une approche systémique, ces chercheurs ont posé des fondements qui résonnent encore aujourd'hui dans les pratiques soignantes (Picard & Marc, 2023). Parmi leurs apports majeurs, le principe selon lequel « *on ne peut pas ne pas communiquer* » s'avère particulièrement pertinent dans le contexte de la salle de naissance. Qu'elles le veuillent ou non, les sages-femmes transmettent constamment des messages, même en l'absence de mots : gestes, posture, silence, ton de la voix... tout participe à cette communication ininterrompue.

Plusieurs sages-femmes interrogées témoignent de leur prise de conscience quant à l'impact de ces éléments implicites, rejoignant ainsi l'idée que le corps parle malgré nous, comme exprimé dans la littérature par Le Breton : « *La voix tue est débordée par le bavardage et la naïveté du corps qui énonce à sa manière la tension.* » Le silence, en réalité, n'est jamais absolu. Dans l'atmosphère feutrée des chambres, les bruits physiologiques – respiration, battements du cœur, déglutition, mastication – deviennent autant de signaux perceptibles, témoins silencieux mais puissants de la présence de l'autre (Guillec, 1998). Notre étude ne s'est donc pas limitée à une lecture technique ou descriptive de la communication : les sages-femmes ont spontanément abordé ses implications éthiques et son influence sur leur bien-être professionnel. Elles évoquent les tensions constantes entre efficacité, humanité et respect des protocoles.

Ces dilemmes font écho à la notion de *double contrainte*, également théorisée par l'École de Palo Alto : il s'agit de situations où des messages contradictoires plongent l'individu dans une impasse, où toutes réponses semblent inadéquates (Picard & Marc, 2023).

Les sages-femmes décrivent avec lucidité ces situations de *double bind* : d'un côté, elles sont appelées à faire preuve d'empathie, à instaurer un lien de confiance ; de l'autre, elles doivent préserver une juste distance émotionnelle pour se protéger et maintenir leur efficacité. Ce tiraillement se cristallise dans des injonctions paradoxales où il devient difficile de concilier sensibilité humaine et rigueur professionnelle. Ce va-et-vient entre implication et retrait est finement analysé dans une étude sur la polyphonie des salles de naissance, explorée à travers une grille musicale (Grosjean, 1993) :

La sage-femme occupe alternativement deux grandes positions : l'une empathique, en immersion dans un "nous" fusionnel avec la parturiente, facilitée par une identification sexuée et maternelle ; l'autre, plus distanciée, valorisant un "je" professionnel, compétent et distinct. [...] Il n'est pas impossible que cette capacité à naviguer entre ces deux postures soit une condition nécessaire à l'exercice du métier.

Ce balancier constant se manifeste aussi dans d'autres dilemmes : *Comment informer sans alarmer? Comment respecter l'autonomie des patientes tout en prenant des décisions médicales parfois urgentes? Comment garantir l'intimité et la confidentialité en présence de multiples intervenants ?* Les réponses sont rarement simples, tant ces tensions s'inscrivent dans une organisation définie comme contraignante. Comme dans d'autres champs, les professionnelles évoquent une forme de résignation face à des conditions de travail qui ne laissent guère de place à la contestation. La littérature sur les travailleurs sociaux corrobore cette tendance à ne pas chercher de compromis, quitte à éprouver un sentiment de dépossession de son rôle (Pullen Sansfaçon & Crête, 2020 ; Berthiaume, 2009).

À travers les témoignages recueillis dans notre étude, une autre tension revient avec insistance : celle entre manque de temps et qualité de la communication. Tous s'accordent à dire que l'échange verbal et non verbal est central dans la relation de soin, mais soulignent que c'est souvent le premier aspect sacrifié lorsque la charge devient trop lourde. Loin d'être une omission anodine, cela génère un profond sentiment de culpabilité, car les sages-femmes savent que ces moments de parole ou de présence peuvent transformer l'expérience de l'accouchement. Lors des entretiens, l'évocation de ce manque de temps chronique s'est accompagnée de silences, de soupirs, de regards tristes ou de mimiques révélant une forme de lassitude. Ce mal-être est confirmé par des données chiffrées : en 2020, une enquête de l'Ordre des sages-femmes révélait que 55 % des répondants envisageaient de quitter la profession (Schmitt, 2023). D'autres recherches, notamment menées auprès de psychomotriciens, montrent que ces empêchements répétés provoquent frustration, abandon de projets, remises en question, voire épuisement (Pullen Sansfaçon & Crête, 2020).

Un nouveau paradoxe émerge : entre attentes grandissantes des patientes pour un accompagnement individualisé, et réalités institutionnelles qui imposent des rythmes accélérés et des effectifs limités. Les sages-femmes interrogés dénoncent une absence de reconnaissance de la communication comme compétence à part entière. Elle n'est ni valorisée dans les grilles de cotation, ni considérée comme un acte soignant à part entière. Il en résulte un non-sens douloureux : *comment concilier qualité relationnelle et rentabilité ?*

Par ailleurs, la traçabilité des échanges, bien que nécessaire pour des raisons médico-légales, alourdit la charge administrative et alimente la sensation de devoir « *prouver* ». Plus l'activité est intense – notamment dans les maternités de niveau 2 ou 3 – plus les sages-femmes disent manquer de temps et être insatisfaites de leur communication. Si la littérature ne traite pas directement de cette corrélation, certaines craintes exprimées chez les travailleurs sociaux – comme celle d'être réduits à un rôle d'exécutant – résonnent fortement ici (Pullen Sansfaçon & Crête, 2020).

Pourtant, l'École de Palo Alto nous offre une perspective stimulante : ces situations de tension, loin d'être stériles, peuvent devenir des leviers de transformation. Le *double bind*, aussi oppressant soit-il, peut aussi pousser à sortir des schémas établis, à innover, à se réinventer (Picard & Marc, 2023). Cette idée rejoint la conclusion inspirante d'un mémoire rédigé par une étudiante sage-femme (Migeot, 2017) :

Grâce aux attentes de plus en plus fortes et exprimées [...] et à une volonté, certes encore minoritaire mais réelle, des jeunes sages-femmes de faire évoluer les choses, nous sommes en droit d'espérer – voire de rêver – d'une initiative comme "Hôpital Ami des Mamans".

IV. Entraves émergentes à la communication : vers une iatrogénie relationnelle

a. Les risques de la communication mécanique

Au fil des entretiens, il est apparu que sous la pression telles que le manque de temps ou l'urgence, certaines sages-femmes ont tendance à adopter une communication plus directive, parfois même automatisée. Ce phénomène est mis en lumière dans une étude de Michèle Grosjean, qui analyse l'accouchement à travers une approche acoustique. Elle y décrit un schéma d'interaction très codifié : à chaque poussée, la sage-femme adopte une sorte de « chanson », structurée de manière répétitive, alternant ordres et évaluations, comme : « *allez-y, attrapez les barres... poussez encore encore encore... c'est bien... on reprend de l'air, on inspire, on bloque...* » (Grosjean, 1993). Elle met en évidence une pauvreté du registre lexical, une syntaxe très simple, et surtout une forte prédominance de la répétition. Le discours est souvent à sens unique, la sage-femme apparaissant davantage dans une posture de monologue que de véritable échange.

Dans cette même logique, Philippe Bloch, dans Ne me dites jamais bon courage, critique les formules toutes faites utilisées dans la communication quotidienne. Pour lui, des expressions comme « *bon courage* », bien qu'empreintes de bonnes intentions, manquent de sincérité et peuvent donner une impression de distance ou d'indifférence. Il plaide pour une communication plus incarnée, plus authentique, qui témoigne d'un véritable engagement envers l'interlocuteur. Il s'interroge notamment sur l'usage quasi automatique de l'adjectif « *petit* », qui tend, selon lui, à minimiser les choses, et propose une vision plus ambitieuse et valorisante de la communication. En salle de naissance, certaines phrases standardisées peuvent produire un effet similaire. Des formulations comme « *respirez bien, poussez !* » ou « *ne vous inquiétez pas, tout va bien* » bien que médicalement appropriées peuvent paraître impersonnelles, voire mécaniques. Cela risque d'amoindrir la qualité du lien, et d'altérer l'expérience vécue par cette dernière.

À l'inverse, une communication personnalisée, sensible à l'état émotionnel de la femme, contribue à instaurer un climat de confiance. Philippe Bloch insiste d'ailleurs sur la nécessité de bannir les phrases vides de sens qui renforcent un sentiment d'anonymat (Bloch, 2013). Dire, par exemple : « *Madame Dupont, vous poussez exactement comme il faut, votre bébé avance très bien* », a un impact tout autre que de simples consignes génériques. L'usage du prénom ou du nom, l'intégration d'informations précises sur le déroulement de l'accouchement, participent à rendre la communication plus humaine et plus rassurante.

L'auteur met en évidence également les formules réflexes qui peuvent, en minimisant les émotions, invisibiliser la souffrance (Ibid). Par exemple, répondre à une femme qui exprime sa peur par un banal « *ça va aller* » peut donner l'impression qu'on ne prend pas son ressenti au sérieux. À l'inverse, une réponse comme : « *Je comprends que vous ayez peur, c'est tout à fait normal. Je suis là, on avance ensemble* » permet non seulement de reconnaître l'émotion, mais aussi d'apporter un soutien réel et apaisant.

