

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 23 juin 2022

Par

Amélie BERDIE

Né(e) le 22/05/97

La relation sage-femme/femme :

Les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes lors du discours directement adressé en salle de naissance

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme De Gunzbourg Hélène

Sage-femme, docteure en philosophie

JURY :

Mr GANTOIS Adrien

Sage-femme libéral

Mme GAILLARD Julie

Sage-femme enseignante Baudelocque

Mme MALMANCHE Hélène

Sage-femme et anthropologue

2022PA05MA05

Remerciements

Tout d'abord, je tenais à remercier ma directrice de mémoire, Hélène De Gunzbourg. Merci pour votre accompagnement, vos corrections et votre disponibilité tout au long de cette étude. Je suis heureuse d'avoir pu travailler avec vous. Je remercie également ma personne dite « ressource », Maï Le Dû, qui a été présente avec Madame De Gunzbourg pour l'élaboration de ce mémoire. Merci pour votre expertise et vos conseils. Je vous remercie toutes les deux pour votre coopération et votre soutien. Votre aide m'a été très précieuse.

Je tiens à remercier ma référente pédagogique, Christèle Vérot. Merci de m'avoir soutenue pendant ces quatre années d'études pendant lesquelles vous avez toujours été très disponible et de bon conseil. Je vous remercie tout particulièrement pour votre empathie. Vous avez toujours su trouver les mots justes quand j'en avais besoin.

Je remercie les sages-femmes, les femmes et les accompagnants ayant accepté de participer à mon étude. Merci aussi aux équipes de m'avoir accueillie au sein de leur service. Sans vous, mon étude n'aurait jamais été possible.

Je remercie ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de ces études. Je tiens à remercier ma mère, qui malgré les difficultés, a toujours été présente pour moi. Merci pour ton amour inconditionnel et tes mots rassurants. Je remercie aussi mes camarades de promotion sans qui ces études n'auraient pas été les mêmes. Merci tout particulièrement à Tabatha pour son amitié sans faille.

Enfin, je tenais à adresser quelques mots pour mon grand-père et Michel. Je sais que vous devez être fiers des études que j'ai entreprises. Merci pour l'amour que vous avez pu m'apporter. Vous n'avez jamais cessé de croire en moi. Je ne vous oublie pas.

Résumé

Contexte : La relation sage-femme/femme est inhérente à la profession de sage-femme. D'après Charlotte Danino, linguiste, (1) les sciences du langage pourraient apporter de nouveaux éléments de compréhension de cette relation. Pour cela, nous nous intéresserons aux termes d'adresses utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes en salle de naissance lors du discours directement adressé.

Méthode : Cette étude est qualitative, multicentrique. Elle est composée d'une enquête observationnelle de terrain et d'entretiens semi-directifs à distance des observations. Nous avons observé 12 sages-femmes et nous nous sommes entretenues avec 11 d'entre elles.

Objectifs : l'objectif principal de cette étude est de déterminer les modalités de la relation sage-femme/femme révélées par le choix de termes d'adresses par les sages-femmes pour nommer les femmes. Nos deux objectifs secondaires sont d'identifier les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes incluses dans l'étude pour nommer les femmes en salle de naissance ; et d'identifier les déterminants du choix de ces termes.

Résultats : La relation sage-femme/femme est une relation entre deux êtres humains où l'éducation et l'histoire personnelle des sages-femmes ainsi que le vécu de leurs propres maternités jouent sur leurs positionnements de professionnelles. Les sages-femmes décrivent cette relation comme étant singulière : il s'agit d'une relation de confiance et de solidarité où la sage-femme cherche à créer du lien et à guider la femme vers une parentalité. Enfin, la relation sage-femme/femme est une relation asymétrique que les sages-femmes vont tenter de rendre plus symétrique notamment par leurs choix de termes d'adresse.