Enfin, Bloch nous rappelle que la sincérité d'un échange ne réside pas uniquement dans les mots utilisés, mais également dans la manière dont ils sont transmis. Une phrase peut être bienveillante dans son contenu, mais paraître vide si elle est prononcée d'un ton monocorde, les yeux rivés sur une horloge ou en manipulant du matériel (Ibid). Cette attitude peut induire, même involontairement, un sentiment de mise à distance, voire de négligence. À l'inverse, maintenir un contact visuel, poser une main rassurante, adopter une posture d'écoute véritable peuvent, à eux seuls, transmettre une présence réconfortante et attentive. En somme, les enseignements de Philippe Bloch résonnent fortement avec ce que les sages-femmes ont partagé lors des entretiens. Celles-ci associent bien souvent cette communication robotisée aux effets de la surcharge de travail, du stress et de la fatigue.

b. L'impact dominant des écrans en salle de naissance

En salle de naissance, la technologie occupe une place de plus en plus importante. Écrans, alarmes, systèmes de traçabilité et dispositifs de surveillance fœtale sont omniprésents (Boivent, 2010). Si ces outils permettent un suivi en temps réel de la mère et de l'enfant à naître, plusieurs sages-femmes soulignent qu'ils détournent leur attention de l'essentiel : la relation. Les monitorings fœtaux, les dossiers médicaux informatisés ou encore les alarmes sonores constantes, bien qu'indispensables pour la sécurité, accaparent une partie significative de l'attention des professionnels (Djellal, 2020). Ce phénomène est mis en lumière par certains auteurs et chercheurs, qui pointent du doigt un glissement progressif : les soignants seraient désormais « *plus familiers des machines que des malades* » (F.-B. Michel, 2010). Le regard se pose davantage sur les écrans que sur les patientes. Cette déshumanisation du lien s'illustre notamment par une analogie récurrente, celle de la sage-femme comparée à une mécanicienne, une image que l'on retrouve aussi bien dans la littérature que dans l'un des entretiens menés pour notre étude. Ainsi, Valérie, sage-femme interrogée, nous confiait sur un ton légèrement révolté : « *je suis technicienne, mais je ne suis plus sage-femme* ». En outre, le contact visuel, le toucher, l'écoute attentive, autant de composantes essentielles de la communication, se retrouvent éclipsés par l'attention portée aux données numériques. Cette dynamique entraîne une altération possible de la qualité des échanges et du soutien émotionnel offert aux femmes. Elle fait écho aux propos d'Étienne Herbinet, qui observe que « *l'envahissement technique s'est accompagné d'une diminution de la présence physique des sages-femmes auprès des parturientes* » (Herbinet, 1995). L'exemple du télémonitoring illustre bien cette évolution : grâce à ce système, une sage-femme peut désormais surveiller plusieurs femmes simultanément depuis un poste centralisé. Si cette pratique améliore la sécurité et permet une meilleure gestion des effectifs, elle contribue aussi à réduire le temps passé auprès de chaque patiente (Léonard, 2015).

Dans les grandes maternités, marquées par une forte activité, il n'est pas rare qu'une sage-femme examine une femme en travail seulement cinq minutes par heure, ce qui revient à une heure de présence active pour un accouchement de douze heures (David, 2004). Ce recul de la présence physique, conjugué à une exposition continue à des alarmes – souvent non pertinentes – peut entraîner une surcharge cognitive et impacter la concentration (Williatte-Pellitteri, 2020). Cela ne signifie pas que la technologie est un néfaste en elle-même car lorsqu'ils sont bien intégrés, les outils numériques peuvent renforcer la coordination et la sécurité des soins (Boivent, 2010). Cependant, une dépendance excessive à ces dispositifs risque de favoriser une approche plus techniciste, au détriment de l'écoute des émotions et des besoins exprimés par les patientes. Le dialogue tend alors à se centrer sur des données chiffrées – tracés du monitoring, fréquences cardiaques – plutôt que sur l'expérience vécue par la femme. Dominique Broussal résume cette tension avec justesse :

« *La sage-femme, devenue informaticienne plus que clinicienne, statisticienne et chercheuse plus que présence humaine, analyste de tracé sur écran télémonitoring plus que masseuse de dos et berceuse, programmatrice de pompe à ocytocine plus qu'écoutante des maux du corps et de la vie...* » (Broussal, 2009)

c. La redéfinition du rapport à l'information par les réseaux sociaux

Les sages-femmes interrogées s'accordent à dire que leurs échanges avec les patientes ont été profondément bouleversés par l'impact grandissant des réseaux sociaux et les revendications qui y circulent. La diffusion rapide d'informations parfois inexactes complique leur travail au quotidien. Dans ce contexte, il devient essentiel pour les sages femmes de pouvoir s'appuyer sur une expertise solide, tant pour légitimer leurs choix que pour convaincre les patientes de la pertinence des prises en charge envisagées. Par ailleurs, la méfiance croissante de certaines femmes, nourrie par une sensibilisation accrue aux violences obstétricales, engendre une pression supplémentaire. Face à cela, les sages-femmes se disent devoir redoubler d'efforts pour instaurer une relation de confiance et déconstruire les croyances ou discours erronés qui circulent, notamment via les réseaux sociaux ou certaines applications dédiées à la grossesse. Elles constatent ainsi que les patientes adoptent parfois une posture plus méfiante, plus exigeante, nécessitant une attention accrue à la manière de communiquer.

Dans cette perspective, la littérature apporte une nuance intéressante en mettant en avant le potentiel bénéfique de ce changement : il pourrait contribuer à rééquilibrer la relation soignant-soigné en réduisant l'asymétrie d'information. Un patient bien informé serait ainsi perçue plus favorablement par les professionnels de santé, ce qui favoriserait une meilleure adhésion aux traitements et de meilleurs résultats cliniques (Rider et al., 2014).

Ce qui attire particulièrement notre attention, c'est que la question de l'accès à l'information, notamment à travers les réseaux sociaux, a été abordée spontanément par les sages-femmes lors des entretiens. Cependant, en réponse, elles décrivent une communication fragilisée, mise à l'épreuve, non seulement par la prolifération de contenus erronés ou biaisés, mais surtout par un changement profond dans les rapports d'autorité : leur parole ne bénéficie plus systématiquement de la même reconnaissance et n'est plus automatiquement considérée comme légitime. Ces observations font écho à une étude récente menée auprès de professionnels de la périnatalité sur les effets de la e-santé (Barkatou, 2023) :

À l'ère d'Internet, l'information en santé est de plus en plus accessible et présente un certain nombre de risques (autodiagnostic, informations tronquées, erronées, à but commercial). Au-delà de l'inquiétude légitime que génèrent ces risques chez les professionnels de santé, on note que des résistances peuvent apparaître chez les soignants dès lors que les patients remettent en question leur autorité en allant chercher l'information dont ils ont besoin par d'autres biais que la consultation médicale.

V. Apports concrets aux pratiques professionnelles

« *Savoir communiquer n'est pas inné. La volonté seule ne suffit pas, cela s'apprend* » (Maurel, 2020)

Notre étude ouvre des perspectives intéressantes d'amélioration pour la formation des sages-femmes. Elle met en avant un besoin croissant de renforcer l'apprentissage des compétences en communication tant sur le plan théorique que pratique au sein de leur cursus. De plus, elle met en lumière les stratégies de communication jugées les plus pertinentes par les professionnelles elles-mêmes, stratégies que nous analysons et discutons dans le cadre de cette étude.

a. Neurosciences et communication : mieux comprendre pour mieux interagir

« *Tu es aveugle ; je suis sourd-muet ; que ta main touche la mienne et que la communication soit.* »

Khalil Gibran

L'homoncule de Wilder Penfield représente une carte du cortex moteur et sensoriel dans laquelle chaque partie du corps est illustrée proportionnellement à son importance neurologique (Annexe IX). Ce modèle met en évidence une disproportion marquante : les mains, le visage et les lèvres y occupent une place démesurée par rapport à d'autres zones corporelles, révélant ainsi leur rôle central dans la perception sensorielle et l'interaction.

Transposée à l'environnement de la salle de naissance, cette cartographie cérébrale permet de mieux comprendre la place essentielle de la communication non verbale dans la relation entre les sages-femmes et les patientes. Le visage et la voix, qui bénéficient d'une forte représentation dans l'homoncule, sont des canaux privilégiés pour transmettre les émotions, rassurer et délivrer des informations de manière efficace. À ce sujet, Birdwhistell estime que près de 65 % de notre communication repose sur des signes non verbaux (Birdwhistell, 1970). De son côté, Mehrabian a démontré que 93 % de la transmission émotionnelle se joue à travers l'intonation et les expressions du visage, soulignant ainsi le rôle majeur de ces composantes dans la qualité de l'accompagnement en salle d'accouchement (Mehrabian, 1971). Les mains, quant à elles, occupent une place tout aussi importante dans cette représentation neuroanatomique. Dans la pratique des sages-femmes, le toucher ne se limite pas à un acte technique : il est un puissant vecteur de réconfort et de soutien émotionnelle (Larivière, 2022). Comme le souligne Montagu, « *le toucher est le premier langage de l'être humain, et il reste le dernier lien entre les individus* » (Montagu, 1971) illustrant ainsi son importance fondamentale dans l'interaction. De manière complémentaire, les recherches de Paul Ekman ont montré que les expressions faciales et le contact physique sont essentiels pour transmettre les émotions et instaurer un climat de confiance (Ekman, 2003). Certains auteurs parlent même d'« *accordage tonico-émotionnel* » pour décrire cette synchronisation subtile entre la sage-femme et la patiente (Nitschelm, 2015).

Ainsi, l'homoncule de Penfield apporte un éclairage neurophysiologique précieux sur l'importance du langage corporel dans la communication. Il explique pourquoi le regard, les gestes et le toucher occupent une place si cruciale dans la relation entre les sages-femmes et les femmes en travail, comme l'ont souligné plusieurs entretiens. Une sage-femme interrogée avait d'ailleurs évoqué l'intérêt d'introduire une sensibilisation aux neurosciences dès la formation. Il serait donc pertinent d'intégrer cet enseignement afin d'aider les étudiantes sages-femmes à développer une communication incarnée, consciente et pleinement investie.

b. L'humour dans la relation de soin : un outil sous-estimé ?

« L'humour est le plus court chemin d'un homme à un autre » Georges Wolinski

L'humour est cité par de nombreuses sages-femmes interrogées comme un atout précieux dans la relation avec les patientes. À travers les entretiens menés, il apparaît comme un outil permettant de créer du lien et d'apaiser, de positiver l'atmosphère, parfois tendue dans le contexte de la naissance. Rire est souvent associé à la vie, à l'énergie (Adam et al., 2024). Toutefois, les professionnelles insistent sur la nécessité de l'utiliser avec discernement, en tenant compte du contexte et de la sensibilité de chaque situation. Des travaux réalisés dans le domaine des soins infirmiers soulignent également le rôle clé de l'humour dans la communication et la réduction du stress (Cordier, 2016). Ces observations peuvent être aisément transposés à l'univers de la maïeutique.

Flack décrit l'humour comme *« une forme de joie de vivre manifestée dans les interactions sous forme d'amusement, teintées de plaisanterie, de jovialité et de rires (...) visant à rapprocher, aplanir la hiérarchie et rendre le soignant plus accessible »*. Cette approche participe ainsi à renforcer la qualité du lien entre la sage-femme et la patiente (Flack, 2018). Elle englobe l'ironie, l'autodérision, les jeux de mots ainsi que le comique de situation et de répétition.

D'un point de vue psychosocial, l'humour est souvent associé à un climat plus apaisé, dans lequel les tensions émotionnelles peuvent être allégées, tout en véhiculant des valeurs de bienveillance et d'humanité (Astier, 2009). L'humour peut également ouvrir un espace de parole plus libre, notamment pour aborder des sujets délicats.

Marche avance que ce registre permet d'explorer avec la patiente des thématiques comme la douleur, la peur ou même la mort, qui seraient autrement plus difficiles à verbaliser (Giraud, 2009). Dans ce sens, l'humour devient un facilitateur de communication, capable de libérer la parole et renforcer le dépassement de soi. Il participe à créer une proximité qui se veut singulière (Adam et al., 2024). Sur le plan clinique, plusieurs études montrent que l'humour peut contribuer à diminuer l'anxiété des patientes et renforcer la relation de confiance avec la sage-femme. Il aide à relativiser les situations, à détendre l'atmosphère, et peut se révéler particulièrement utile lors de soins perçus comme invasifs (Patenaude & Hamelin-Brabant, 2006).

Hélène Patenaude souligne d'ailleurs que l'humour peut constituer un véritable mécanisme d'adaptation au stress, qu'elle mobilise par exemple lors de prélèvements sanguins. Le DSM-5 définit l'humour comme un « *mécanisme de défense permettant au sujet de faire ressortir les aspects ironiques ou amusants d'un conflit ou d'un facteur de stress, qu'il soit interne ou externe* » (DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux, 2015). Ce mécanisme ne concerne pas uniquement les patientes : les soignants eux-mêmes s'en servent pour faire face à la pression émotionnelle, et il est même reconnu comme l'un des moyens les plus efficaces pour gérer l'anxiété et classé parmi eux.

Cependant, son usage en salle de naissance doit rester mesuré. S'il est mal placé, mal interprété ou jugé inapproprié, l'humour peut générer de la gêne, un malaise, voire instaurer une distance surtout au moment où la vulnérabilité des patientes est particulièrement élevée (Cara & O'Reilly, 2008). Patenaude met en garde contre son emploi lors de phases critiques, notamment en cas de douleurs intenses ou abdominales ou de stress aigu, moments où l'humour peut être jugé inapproprié. La sensibilité à l'humour peut varier selon la culture (Adam et al., 2024). De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que l'humour fonctionne mieux lorsqu'il émane spontanément de la patiente elle-même. C'est souvent un indicateur que le moment est propice à ce type d'échange, « *on a des indices que l'humour peut être bénéfique* » (Patenaude & Hamelin-Brabant, 2006). Une étude rappelle par ailleurs que l'humour n'est véritablement efficace que lorsqu'il est partagé et compris de manière réciproque (Simon Vrignaud, 2017). Dans le cas contraire, s'il devient moqueur, maladroit ou mal ajusté, il peut nuire à la relation et mettre en péril l'alliance thérapeutique. Dans une profession, comme sage-femme, où la communication prime, l'humour ne doit donc pas être employé de manière systématique, mais plutôt considéré comme un outil à manier avec subtilité. Son efficacité repose sur une capacité à s'adapter à la personne en face, à son état émotionnel et au contexte précis. Comme l'affirme Flack, l'expérience professionnelle semble jouer un rôle dans cette capacité d'ajustement : avec le temps, les soignants développent une meilleure intuition pour évaluer la pertinence ou non de recourir à l'humour (Flack, 2018).

L'effet apaisant et rassembleur de l'humour en salle de naissance peut également être envisagé sous un angle plus symbolique et anthropologique. Dans la culture de l'Égypte antique, la figure de *Bès* incarne parfaitement cette dimension. Divinité protectrice de l'enfantement, *Bès* se distinguait par son apparence atypique, souvent représentée sous les traits d'un nain jovial, dansant et grimaçant. Son rôle était de distraire et rassurer les femmes en travail, mais aussi de chasser les mauvais esprits grâce à ses mimiques et à sa gaieté débordante. Il utilisait le rire comme un outil de protection, un rempart face aux peurs liées à l'accouchement (Traunecker, 2024). Ce recours au comique et à la légèreté dans un moment aussi intense que la naissance n'a rien d'anecdotique : il témoigne d'une reconnaissance ancienne de la puissance émotionnelle et symbolique de l'humour. À travers *Bès*, on retrouve l'idée que le rire, loin d'être superficiel, est profondément ancré dans l'expérience (Ibid). Aujourd'hui encore, lorsque les sages-femmes en salle de naissance emploient l'humour, elles renouent inconsciemment avec cette tradition millénaire. En somme, la sagesse et la créativité requise dans l'usage de l'humour légitime pleinement qu'on s'y intéresse dès la formation initiale, afin que les futures sages-femmes puissent en faire un outil juste, mesuré et adapté.

c. L'émergence de la communication thérapeutique en salle d'accouchement

« *La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne* » Pierre Corneille

Beckman a mis en lumière un constat éloquent : près de 70 à 80 % des plaintes et poursuites dans le domaine médical sont liées à des lacunes en matière de communication, de relation ou d'information (Beckman et al., 1994). Ce constat trouve un écho dans nos entretiens, où plusieurs sages-femmes ont exprimé leur anxiété face aux risques liés à une communication insuffisante. C'est dans cette perspective que la communication thérapeutique apparaît comme une réponse à la fois éthique et bienveillante. Définie par la SFAR comme « *l'application d'une technique relationnelle qui cherche à séparer le patient de la réalité environnante, pour l'immerger dans un changement suggérer par l'imagination afin de procurer une analgésie ou une anxiolyse* » (Bergia, 2019). Elle repose sur un usage maîtrisé de la parole, du ton et de l'attitude corporelle. En somme, un langage non seulement verbal mais aussi gestuel et émotionnel, que Barbier et Etienne qualifient de « *langage global qui soit le plus thérapeutique possible : les bons mots avec la bonne intonation et les bons gestes* » (Barbier, Etienne, 2020). Cette approche se fonde notamment sur la prise de conscience des impacts négatifs que peuvent générer certaines formulations médicales, désignés sous le terme d'effets nocebo (Martin, 2023). Cette problématique a été décrite par trois sages-femmes lors des entretiens, qui ont témoigné de situations concrètes où les mots utilisés avaient fragilisé le vécu des patientes. Deux d'entre elles ont également mentionné explicitement l'importance la communication thérapeutique comme outil pour limiter ces effets.

En réponse, l'objectif est d'instaurer une communication volontairement positive et apaisante, afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de créer un climat rassurant aussi bien pour la patiente que pour le soignant (Ibid). Cette manière d'aborder la relation de soin, nourrie des apports de l'hypnose, répond à un besoin croissant de sens, exprimé autant par les patients que par les professionnels de santé (Bioy, 2020). Les bénéfices de ces pratiques sont aujourd'hui bien documentés. À titre d'exemple, Bertholet a observé dans un service de grands brûlés que l'usage de techniques hypnotiques dans les soins permettait de réduire significativement le stress des soignants (Bertholet, 2013). Ces résultats font écho à certaines situations particulièrement intenses en salle de naissance évoquées lors des entretiens – telles que la pose de péridurale, le travail actif, l'accouchement ou encore la césarienne – où une communication adaptée peut faire toute la différence (Bonnin, 2019).

La communication thérapeutique s'appuie sur différentes techniques issues de l'hypnose, parmi lesquelles l'implication active de la patiente joue un rôle central (Richard, Lussier, 2024). Concrètement, cela passe par des choix illusoire, simples mais significatifs (comme décider du bras sur lequel prendre la tension ou faire la prise de sang), l'usage de questions ouvertes, parler au présent ou encore le fait de s'adresser à la femme en disant « *vous* » plutôt que « *on* » – autant de stratégies visant à soutenir son sentiment de contrôle et à favoriser une posture d'actrice de sa naissance (GHICL, 2020). Cette permissivité contribue à préserver l'autonomie et à limiter le ressenti de passivité, souvent source de mal-être (Mazas, 2017).

L'environnement sensoriel joue lui aussi un rôle déterminant. L'évaluation et l'attention portée au confort physique est ainsi régulièrement couplée à celle accordée à la douleur, au moyen de formulations ouvertes et douces comme « *Comment vous sentez-vous ?* », qui invitent à l'expression des sensations (GHICL, 2020). Certaines sages-femmes interrogées évoquent l'importance de l'installation de la pièce, en écho aux propos de Migeot, qui insiste sur des actions simples mais efficaces : tamiser la lumière, mettre une musique douce, utiliser des huiles essentielles ou encore baisser le volume des alarmes pour instaurer une ambiance plus sereine (Migeot, 2017).

Le langage positif fait également partie des outils les plus fréquemment mobilisés. Il est décrit lors des entretiens, comme une technique accessible. Il s'agit ici de transformer les mots qui peuvent générer de l'anxiété en formulations rassurantes. Plusieurs sages-femmes partagent à ce sujet des exemples concrets de reformulations qui visent à adoucir la perception de la douleur. Ces substitutions lexicales se sont enrichies au travers de nos recherches, nous les avons regroupés sous forme de tableau (Annexe X). Cette démarche s'explique par le fonctionnement du cerveau émotionnel, qui ne tient pas compte de la négation en situation de stress : ainsi, évoquer « la peur » risque de l'activer, alors que des mots comme « sécurité », « confiance » ou « douceur » suscitent des images mentales positives (Adam et al., 2024). Dans cette optique, il ne convient pas de minimiser les douleurs ou les peurs existantes mais « saupoudrer » son discours de termes valorisants devient une manière subtile mais puissante de moduler l'expérience vécue (Martin, 2023).