Conclusion : Ce travail, par une étude des termes d'adresse utilisés par les sages-femmes, a permis de faire émerger des modalités sur la relation sage-femme/femme. Une meilleure compréhension de celle-ci permettrait de mieux comprendre les femmes et d'améliorer leurs prises en charge.

Mots-clés : termes d'adresse, relation sage-femme/femme, sage-femme, femme, langage, linguistique, sociolinguistique

Abstract

Context: the relationship between a midwife and a woman is inherent in the midwifery profession. According to Charlotte Danino, a linguist, (1) language sciences could bring a new kind of knowledge to better understand this relationship. In order to do so, we will focus on the terms spoken by the midwives to call women in delivery room when the speech is directly addressed to women.

Method: This study is a qualitative and multicentric study. It is composed of an observational investigation and of semi-directives interviews. We observed 12 midwives and interviewed 11 of them.

Objectives: the main objective of this study is to determine the relationship modalities between a midwife and a woman that can be revealed by the choice of address terms spoken by the midwives to call women. Our two secondary objectives are to identify the terms spoken by the midwives observed and interviewed to call women in delivery room; and to identify the factors that can influence the choice of these address terms.

Results: The midwife/woman relationship is a relation between two human beings where the midwife's education, personal story and own experience of labouring influence her professional vision. The midwives describe this relationship as singular: it is a relationship based on trust, solidarity where the midwife tends to look for a connexion with the woman and to guide her towards her parentality. Finally, the midwife/woman relationship is asymmetric, and the midwives seem to try to make it more symmetric by the choice of address terms.

Conclusion : This project, by studying address terms spoken by the midwives, enlightened modalities about midwifery/woman relationship. A better understanding of this relationship could lead to a better understanding of women in labour and thus, improve their care.

Keywords : address terms, midwife/woman relationship, midwife, woman, language, linguistics, sociolinguistics.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Abstract	6
Liste des tableaux.....	9
Liste des annexes	10
Première partie Introduction et Contexte	11
Quelques éléments de linguistique	11
<i>Langue, langage ou parole ?</i>	<i>11</i>
<i>Langage et représentations.....</i>	<i>12</i>
<i>L'interaction</i>	<i>13</i>
Le langage dans la relation de soin	14
<i>Le langage : un élément central dans une relation de soin</i>	<i>14</i>
<i>Quelle place a le langage en obstétrique ?.....</i>	<i>14</i>
<i>Comment nommer les termes utilisés par les sages-femmes ?</i>	<i>15</i>
<i>Comment nommer le soigné ?</i>	<i>16</i>
<i>Qu'en est-il en obstétrique ?.....</i>	<i>16</i>
De la relation soignant/soigné à la relation sage-femme/femme.....	17
<i>Du paternalisme à la démocratie sanitaire</i>	<i>17</i>
<i>Une relation asymétrique</i>	<i>18</i>
<i>Être sage-femme : un héritage de savoirs féminins entre le cure et care.....</i>	<i>18</i>
Deuxième partie Matériel et méthodes	21
PRESENTATION DE LA RECHERCHE	21
<i>Problématique</i>	<i>21</i>
<i>Objectifs</i>	<i>21</i>
<i>Hypothèses.....</i>	<i>21</i>
METHODOLOGIE	22
<i>L'étude</i>	<i>22</i>
Caractéristiques de l'étude.....	22
Déroulement de l'étude et recueil de données.....	22
Aspects réglementaires.....	28
<i>Analyse</i>	<i>30</i>
Population	30
Méthode d'analyse	31
Troisième partie Résultats et discussion	32