La reformulation, autre pilier de cette communication, permet non seulement de clarifier les propos mais aussi de témoigner à l'autre qu'il a été entendu (Bioy, 2020). D'après les sages femmes interrogées, elle s'inscrit dans une posture d'écoute active, qui privilégie la compréhension des besoins exprimés plutôt que la simple réponse immédiate. Elle permet de reprendre un point précis d'un échange afin de le clarifier pour les deux interlocuteurs, de valider ce qui a été dit, ou de le corriger (Adam et al., 2024). Laure Martin souligne l'intérêt de cette technique, qui consiste à redire autrement ce qui a été dit, parfois en changeant de registre, afin de vérifier et affiner la compréhension mutuelle (Martin, 2023). Elle rejoint en cela la pensée de Confucius : « *Je ne cherche pas à connaître les réponses, je cherche à comprendre les questions.* »

La proxémie, concept introduit par Hall, vient enrichir cette réflexion en abordant la manière dont la distance physique influence la qualité de l'interaction (Hall, 1990). Le fait, par exemple, de s'asseoir à hauteur de la patiente (comme énoncée par les sages femmes lors des entretiens) peut symboliser une attitude d'humilité et de disponibilité, sans pour autant remettre en cause la posture professionnelle (Gouchet, 2020). Hall distingue quatre types de distances – intime (15 à 45 cm), personnelle (45 à 120 cm), sociale (1,20 à 2,10 m) et publique (3,6 à 7,5 m) – chacune véhiculant un degré d'intimité et d'engagement relationnel différent.

Le silence, souvent perçu à tort comme un vide, est ici réhabilité comme un outil précieux. Évoqué par les participants, il favorise à la fois l'intégration des informations, la réflexion et l'émergence d'une parole plus authentique (Adam et al., 2024). Comme le chantait France Gall, « *il y a des silences qui disent beaucoup* », et dans le contexte de la naissance, cette présence discrète peut devenir un véritable soutien. Cette technique attribuée au silence une place tout aussi importante que la parole (Martin, 2023).

Le « *mirroring* » ou effet miroir constitue une autre stratégie décrite lors des entretiens, consistant à harmoniser consciemment son langage verbal et non verbal avec celui de la patiente. Il implique le fait d'être attentif à la manière dont la patiente s'exprime, à son vocabulaire spécifique, afin de le réutiliser de façon subtile (Bergia, 2019). Il s'agit également de s'accorder à son rythme, de reprendre éventuellement ses propres formulations, tout en observant attentivement son langage corporel pour s'y adapter au mieux (Martin, 2023). Cela peut passer par le choix des mots, la posture, le ton de voix, ou encore par la respiration. Une sage-femme participante illustre cette pratique en disant : « *Je souffle avec elle* » – un exemple de « *pacing* », technique où l'on calque son propre rythme de respiration sur celui de la patiente pour favoriser une connexion plus profonde (Bergia, 2019). Lorsqu'elle est bien menée, cette synchronisation subtile peut renforcer le lien thérapeutique et créer un climat de confiance implicite.

L'ensemble de ces approches s'inscrit dans ce qu'on appelle l'hypnose conversationnelle. Cinq sages-femmes interrogées ont décrit cette technique comme un moyen d'instaurer un cadre propice à la détente et à la concentration, facilitant une communication plus profonde. Selon elles, elle repose sur une voix posée, une ondulation subtile de la voix, des intonations douces ainsi que l'accentuation et le surlignage de certains mots. Le principe de « *naissance par voie basse à voix basse* » en est une belle illustration (Bernard, Musellec, 2019). Elle suppose une vigilance permanente aux signaux corporels de la patiente – sa respiration, son regard, son ton – pour adapter son discours de manière fine. Laure Martin insiste d'ailleurs sur l'importance du sourire, du regard bienveillant et du toucher chaleureux, regroupés sous l'acronyme *SOS* : Sourire, Œil, Serrage de main (Martin, 2023). La communication hypnotique peut être induite ou renforcée par l'utilisation du « *yes set* », une technique consistant à enchaîner 3 affirmations évidentes ou incontestables, auxquelles la patiente acquiesce naturellement, celle-ci a été énoncée lors des entretiens. Par ailleurs, le fait d'évoquer des souvenirs agréables – un lieu de vacances, un tatouage significatif, une image rassurante – a été décrit par les sages femmes interrogées comme un moyen de favoriser une défocalisation bénéfique. Certaines techniques, comme celle de la confusion, visent à interrompre brièvement le raisonnement conscient pour induire un état modifié de conscience propice à la détente (GHICL, 2020). Ce procédé est particulièrement utile lors de gestes rapides mais désagréables. De surcroît, la sécrétion d'ocytocine, surnommée « *l'hormone de la suggestibilité* » potentialise ses effets et réduit la transmission des signaux douloureux tout en renforçant le lien relationnel (Bernard, Musellec, 2019). Enfin, des techniques de projection positive peuvent être utilisées, comme le propose l'anesthésiste Franck Bernard. Par exemple, demander à une future mère à quelle heure elle imagine que son bébé va naître peut lui permettre de se projeter plus sereinement et de mieux lâcher prise facilite la progression du travail (Bernard, Musellec, 2019).

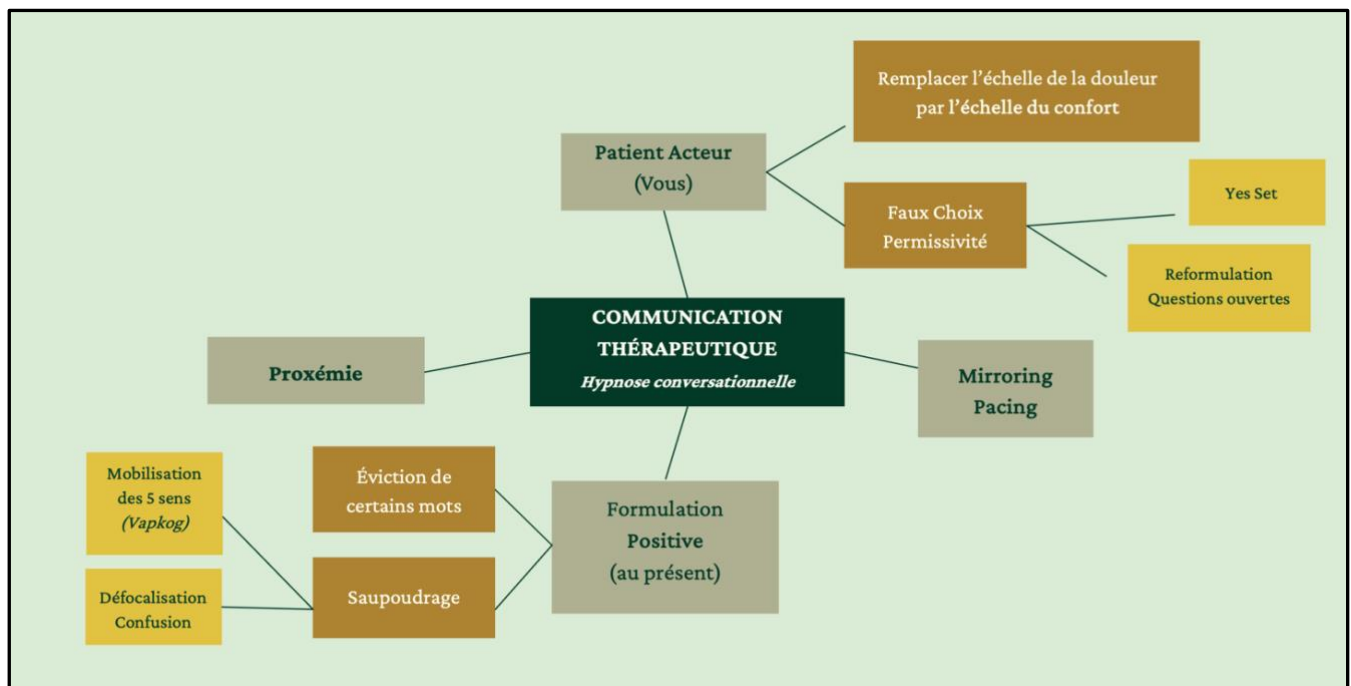


Figure n°7 : Modélisation des composantes de la Communication thérapeutique

Lors de nos entretiens, les sages femmes ont partagé leur recours à ces techniques lors de moments clés, notamment pendant les efforts expulsifs ou la pose de péridurale. Dans la littérature, la communication thérapeutique en obstétrique est souvent évoquée dans deux contextes bien particuliers : celui de la césarienne imprévue et celui de la pose d'une péridurale.

Dans le cas d'une césarienne non programmée, le degré d'urgence peut provoquer une agitation notable chez les soignants, rendant l'atmosphère particulièrement anxiogène pour la patiente. Déjà éprouvée par le travail et l'annonce soudaine de l'intervention, elle se retrouve plongée dans un environnement stressant. Comme pour toute situation critique, il est recommandé de limiter le nombre d'interlocuteurs à l'essentiel, afin de préserver un climat plus apaisé (Gouchet, 2020). Le rôle de la sage-femme devient alors central : il s'agit d'informer la patiente en temps réel, tout en maintenant un contact visuel avec le regard, un contact auditif avec la parole et un contact kinesthésique avec une main (Servillat, 2020). Pour atténuer l'idée d'échec souvent associée à la césarienne, les anesthésistes, lors d'une conférence organisée par la SFAR, ont suggéré de parler de « *naissance par voie haute* ». Cette reformulation permet de redonner du sens à ce moment en valorisant l'acte. Dans cette dynamique, le Dr Franck Bernard utilise une métaphore familière qui parle immédiatement aux patientes (Bernard, Musellec, 2019) :

*Vous avez déjà assisté à une course de Formule 1 ? À un moment, le pilote rentre au stand : l'un change les pneus, un autre remplit le réservoir, un troisième nettoie les vitres... Pendant ce temps, le pilote reste concentré, serein, calme. Tout le monde s'agite, mais chacun sait exactement ce qu'il doit faire. C'est ce qui fait la force et la victoire de l'équipe.
Vous êtes le pilote, et nous, l'équipe autour de vous.*

S'agissant de la pose de péridurale ou de rachianesthésie, les professionnelles interrogées la décrivent comme un moment fort, souvent teinté d'appréhension. Les femmes arrivent à ce stade du travail dans un état de fatigue avancée, confrontées à des douleurs intenses et à des bouleversements hormonaux profonds, ce qui accentue leur besoin de réassurance (Ibid). Dans ce contexte, certaines techniques comme le balancement peuvent être utilisées. Ce mouvement répétitif, à la fois apaisant et hypnotique, favorise la détente. Il peut aussi être associé à un souvenir agréable, souvent lié à l'enfance, afin d'aider la femme à se recentrer et à se détacher de l'inconfort immédiat (Gouchet, 2020).