Résultats principaux.....	32
<i>La relation sage-femme/femme est avant tout une relation entre deux êtres humains</i>	32
Une différence d'usage linguistique en termes de fréquence, de déterminants et d'interprétation des termes d'adresse.	32
Des termes d'adresse liés à l'histoire personnelle de la sage-femme	36
Une juste-distance protectrice.....	37
La maternité en connivence	39
<i>La relation sage-femme/femme : une relation de soin singulière</i>	42
Une relation de confiance	42
A la recherche du lien	44
Couple sage-femme/femme : une véritable équipe	46
Une relation entre souhait d'égalité et preuve d'adaptabilité	48
Une relation soumise aux contraintes institutionnelles.....	49
La sage-femme comme guide vers la parentalité	51
<i>Une relation asymétrique en quête de symétrie</i>	53
Réponse à nos hypothèses.....	58
<i>Hypothèse n°1</i>	58
<i>Hypothèse n°2</i>	58
<i>Hypothèse n°3</i>	59
Forces et limites de l'étude	60
<i>Forces</i>	60
Un sujet peu exploré	60
Une méthodologie complémentaire	60
<i>Limites</i>	60
Le biais de l'observateur	60
Le biais d'autosélection	61
Les biais lors de l'entretien.....	61
Réflexions et ouvertures.....	63
Conclusion	65
Bibliographie	68
ANNEXES	76

Liste des tableaux

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion	22
Tableau 2 Calendrier des observations	26
Tableau 3 Calendrier des entretiens	27
Tableau 4 Caractéristiques des participants	30

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien SF G	77
Annexe 2 : Entretien avec SF G	81
Annexe 3 : Photolangage	97
Annexe 4 : Tableau présenté lors des entretiens	98
Annexe 5 : Charte d'engagement mutuel.....	99
Annexe 6 : Accord du comité d'éthique	100
Annexe 7 : Note d'information distribuée aux femmes et accompagnants dans le cadre du CEROG	101
Annexe 8 : Information et consentement de participation à l'étude - Femmes.....	106
Annexe 9 : Information et consentement de participation à l'étude - Accompagnants.....	107
Annexe 10 : Information et consentement de participation à l'étude - Sages-femmes	108
Annexe 11 : Information et consentement de participation à l'étude - Autres soignants	109
Annexe 12 : Tableau récapitulatif des déterminants pour chaque terme	110
Annexe 13 : Tableau des déterminants évoqués pour chaque terme et chaque sage-femme.....	111
Annexe 14 : Tableau des déterminants évoqués pour chaque terme et chaque sage-femme.....	113

Première partie

Introduction et Contexte

La relation sage-femme/femme est au cœur du métier de sage-femme. Une étude publiée dans la revue Santé Publique montre que la relation entre un soignant et un soigné est un facteur prédominant du devenir de celui-ci tant par l'observance des traitements que dans sa satisfaction. Cette relation s'établit par le moyen de la communication, et donc, par le langage. (2) Mais qu'en est-il pour la relation sage-femme/femme ?

Dans son article « Au commencement était le verbe » (1), Charlotte DANINO, linguiste, cherche à montrer l'intérêt d'une collaboration entre chercheurs en linguistique et professionnels de la périnatalité. En effet, de par ses multiples branches (psycholinguistique, sociolinguistique, analyse du discours, linguistique formelle), les sciences du langage peuvent apporter de nouveaux éléments à la pratique des sages-femmes et notamment à la relation sage-femme/femme. Pour cela, elle propose notamment d'étudier les récits d'accouchements, d'étudier les discours entre collègues, ou encore de comprendre les rapports de pouvoirs pouvant s'exercer entre un soignant et une parturiente. *In fine*, cette collaboration aurait comme but d'aider les professionnels de la périnatalité à prendre du recul sur leurs propres pratiques.

En nous inscrivant dans ce même raisonnement, nous nous intéresserons au langage des sages-femmes afin de mieux comprendre la relation sage-femme/femme. Plus précisément, nous étudierons les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes en salle de naissance lors du discours directement adressé afin de mieux comprendre leur relation.

Quelques éléments de linguistique

Langue, langage ou parole ?

Pour bien comprendre le sujet de ce mémoire, quelques définitions s'imposent. Dans notre étude, nous parlerons essentiellement de parole et de langage. Ces deux concepts ne sont pas à confondre entre eux et avec la notion de langue.