Plusieurs sages-femmes ont souligné, au cours des entretiens, l'importance d'intégrer la communication thérapeutique dans leur formation initiale. Selon elles, ces outils permettent d'accompagner les patientes avec plus de justesse, en contribuant à leur apaisement et à une meilleure gestion de la douleur. À ce sujet, le Dr Franck Bernard partage un constat marquant : *« J'espère que ça fera partie de notre bagage ultérieurement. Moi, j'ai fait 180 heures de biochimie pendant mes études de médecine, et je ne me souviens même plus de la formule du glucose. Par contre, j'ai fait zéro heure de communication, alors que c'est ce que je fais tous les jours. »*

La réforme des études de maïeutique, votée en janvier 2023, allonge désormais le cursus à six ans, avec une intégration progressive à l'université d'ici 2027 (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 2023). Ce changement vise notamment à enrichir la formation avec des modules complémentaires, dont la communication thérapeutique pourrait faire partie. En parallèle, le Développement Professionnel Continu (DPC), obligatoire pour les sages-femmes en exercice, leur permet de renforcer leurs compétences tout au long de leur carrière. Des formations en lien avec la communication et la gestion de la douleur peuvent ainsi être suivies dans ce cadre (ONSSF, 2009).

Cependant, une tension intéressante a émergé lors des entretiens : si la structuration des techniques de communication est jugée utile, certaines professionnelles insistent sur la nécessité de préserver une certaine spontanéité. Elles redoutent qu'une approche trop formatée ne vienne rigidifier la relation avec la patiente, au détriment de l'authenticité. Cette question de l'équilibre entre technique et intuition est encore peu explorée dans les travaux scientifiques. Pourtant, comme le soulignent les auteurs, la communication thérapeutique ne cherche pas à imposer des règles figées, mais plutôt à proposer des repères souples et adaptables selon la personnalité du soignant (Berlemont & Jolly, 2020 ; Richard, Lussier, 2024).. Dans cette optique, nous encourageons chacun à cultiver son propre style : qu'il soit direct, bienveillant, humoristique ou audacieux, tant qu'il est mis au service de la relation (Adam et al., 2024).

Conclusion

Le travail mené tout au long de cette étude, nous a tout d'abord permis de définir les dimensions de la communication en salle de naissance, de mieux comprendre comment les sages-femmes échangent avec leurs patientes, et de mettre en lumière ces espaces teintés par une charge émotionnelle si particulière. Grâce aux entretiens semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes, nous avons pu répondre aux objectifs de notre étude. Ce mémoire s'est ainsi attaché à explorer comment se construisent, se développent et s'affinent leurs compétences relationnelles, tout en faisant émerger les besoins en formation, qu'elles expriment à travers leurs récits.

De manière globale, notre analyse a révélé une réalité contrastée. En salle de naissance, les échanges dépassent largement le simple cadre de la transmission d'informations. Le dialogue devient un outil thérapeutique à part entière. L'exploration thématique des entretiens montre combien ces interactions sont essentielles : pour informer, anticiper, recueillir un consentement éclairé, mais aussi pour instaurer un climat de confiance et tisser une alliance. La parole revêt un rôle de réassurance, aussi d'accompagnement émotionnel, de soutien à l'autonomie des femmes. Elle devient même un outil de protection médico-légale et de transparence soumis à la traçabilité. L'impact des mots sur le vécu de l'accouchement, la qualité du souvenir et le bien-être postnatal s'avèrent significatifs. À ce titre, la maîtrise de l'échange verbal, para-verbal et non-verbal contribue également à la reconnaissance professionnelle des sages-femmes. Elles s'adaptent, ajustent leur ton, leur langage, leur posture, en fonction de chaque situation. Elles moduleraient leur présence comme on module une lumière : parfois douce, parfois directive, toujours en quête d'une juste mesure.

Ces entretiens ont mis en évidence une variété de stratégies relationnelles. L'usage du langage positif, du renforcement verbal, ou encore de l'humour, ressort comme autant de moyens subtils pour apaiser l'anxiété, mettre en valeur les ressources de la femme, et réinjecter de l'humanité dans des contextes parfois tendus. Ces choix participent à une logique de personnalisation : chacun développe un style propre, fruit de son parcours, de sa sensibilité et de son expérience. C'est là un point central : la communication reflète l'unicité de chaque sage-femme et participe activement à la construction d'une identité professionnelle vivante, en constante évolution. Pourtant, derrière cette richesse d'expression, les sages-femmes doivent composer avec des limites bien réelles. Le manque de temps, la charge de travail, l'absence de formation initiale structurée en communication, ou encore la difficulté à rester émotionnellement disponible en contexte d'urgence ou de fatigue sont autant d'obstacles régulièrement évoqués. Par ailleurs, certaines entraves plus insidieuses émergent : la place croissante des technologies, l'omniprésence des écrans, ou la défiance nourrie par des informations en ligne peu fiables peuvent venir parasiter la relation.

Notre étude a également mis en lumière la complexité de cette compétence, qui mêle dispositions innées et apprentissages acquis par l'expérience ou l'observation. Dès lors, il semble pertinent d'envisager le développement d'enseignements spécifiques : ateliers pratiques, modules de simulation, temps d'analyse. Certaines approches, comme la communication thérapeutique, s'avèrent précieuses, mais leur intégration reste inégale, parfois intuitive, faute d'un véritable ancrage institutionnel ou de formation continue accessible. Ce constat invite à élargir la réflexion : *Comment former sans formater ? Comment articuler rigueur, liberté et créativité ?*

Dans cette perspective, la communication en salle de naissance ne peut être réduite à une compétence technique isolée. Elle s'incarne à la croisée des savoirs cliniques, de l'expérience vécue, des émotions partagées et des contraintes institutionnelles. Elle traduit de la posture et de l'engagement éthique des sages-femmes. Elle constitue le socle sur lequel repose la qualité de l'accompagnement, mais aussi un miroir à travers lequel les professionnelles donnent du sens à leur métier.

Au travers de la réalisation de ce mémoire, de nouvelles pistes de réflexion se sont dégagées assez naturellement. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de formations spécifiques sur la communication, à la fois sur les pratiques professionnelles et sur l'expérience des patientes. Une autre perspective consisterait à comparer les modes d'expression dans différents contextes de soins : consultations prénatales, suites de couches, hospitalisations, urgences obstétricales... Chaque environnement impose son tempo, ses rôles, ses contraintes : autant de paramètres qui façonnent l'échange. Enfin, analyser les pratiques d'autres acteurs de la naissance, obstétriciens, anesthésistes, auxiliaires, permettrait d'identifier les complémentarités, mais aussi les tensions ou les divergences dans les postures relationnelles. Ainsi, la communication en salle de naissance apparaît ici comme un savoir en mouvement, un art du lien, en perpétuel ajustement. Elle mérite d'être pleinement reconnue, nourrie, partagée. Comme le résumait avec pertinence Jean-Luc Lagardère :
« La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. Ça s'apprend et ça se cultive. »
Il appartient désormais aux institutions, aux formateurs, aux chercheurs, de faire grandir cette culture du lien, aussi essentielle que la technicité dans l'art d'accompagner la naissance.

Références bibliographiques

Académie française, Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition.

Adam, V., Maunoury, N., & Federspiel, I. (2024). La boîte à outils de la communication thérapeutique. 67 outils clés en main.

Dunod.

Astier, I. (2009). Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *Informations sociales*, 152(2), 52-58

Bagnis, C. I. (2017). Chapitre 6. La relation de soin. *Carrefour des psychothérapies*, 87-96.

Barbier, E., Étienne, R. (2020). Aide-mémoire—Hypnose en soins infirmiers—2e éd.

Barkatou, I. (2023). Autorité médicale et e-santé en périnatalité. *Plateformisation*.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*.

Beckers, J. (2007). Chapitre 4. La construction de l'identité professionnelle. *Fondements et conséquences méthodologiques*.

Pédagogies en développement, 141-199.

Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice :

Lessons From Plaintiff Depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-1370.

Bergia, J. M. (Réalisateur). (2019). La communication thérapeutique [Enregistrement vidéo]. Comité de lutte contre la douleur.

<https://www.youtube.com/watch?v=Jfdy8Gqr-gY&t=7s>

Berlemont, C., & Jolly, M.-A. (2020). Chapitre 11. Le domaine du soin. In *Construire la communication thérapeutique avec*

l'hypnose (p. 177-191). Dunod.

Bernard, F., Musellec, H. (Réalisateur). (2019). Conférence—Accouchement voie basse, ou à voix basse [Enregistrement

vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=IJ0O6RtOSis>

Berthiaume, J.-F. (2009). Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire.

Bertholet, O. (2013). L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : Impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante.

Revue Médicale Suisse.

Bioy, A. (2020). Chapitre 4. Relations et alliances. In *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (p. 59-76).

Dunod.

Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and Context : Essays on Body Motion Communication*. University of Pennsylvania Press.

Blanc, C. (2024). (Faire) dire les violences obstétricales : De l'expérience troublante d'accouchement à son récit médiatique.

Revue pluridisciplinaire d'Education par et pour les Doctorant-e-s, 1(3), Article 3.

Bloch, P. (2013). *Ne me dites plus jamais bon courage* (Ventana).

Boivent, C. (2010). Impact de l'informatisation du partogramme en salle de naissance—Étude réalisée au sein de la maternité

du C.H.U de Nantes.

- Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : Approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246-266.
- Bonnin, M. (2019). Communication et hypnose en salle de naissance.
- Borrelli, S. E., Spiby, H., & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife : A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103-111.
- Boutet, J. (2001). La part langagière du travail : Bilan et évolution. *Langage et société*, 98(4), 17-42.
- Broussal, D. (2009). Valeurs et normes dans la formation des élèves sages-femmes.
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse—Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *AFM*.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45.
- Célestin-Lhopiteau, I. (2014). 11. L'art de la communication face à un patient douloureux. In *Hypnoanalgésie et hypnosédation* (p. 75-80). Dunod.
- CIANE, P. (2012). Respect des souhaits et vécu de l'accouchement.
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. (2023). La formation initiale. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- Cordier, É. (2016). La place de l'humour dans la relation soignant-soigné. In *A. française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE) (Éd.), Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie (Numéro 254, p. 16)*. Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE). h
- Coron, C. (2020). Outil 11. Le questionnaire : Les biais. *BàO La Boîte à Outils*, 38-41.
- Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 5-20.
- David, S. (2004). *Mémoire de Maîtrise d'Ethnologie—La parturiente en hôpital français*.
- Depret, M. (2016, mai 12). L'information délivrée aux parturientes et l'activité des sages-femmes en salle de naissance : Étude réalisée dans un contexte d'accouchement eutocique.
- Djellal, A. (2020). Impact des nouvelles technologies sur le travail des soignants. *L'Aide-Soignante*, 34(221), 24-26. h
- Dolto, F. (2002). *Tout est langage (Folio Essais)*.
- DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (2015).
- Dubar, C. (2022). *La socialisation—5e éd.. Construction des identités sociales et professionnelles*.
- Dugravier, R., & Wendland, J. (2020). La théorie de l'attachement et les pratiques périnatales. *Périnatalité*, 12(1), 1-2.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed : Understanding Faces and Feelings*. Weidenfeld & Nicolson.
- Filliettaz, L. (2012). Chapitre 5. Interactions langagières et apprentissage au travail. In *Apprendre au travail* (p. 87-98). Presses Universitaires de France.

- Flack, M. (2018). Guérir de rire—L’humour dans la relation soignant/soigné.
- Fray, A.-M., & Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l’identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38(8), 72-88.
- Froeliger, A. (2020). État de stress post-traumatique maternel à 8 semaines d’un accouchement par voie basse : Fréquence et facteurs de risque. 62.
- Gagné, A. (2020). Vous avez dit identité professionnelle ? Observatoire de la formation professionnelle du Québec.
- GHICL (Réalisateur). (2020). L’alliance thérapeutique : Quand les mots soulagent les maux [Enregistrement vidéo].
<https://www.youtube.com/watch?v=2YxjmvVC114&list=WL&index=146>
- Giraud, F. (2009). Fabrice Fernandez, Samuel Lézé, Hélène Marche, Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé. Lectures.
- Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B., & Chevrier, J. (2001). La construction identitaire de l’enseignant sur le plan professionnel : Un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l’éducation*, 27(1), 3-32.
- Gouchet, A. (2020). Chapitre 12. Le domaine médical. In *Construire la communication thérapeutique avec l’hypnose* (p. 192-223). Dunod.
- Grosjean, M. (1993). Polyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l’accouchement.
https://www.persee.fr/doc/epc_1243-1052_1993_ant_2_1_856
- Guillem, G. (1998). Le Breton (D.). - Du silence, Paris, Editions Métailié, 1997, Collection Traversées.
- Gwinner, C., Riquet, S., Odent, M., & François-Bellan, A.-M. (2017). Influence de la lumière sur le processus de parturition humaine. *La Revue Sage-Femme*, 16(5), 303-323.
- Hall, E. T. (1990). *The Hidden Dimension*. Knopf Doubleday Publishing Group.
- HCE, H. C. à l’Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées.
- Herbinet, É. (1995). « L’heureux événement » : Une histoire de l’accouchement.
- Lane, A., Luminet, O., & Mikolajczak, M. (2013). Psychoendocrinologie sociale de l’ocytocine : Revue d’une littérature en pleine expansion. *L’Année psychologique*, 113(2), 255-285.
- Larivière, J. (2022). Le toucher relationnel en salle de naissance : Étude qualitative auprès des patientes. *Dossiers de l’obstétrique*, n°519, 05-23.
- Larouche, C. (2012). Le développement de l’identité professionnelle en formation infirmière par l’enseignement optimal des conceptions infirmières.
- Léger, L. (2022). 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.

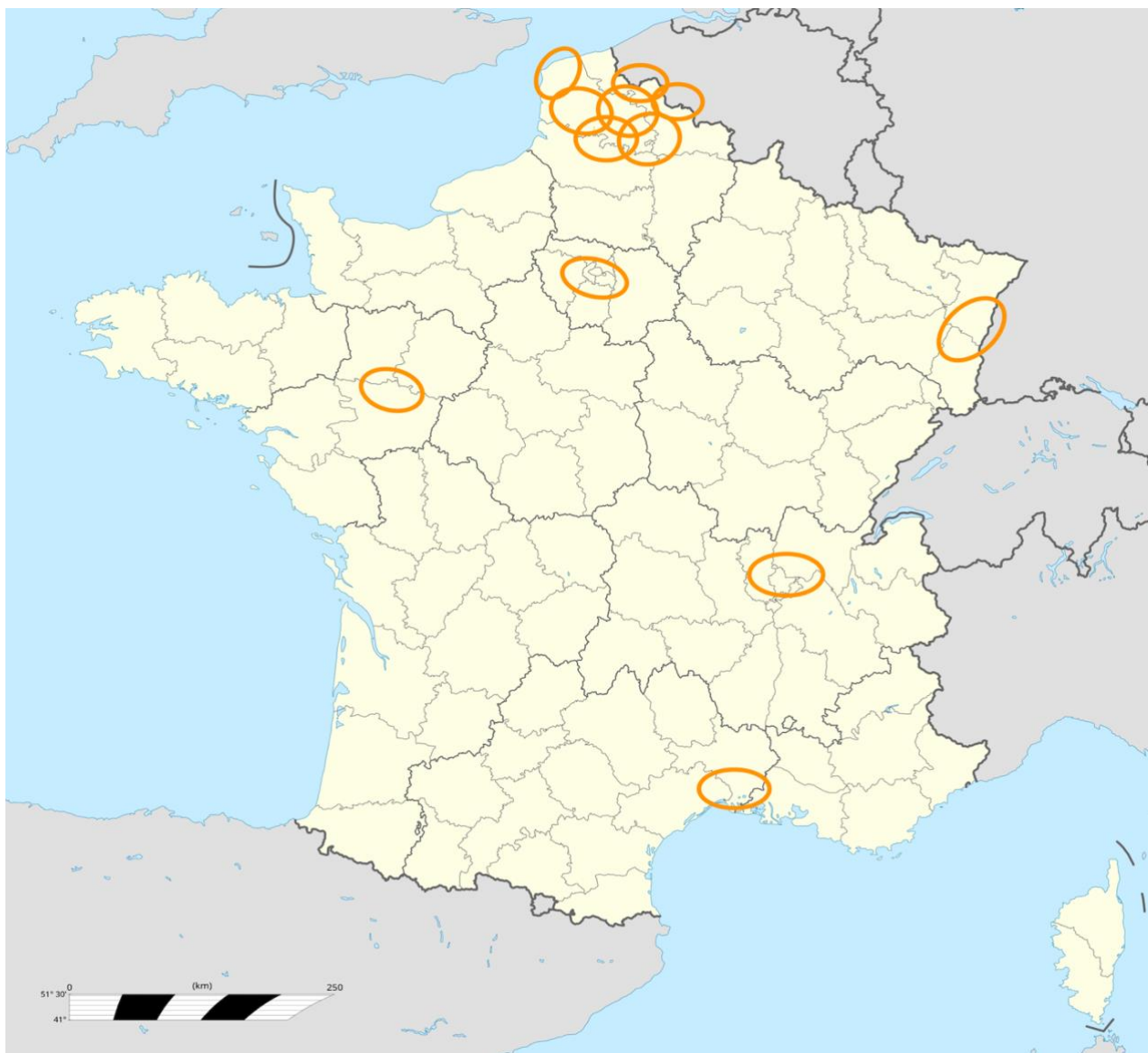
- Léonard, E. (2015). Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : Un nouvel équilibre à trouver ? 62.
- Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, 2005-370 (2005).
- Marin, C., Worms, F. (2015). À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott (Presses Universitaires France).
- Martin, L. (Réalisateur). (2023). Initiation pratique à la communication thérapeutique [Enregistrement vidéo].
https://www.youtube.com/watch?v=y_Zb2aTBa4U&list=WL&index=144
- Maurel, V. (2020). L'art de communiquer dans le soin. L'Aide-Soignante, 34(222), 12-13.
- Mazas, A. S. (Réalisateur). (2017). Hypnose positive en salle de naissance [Mémoire universitaire d'Hypnose].
<https://www.youtube.com/watch?v=YswJ2r8HL5c>
- Mehrabian, A. (1971). Silent Messages. Wadsworth Publishing Company.
- Meyer, C. (2013). Communication professionnelle. In Dictionnaire des concepts de la professionnalisation (p. 61-64). De Boeck Supérieur.
- Michel, F.-B. (2010). L'Académie nationale de médecine en défense et illustration de l'humanisme médical. Académie Nationale de Médecine.
- Michel, L., & Wendland, J. (2020). L'attachement des femmes en période périnatale : De la vulnérabilité à la responsabilité. Périnatalité, 12(1), 8-14.
- Migeot, A.-S. (2017). Accompagnement des parturientes en salle de naissance : Quel positionnement pour les sages-femmes aujourd'hui ? 49.
- Molénat, F. (2007). Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. Contraste, 26(1), 127-135.
- Molénat, F. (2013). La qualité des liens entre parents et professionnels : Clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? Contraste, 37(1), 185-207.
- Montagu, A. (1971). La Peau et le toucher, Un premier langage.
- Nadjafizadeh, M. (2021). L'identité professionnelle, subtile alliance entre l'individualité et la collectivité. Pédagogie Médicale, 22(2), Article 2.
- Nicholls, L., & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically diverse research. Journal of Advanced Nursing, 56(4), 414-429.
- Nitschelm, E.-J. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. JALMALV, (123), 47-54.
- Odent, M. (2012). Le bébé est un mammifère. Editions l'Instant Présent.
- ONSSF. (2009). La formation continue des sages-femmes | ONSSF.
- Patenaude, H., & Hamelin-Brabant, L. (2006). L'humour dans la relation infirmière – patient : Une revue de la littérature. Recherche en soins infirmiers, 85(2), 36-45.
- Pelaccia, T. (2019). Comment réussir son mémoire ? 50 questions/réponses.
- Perspective infirmière. (2024). Consolider l'identité professionnelle des infirmières—Sous la perspective de la pénurie, de la collaboration et de l'expertise. 21(2).