La **langue** a été définie comme un « système de signes vocaux et/ou graphiques, conventionnels, utilisé par un groupe d'individus pour l'expression du mental et la communication » (3). Cette définition rejoint la notion de structuralisme linguistique, dont l'un des pionniers est le linguiste Ferdinand de Saussure (4). Dans son ouvrage « Cours de linguistique générale » (5), il définit la langue comme un système ou ensemble de savoirs partagés par une même communauté linguistique. C'est un système collectif, partagés par des locuteurs d'une même langue. Seuls la société et les générations mènent à son évolution. En revanche, la **parole** est un phénomène bien plus individuel. Le locuteur est actif : c'est lui qui décide de faire varier sa parole selon le contexte dans lequel il se trouve. Nous comprenons alors que la langue est un système présenté comme stable, tandis que la parole est un phénomène variable. Le **langage**, quant à lui, est à la fois collectif et individuel : il s'agit donc de la parole et de la langue réunies. (5)

Même si Saussure a défini la langue comme un fait social, elle reste pour lui un système homogène et stable, régit par des signes linguistiques. L'élève de Saussure, le linguiste Antoine Meillet, va critiquer cette vision là en disant que le langage est une institution sociale. Ainsi, le langage varie en fonction des groupes sociaux auxquels appartient l'individu. (6) (7)

Le langage est alors considéré comme un moyen d'organisation sociale et constitue une partie de notre identité sociale en tant que locuteur. (8) (9) La sociolinguistique, apparue dans les années 60 aux Etats-Unis puis en Europe dans les années 70, étudiera alors le lien entre langage et société et notamment comment le contexte social peut amener à des variations linguistiques. (8) (10).

Pour ce mémoire, nous travaillerons sur les termes utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes. Nous étudierons le terme et ses variations, au sein même d'un contexte social. Nous parlerons alors essentiellement de langage et de parole.

Langage et représentations

Si le langage utilisé permet de nous identifier à une communauté, nous comprenons alors qu'il agisse notamment sur nos représentations mentales.

Aristote a réfléchi sur le lien entre langage et pensée. Il pense que le langage (logos) sert à la pensée et lui permet d'exister. Le langage traduit ainsi la pensée du locuteur (11). Deux millénaires plus tard, les linguistes ont questionné à nouveau ce lien en se demandant si le langage influençait nos représentations ou si nos représentations influençaient le langage. Par exemple, l'hypothèse

Sapir-Whorf ¹ soutenait que le langage déterminait la vision du monde et la pensée (12) (13). A l'inverse, d'autres chercheurs comme le linguiste américain Paul Kay et l'anthropologue américain Brent Berlin ont plutôt postulé que la vision du monde déterminait le langage (13)(14)(15). Dans ce dernier postulat, le langage est alors théorisé comme représentation du monde (14) et de la pensée (15). Il implique ainsi que les termes employés par un locuteur reflètent ses propres idées et nous font nous demander ce que le langage des sages-femmes peut nous révéler sur leurs propres représentations de la femme et de leur relation à celle-ci.

Dans le système de la langue, Saussure décrit le signe linguistique comme une entité biface composée du signifié et du signifiant. Le signifié correspond au concept, à l'idée portée par un signe, tandis que le signifiant représente la forme acoustique du signe. (5)

Ces principes ont été repris en psychanalyse par Lacan qui a décrit que l'inconscient était structuré comme un langage, c'est-à-dire, par une chaîne de signifiants (16). Freud, un autre psychanalyste, a analysé la notion de lapsus révélateur. Il le décrit comme un trouble langagier. Le sujet énonce un mot trouvant son sens dans l'inconscient. Le terme serait alors un moyen d'accéder à celui-ci. (17) Ainsi, même si Freud n'a pas utilisé les termes saussuriens de signifiants et de signifiés, nous pouvons penser que les signifiants prononcés par les sages-femmes peuvent révéler leurs propres représentations mentales/signifiés, plus ou moins conscientes, à propos de la femme à laquelle elle s'adresse. *In fine*, une analyse de ces termes nous permettraient de découvrir de nouveaux éléments sur la relation sage-femme/femme.