- Picard, D., & Marc, E. (2023a). Chapitre II. Systémique et psychiatrie. *Que sais-je ?*, 4, 25-43.
- Picard, D., & Marc, E. (2023b). Chapitre VI. Travail et organisations. *Que sais-je ?*, 4, 98-118.
- Picard, D., & Marc, E. (2023c). Introduction. *Que sais-je ?*, 4, 3-6.
- Plan périnatalité. (2004). Plan périnatalité 2005-2007. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- Pullen Sansfaçon, A., & Crête, J. (2019). Identité professionnelle en travail social : Atteindre l'équilibre dans un contexte déséquilibrant. *Recherches sociographiques*, 60(2), 331-349
- Pullen Sansfaçon, A., & Crête, J. (2020). Identité professionnelle en travail social : Atteindre l'équilibre dans un contexte déséquilibrant. *Recherches sociographiques*, 60(2), 331-349.
- Richard, C., Lussier, M-T. (2024). La communication professionnelle en santé.
- Rider, T., Malik, M., & Chevassut, T. (2014). Haematology patients and the Internet—The use of on-line health information and the impact on the patient-doctor relationship. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 223-238.
- Robillard, M. (2017). L'impact de la communication sur les douleurs induites [Mémoire de Fin d'Etudes]. Institut de Formation en Soins Infirmiers de Nanterre.
- Rogers, C. (1942). La relation d'aide et la psychothérapie.
- Roussel, M., & de Timmerman, N. (2022). L'accouchement contemporain et ses effets sur le lien mère-bébé. *Dialogue*, 238(4), 159-175.
- Schmitt, C. (2023). La reconnaissance apportée à une équipe de sages-femmes cliniciennes par la coordinatrice sage-femme notamment au cours de l'entretien professionnel pour consolider leurs identités professionnelles. HS1, 83-106. 3
- Servillat, T. (2020). Chapitre 1. Communication. In *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (p. 5-23). Dunod.
- Simon Vrignaud, V. (2017). L'Humour dans la relation soignant-soigné.
- Simondon, G. (2015). Première partie. Formes et niveaux de la communication. Hors collection, 69-87.
- Thomas, C. (2016). Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée [Phdthesis, Université de la Réunion].
- Traunecker, C. (2024). Chapitre IV. L'apparence des dieux. *Que sais-je ?*, 7, 48-59.
- Uvnäs Moberg, K. (2015). Ocytocine : L'hormone de l'amour
- Vaast, I. (2017). L'universitarisation de la formation de sage-femme et ses conséquences pour les structures de formation : Entre dynamique de professionnalisation et remaniements de l'identité des enseignants en maïeutique [Phdthesis, Université Charles de Gaulle - Lille III]. <https://theses.hal.science/tel-01880616>
- Williatte-Pellitteri, L. (2020). L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(8), 839-845.

Annexes

Annexe I

Cartographie des sites d'entretien



Annexe II

Mail de recrutement des sages-femmes exerçant en salle de naissance.

Objet : Mémoire Étudiante Sage-Femme sur la perception des sages femmes de leur compétence communicative

Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis _____, étudiante en 5^e année de Maïeutique à la Faculté de Médecine et Maïeutique de _____. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire qui porte sur la compétence communicative des sages-femmes.

L'objectif de cette étude est de **comprendre la perception des sage-femmes de leur communication avec les patientes en salle de naissance.**

Si vous êtes d'accord, nous pourrions prévoir un entretien en présentiel ou distanciel.

Si vous en donnez l'accord, cet entretien pourra faire l'objet d'un enregistrement audio (qui sera sécurisé et détruit à la fin de l'étude) afin de faciliter l'analyse de l'entretien. Votre témoignage sera retranscrit de manière totalement anonyme. De plus, vous pourrez décider, à tout moment, de ne plus participer à l'étude et de retirer votre témoignage.

Si vous êtes intéressé(e)s, merci de remplir ce bref questionnaire pour que je puisse vous contacter :

<https://forms.office.com/e/qPyKQfk0Jr>

« Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des réponses données. Vous pouvez pour ce faire vous adresser à

En vous remerciant par avance,

Cordialement,

Annexe III

Questionnaire de recrutement

**LA PERCEPTION DES SAGES FEMMES
DE LEUR COMPÉTENCE
COMMUNICATIVE**

avec les patientes en salle de naissance

1. NOM Prénom
Entrez votre réponse

2. Adresse Mail
Entrez votre réponse

3. Numéro de téléphone
Entrez votre réponse

Annexe IV

Appel à témoignage diffusé

APPEL TÉMOIGNAGE POUR MÉMOIRE ESF
LA PERCEPTION DES SAGES FEMMES
DE LEUR COMMUNICATION 
AVEC LES PATIENTES EN SALLE DE NAISSANCE

Bonjour,
Je suis , étudiante sage femme.
Dans le cadre de mes études, je recherche
des sages-femmes exerçant ou ayant exercé
dans le service des salles de naissance
pour un entretien d'environ 30min
(en présentiel ou en distanciel).

Si vous êtes intéressé(e)s, merci de remplir ce bref
questionnaire pour que je puisse vous contacter :



Ou vous pouvez me contacter directement au :

Si vous en donnez l'accord, cet entretien pourra faire l'objet d'un enregistrement audio
(qui sera sécurisé et détruit à la fin de l'étude). Votre témoignage sera retranscrit de
manière totalement anonyme. De plus, vous pourrez décider, à tout moment, de ne plus
participer à l'étude et de retirer votre témoignage.

Annexe V

Formulaire d'information pour la participation à une étude médicale

Nom de l'étudiant :
Prénom de l'étudiant :
Contact :

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« Paroles de Sages-Femmes : La Communication,
Matrice identitaire et socle des pratiques en salle de naissance »

Cette recherche a pour objectif de **comprendre comment les sages femmes communiquent avec les parturientes en salle de naissance.**

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'*entretiens* et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez jusqu'à la publication des résultats
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements et, le cas échéant, au CPP

Fait à Le.....

Signature :

Document fait en 2 exemplaires, dont 1 remis à la personne interrogée.

Annexe VI

Grille d'entretien

Thématique abordée	Question principale	Questions de relance
Narration d'une situation	Je m'intéresse à la communication. En repensant à votre dernier accompagnement (ou une fois marquante) avec une femme en salle de naissance, pourriez-vous me raconter comment ça s'est passé ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Quel a été votre ressenti ?</i> ○ <i>Pour vous, quel a été votre rôle dans le parcours de prise en charge de cette patiente ?</i> ○ <i>Comment décririez-vous la communication en situation courante en salle de naissance ?</i>
La communication en pratique	De manière générale, quelles sont les techniques de communication que vous utilisez dans votre pratique qui permettent de favoriser la prise en charge des patientes en salle de naissance ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Quelle place donnez-vous au verbal ?</i> ○ <i>Quelle place donnez-vous au non verbal ?</i> ○ <i>Comment incluez-vous certains outils thérapeutiques ? (Ex : l'hypnose, le toucher relationnel)</i> ○ <i>Selon vous, qu'est-ce qui vous amène à communiquer comme tel ?</i>
Construction de la Compétence communicative	D'après vous, d'où vient votre manière de communiquer auprès des patientes ?	<i>(Apprentissage théorique, Lecture, Formation, Réflexe, Mimétisme, Habitude de service)</i>
Communication et identité professionnelle	Pour vous, quelle est la place de la communication dans votre accompagnement auprès des parturientes ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Vous différencie-t-elle d'une autre sage-femme ?</i> ○ <i>C'est ce qui fait qui vous êtes ?</i> ○ <i>Quelle(s) perception(s) souhaitez-vous donner à votre patiente ?</i> ○ <i>Quel lien pourriez-vous faire avec votre personnalité ?</i> ○ <i>Qu'est ce qui compte pour vous dans votre communication ?</i> ○ <i>Comment votre communication influence-t-elle votre pratique clinique selon-vous ?</i>
La formation à la Compétence communicative	D'après vous, qu'est ce qui permettrait d'améliorer la compétence communicative des sages femmes ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Pensez-vous avoir été suffisamment formé durant vos études ?</i> ○ <i>Pensez-vous qu'il serait pertinent de former d'avantage les sage-femmes à la communication ?</i> <p style="margin-left: 40px;">→ <i>Sous quelle forme ?</i> → <i>En formation initiale ou continue ?</i></p>
Présentation	Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Age</i> ○ <i>Sexe</i> ○ <i>Nombre d'année(s) d'exercice</i> ○ <i>Formation(s) complémentaire(s) effectuée(s)</i> ○ <i>Structure dans laquelle vous ou avez travaillé</i> ○ <i>Milieu d'exercice : rural/urbain</i>

Annexe VII

Attestation de validation de la CRD2M

Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la

Intitulé de la recherche :

La compétence communicative des sages femmes en
Salle de Naissance

Investigateur principal :

Mémoire de Maïeutique Thèse d'exercice de Médecine

Date de réunion de la CRD2M : 10.09.2024

Avis de la CRD2M : FAVORABLE DEFAVORABLE

Si avis défavorable, justification :

Type d'étude retenu :

- Type 1 : recherche interventionnelle
- Type 2 : recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales
- Type 3 : recherche non interventionnelle
- Recherche non RIPH
 - Recherche rétrospective sur données existantes
 - Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques
 - Recherche dans le domaine des sciences humaines
 - Recherche bibliographique

Nécessité de l'avis d'un comité d'éthique : OUI NON

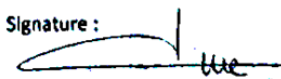
Si oui, justification : _____

Remarques éventuelles :

Le référent de la CRD2M :

Nom : _____

Signature : _____



Annexe VIII

Formulaire de consentement à l'enregistrement audio

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO DE DONNÉES PATIENT

*« Paroles de Sages-Femmes : La Communication,
Matrice identitaire et socle des pratiques en salle de naissance »*

La perception des sages femmes de leur communication avec les parturientes en salle de naissance.

Investigateur principal :

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude non interventionnelle intitulée « *Paroles de Sages-Femmes : la communication, matrice identitaire et socle des pratiques en salle de naissance* ».

Pour la réalisation de celle-ci, un entretien est requis. Il sera dirigé par Mme _____ Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio afin d'assurer une analyse complète de vos données.

L'enregistrement se fera sur un dictaphone Il sera entièrement retranscrit anonymement par écrit sur format papier et informatique.

L'enregistrement ainsi que la retranscription seront conservés par Mme _____ dans un environnement sécurisé et vous pouvez demander à les consulter jusqu'à la publication de l'étude.

Votre participation se fera conformément à la législation relative au respect de votre vie privée et de votre droit à la voix Toute autre exploitation ou utilisation de votre image ou de tout attribut de votre personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

Au cours de l'étude vous pouvez revenir sur ce consentement sans que cela modifie votre prise en charge habituelle.

Nous vous informons que les enregistrements audios seront détruits à la fin de l'étude.

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche ou l'enregistrement et la conservation de vos données, n'hésitez pas à vous adresser à

Je, soussigné(e), Mr/Mme _____

Né(e) le __/__/_____

consens à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données

refuse à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données

Merci de nous retourner votre réponse par courrier à l'adresse suivante :

Fait en deux exemplaires.

Fait à

Le,

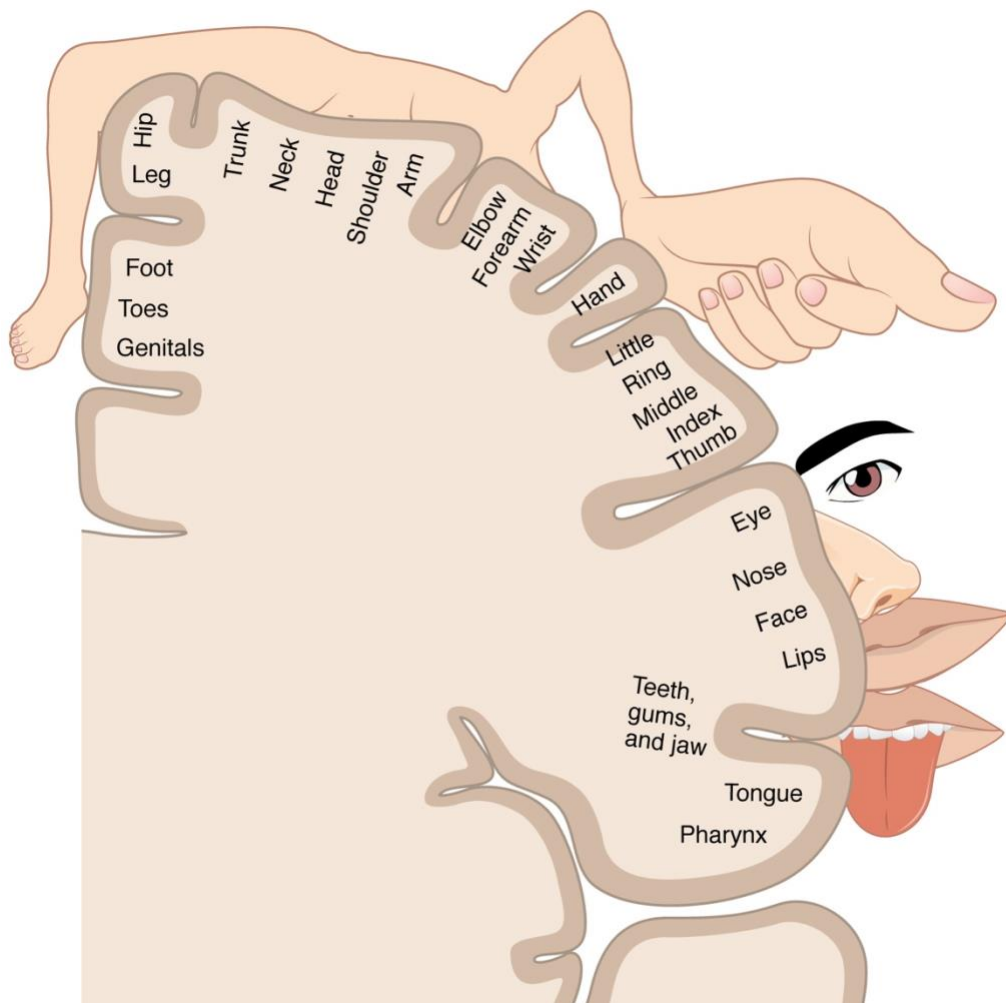
Signature

Annexe IX

Représentations de l'homoncule de Penfield



Représentation de l'homunculus moteur (Sharon Price-James, 2016)



Représentation de l'homunculus sensitif (Birbaumer Schmidt, 2005)

Annexe X

Lexique du Langage positif

Négatif	Positif
Vocabulaire Positif	
Douleur, mal, anxiété	Inconfort, sensation, ressenti
Peur	Appréhension, préoccupation
Toujours, jamais	Souvent, rarement
Électrode	Gommette, médaille, décoration, pastille, capteur
Froid	Frais, fraîcheur
Chaud	Tiède, tiédeur
Chariot, brancard	Lit roulant, tapis volant, carrosse
Bon courage	À tout à l'heure
Garrot	Élastique, bracelet, ruban
Alarme	Signal sonore
Amniocentèse	Prélèvement de liquide amniotique
Biopsie de trophoblaste	Prélèvement de placenta
Aspiration, curetage	Évacuation de contenu de l'utérus, vérification de la vacuité
Ventouse	Chapeau pour guider le bébé
Souffrance fœtale	Modifications du RCF, signes de fatigue du bébé
Forceps, spatule	Cuillères de Tarnier/Suzor, aides pour guider bébé, montrer le chemin
Table de réanimation bébé	Table de (premiers) soins
Étriers	Repose-jambes
Malformation	Différence, particularité
Ralentissement du RCF	Variations du RCF
Phrases positives	
Ne touchez pas à ceci	Posez vos mains ici
Je ne peux pas vous répondre...	Ce que je peux vous dire...
Je vais essayer	Je vais faire de mon mieux
Essayez de ne pas bouger, Ne bougez pas, sinon il faut recommencer à zéro !	Ne faites rien, gardez la position, restez comme vous êtes, restez tranquille
Donnez-moi votre main	Prenez ma main
N'ayez pas peur, ne vous inquiétez pas !	Vous pouvez vous rassurer, tout se passe comme prévu. <i>(Parler au présent)</i>
Vous n'avez pas de questions ?	Tout est clair pour vous ?
Vous n'avez pas trop froid ?	Avez-vous assez chaud ?
Vous n'avez pas mal ? Est-ce que vous avez mal ? Avez-vous envie de vomir ?	Êtes-vous confortable ? Est-ce que vous êtes suffisamment soulagé ? Comment vous sentez-vous ?
Vous n'avez pas encore...	Avez-vous déjà ... ?
Je vais vous prendre une petite tension.	Je mesure votre pression artérielle <i>(Choix illusoire du côté)</i>
Je ne fais jamais rien sans prévenir	J'explique les choses avant de les faire
Ça va chauffer/ piquer / bruler / faire comme une décharge électrique ...	Faire décrire les sensations, ratifier...
Ça ne va pas être long	Ça va être rapide
Vous n'avez pas le droit de manger	Pour votre sécurité, il faut être à jeun.
Ça peut bruler à la perfusion	Il peut y avoir une main plus chaude ou plus fraîche que l'autre
C'est comment la douleur au ventre ?	Comment vous sentez-vous ? Ça se passe comment dans le ventre ?
Ne respirez pas, Bloquez l'air	Prenez une grande inspiration, et gardez l'air à l'intérieur
Ne mettez pas les mains derrière	Gardez vos mains devant
C'est un faux-travail	Ce n'est pas encore le moment pour votre bébé. C'est la phase des changements imperceptibles
Vous ne poussez pas bien / Vous poussez mal	<i>Faire une pause, un seul interlocuteur, se poser et réexpliquer</i>

(Gouchet, 2020)

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE : 2025

TITRE :

La Communication, comme matrice identitaire et enjeu éthique contemporain en salle de naissance

- Étude qualitative, prospective et multicentrique menée auprès des sages-femmes –

AUTEUR :

Sous la Direction de :

MOTS CLES :

Communication, Sage-Femme, Salle de naissance, Identité Professionnelle

RÉSUMÉ :

En salle de naissance, chaque mot compte, chaque silence résonne. Dans cet espace où la vie se révèle, les sages-femmes tiennent une place singulière : à la croisée de l'intime et du médical, elles accompagnent les femmes dans l'une des traversées les plus intenses de leur existence. Ce mémoire explore la manière dont les sages-femmes communiquent avec les femmes qu'elles accompagnent, dans ce moment suspendu.

Ce travail s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre la communication à l'œuvre en salle d'accouchement, en interrogeant la parole des sages-femmes elles-mêmes. Par le biais d'entretiens semi-directifs, ce travail donne voix à celles qui, chaque jour, parlent pour rassurer, guider, apaiser, parfois aussi pour contenir ou pour reconforter dans l'urgence. Les témoignages recueillis révèlent une palette d'outils riches et variés : écoute active, regard soutenant, trait d'humour, langage positif, geste complice ou encore hypnose. Les sages-femmes expriment à la fois leur attachement à une communication authentique et leur besoin de formation pour affiner cet art subtil du lien, parfois appris sur le terrain, parfois instinctif, souvent affiné avec le temps et en constante évolution.

Les résultats montrent que cette communication est bien plus qu'un simple échange : elle façonne l'identité professionnelle, tisse la confiance et influence profondément l'expérience des femmes. Elle oscille entre structure et spontanéité, entre urgence et douceur.

Ce mémoire invite à reconnaître cette compétence invisible, la spécificité de cette parole en salle de naissance – faite de présence, de mots choisis, de silences partagés. Il engage à repenser la place accordée à la formation en communication. Il ouvre enfin des perspectives vers d'autres contextes de soins, d'autres dynamiques relationnelles, d'autres voix à écouter.