L'interaction

Outre nos propres représentations, le langage agit également sur autrui. Il va moduler la relation que nous pouvons construire avec un autre locuteur. (18) (9)

« le tu exerce un contrôle permanent sur la parole du je, la parole est à moitié à celui qui parle, moitié à celui qui l'écoute », Montaigne (18)

Dans cette citation, Montaigne décrit ici le principe de l'interaction. Catherine Kerbrat-Orrechioni, une linguiste française du XXème et XXIème siècle a travaillé, entre autres, sur ce concept. Elle explique qu'en interaction, les locuteurs vont modifier, ajuster leurs façons de parler et

¹ Edward Sapir et Benjamin-Lee Whorf sont deux linguistes et anthropologues américains du vingtième siècle
BERDIE Amélie

comportements non verbaux en fonction des signaux captés chez autrui. Autrement dit, le discours est co-construit. (18)

« La régulation des états affectifs, que les interactants réajustent en permanence de manière à se trouver, autant que faire se peut, au même « diapason émotionnel », Kerbrat-Orecchioni (18)

En interaction, nous pouvons penser que les sages-femmes adaptent en permanence leur langage en fonction d'éléments (ou déterminants) reconnus chez la femme. Par le langage, la sage-femme peut ainsi moduler sa relation avec la femme.

Le langage dans la relation de soin

Le langage : un élément central dans une relation de soin

Le langage agissant sur le comportement d'autrui, nous pouvons aisément comprendre qu'il a toute son importance dans le milieu du soin et notamment auprès de la femme en travail.

En effet, « *Le langage est au cœur de la relation de soins* » (19). C'est ainsi que Véronique REY et Christina ROMAIN, toutes deux ethnolinguistes, placent le langage dans la relation soignant/soigné. Qu'il soit verbal ou non verbal, le langage est primordial afin de créer une relation de confiance. Il impactera la qualité des soins, mais également l'adhésion à ces derniers. (20)

Quelle place a le langage en obstétrique ?

Comme dans la relation soignant/soigné, le langage est aussi central dans la relation sage-femme/femme. Les termes utilisés pendant le travail et l'accouchement impactent grandement la vision des femmes sur leurs propres accouchements, ainsi que sur le déroulé du travail dans sa durée et sur l'intervention médicale. (1)

Ainsi, les femmes semblent être dans une écoute attentive des mots utilisés par les sages-femmes et autres soignants. L'importance du choix des mots n'est pas à négliger (21), d'autant plus que les femmes n'auront pas forcément la même interprétation du discours entendu que le soignant parlant. (1) Le langage prend donc une place essentielle au sein de la relation sage-femme/femme.

Comment nommer les termes utilisés par les sages-femmes ?

Comme nous avons déjà pu l'introduire, nous étudierons les termes utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes. Nous avons alors recherché dans la littérature le concept le plus adéquat pour désigner notre objet d'étude.

Commençons par la nomination. D'après Françoise ARMENGAUD, philosophe, nommer sert d'abord à appeler, attirer l'attention en quête d'une interaction. Mais c'est aussi un moyen d'identifier une personne et de la considérer en tant qu'être individuel. Les variations de formes de ce nom attribué à autrui témoignent également du regard que l'on porte sur l'autre ainsi que l'émotion qu'il peut nous faire ressentir. Ici, l'auteure intègre dans sa définition, essentiellement des noms propres (22).

Nous nous sommes ensuite intéressées aux concepts de dénomination et désignation. Or, ils concernent des termes associés aux objets et non pas aux êtres humains. (23) (24)

Catherine Kerbrat-Orecchioni, linguiste, (25) étudie le concept de formes nominales d'adresse. Il englobe les groupes nominaux utilisés pour nommer un autre locuteur. Elle précise qu'il s'agit des noms propres (prénom, nom de famille...) ; des « monsieur », « madame » et « mademoiselle » ; des titres comme « mon capitaine » par exemple ; des noms de profession comme « docteur » ; des termes servant à reconnaître une relation comme « chère amie », « maman » ; des termes associés à une caractéristique personnelle, comme « le pull bleu » par exemple ; et enfin des termes affectifs comme « ma belle ». L'auteure souligne le peu d'études sur le sujet. Même si elle ne l'inclut pas dans son étude, elle signale que d'autres auteurs ont inclus aux formes nominales d'adresse, les pronoms personnels. Elle choisira de les appeler plutôt pronoms d'adresse. Elle définit également les différentes fonctions des formes nominales d'adresse.

- Elles organisent les interactions : changer de locuteur/gérer les tours de parole, attirer l'attention d'un locuteur.
- Elles renforcent les actes de langage : appuyer les dires, agir par politesse, par respect.
- Elles ont une fonction relationnelle (qui s'associe toujours à l'une des deux autres fonctions) : permettent d'établir une relation égalitaire entre les deux locuteurs ou bien hiérarchique.

Les formes nominales et pronoms d'adresse sont les concepts se rapprochant le plus de notre objet d'étude. Pour ce travail, nous parlerons alors de « **termes d'adresse** » qui désigneront les formes nominales d'adresse décrites par Catherine Kerbrat-Orrechioni et les pronoms d'adresse.

Comment nommer le soigné ?

Nous retrouvons un assez grand nombre d'études sur la façon de nommer le soigné en dehors de l'obstétrique et ce, notamment en service de psychiatrie et de gériatrie. Le tutoiement et les « *surnoms inadaptés* » y sont décrits comme infantilissants. Les études écrivent que privilégier « Madame » ou « Monsieur » est un moyen de conserver la dignité du soigné, ce qui n'est pas le cas avec les surnoms qui sont qualifiés de violences faites au patient. (26) (27) (28)

Le tutoiement a été plus souvent et plus largement étudié que les surnoms. Dans les résultats de ces études, le tutoiement peut, à la fois, avoir une connotation positive ou bien négative. Le tutoiement peut être utilisé pour créer une certaine intimité/proximité, pour mettre sur un pied d'égalité lorsqu'il est mutuel ou encore, pour créer une relation privilégiée. Mais il peut aussi être interprété comme positionnement paternaliste et infantilissant, où le soignant prend le pouvoir sur le soigné. C'est le cas notamment si le tutoiement est unilatéral. Ce phénomène est particulièrement décrit dans le cas de personnes vulnérables comme des personnes âgées, atteintes mentalement ou physiquement. Or, les études montrent que les soignés demandent parfois à être tutoyés pour être rassurés ou lorsqu'ils sont en quête d'une relation plus affectueuse. (28) (29)

En revanche, nous n'avons pas trouvé d'études menées sur les autres formes nominales d'adresse dans le milieu du soin. Plus largement, le langage dans la relation de soin est bien plus étudié. Nous retrouvons notamment plusieurs études concernant le non verbal, le langage auprès de patients âgés ou parlant une langue étrangère, ou encore, avec les enfants mais il ne s'agit pas de notre objet d'étude. (20) (30) (31)

Une enquête, publiée dans la revue *Langage et Société*, se rapproche de la nôtre. Elle va s'intéresser à l'analyse du discours de soin pour apporter de nouveaux éléments sur la relation soignant/soigné. (31) C'est dans cette démarche que nous inscrivons notre travail : nous allons étudier plus spécifiquement les termes utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes pour mieux comprendre la relation sage-femme/femme.

Qu'en est-il en obstétrique ?

Bien qu'il existe des études sur les formes nominales d'adresse et pronoms d'adresse dans le milieu du soin, elles se font plus rares dans le milieu de l'obstétrique. Les termes utilisés par les

sages-femmes ou autres professionnels de la périnatalité sont parfois abordés mais au sein d'une problématique plus large, comme, par exemple, les violences gynécologiques et obstétricales. Ils sont alors qualifiés comme « d'infantilisants ». (32)

Johanna Segu, dans son mémoire de sage-femme, s'intéresse au tutoiement. Ses résultats montrent que les sages-femmes interrogées utilisent le tutoiement dans le but d'élaborer une relation de proximité, tandis que celles ne l'utilisant pas cherchent à garder une « juste » distance (33)

De plus en plus d'analyses de discours dans le milieu de la périnatalité émergent. Ces travaux portent sur les phénomènes d'annonce (34), de l'organisation interactionnelle entre l'échographiste et la femme/couple (35), le non verbal au sein de la relation sage-femme/femme (36) (37), l'information aux patientes en salle de naissance (38), l'interruption volontaire de grossesse (39) ou bien encore le discours des soignants sur le tabou de la défécation pendant l'accouchement (1). L'association des travaux de linguistiques à ceux de l'obstétrique et gynécologie se multiplie et les sciences du langage peuvent ainsi apporter de nouveaux éléments de compréhension de la relation sage-femme/femme.

De la relation soignant/soigné à la relation sage-femme/femme

Du paternalisme à la démocratie sanitaire

Avant les années 2000, la relation de soin entre un soignant et un soigné était régie sur un modèle dit « paternaliste ». Le soignant, de par ses connaissances et sa mission de soin, avait un certain ascendant sur le soigné. Le soigné, lui, dépourvu à priori de savoir médical, n'était pas consulté dans les décisions. Considéré comme étant trop vulnérable et incapable de faire ses choix pour lui-même, le soigné se retrouvait dans une position complètement passive. (31) (40)

« Le paternalisme consiste dans « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte », Gérard Dworkin, philosophe américain (40)

Or, comme l'écrit Alexandre Jaunait, chercheur en sciences politiques, le consentement est à la base même de la liberté. Pensé ainsi, avoir le choix est constitutif d'un être humain ; et de ce fait, défaire un individu de son consentement le réduirait à l'état d'objet. (40)

Le consentement n'apparaît dans le code de déontologie des médecins qu'en 1995. Ce changement est concomitant à l'apparition d'une démocratie dite sanitaire. Le modèle relationnel entre un soignant et un soigné est remis en question. Il est à présent question de redonner du pouvoir aux soignés dans le respect de son individualité. Le choix remis aux mains du soigné, il devient ainsi actif de sa propre prise en charge. (31)

7 ans plus tard, en 2004, la loi Kouchner est votée et représente un véritable changement de la vision de la relation soignant/soigné. Elle apparaît suite aux concertations avec les associations de patients atteints, notamment, du VIH. Elle ajoute des droits aux patients comme : le droit à l'information, le consentement éclairé, l'accès direct au dossier médical et le droit à une indemnisation en cas d'accidents médicaux. Tous ces nouveaux droits ont pour volonté de remettre le patient au centre de sa prise en charge. (41)

Une relation asymétrique

Au sein du modèle paternaliste, la relation soignant/soigné était donc asymétrique. Or, même avec le changement de la vision du soigné, la relation garde cette asymétrie notamment du fait de la fragilité du soigné. (40)

Or, même si accoucher est un processus physiologique, la parturiente se trouve dans une situation de vulnérabilité similaire à celle du soigné. (21) (1)

Il y a un souhait des sages-femmes à tendre vers cette égalité relationnelle mais la relation sage-femme/femme (et soignant/soigné) reste décrite comme inévitablement asymétrique. La sage-femme possède le savoir et a une expérience professionnelle, tandis que la femme, dispose de ses propres connaissances certes, mais reste celle qui est « *impliquée dans son intimité et sa santé* » (21) (1).

Être sage-femme : un héritage de savoirs féminins entre le cure et care.

Dans la langue française, le soin est un concept décrit par un seul mot, tandis que dans la langue anglaise, le soin comporte deux composantes : le *care* et le *cure*. (42) Or, la profession de sage-femme s'inscrit à la fois dans le *cure* et le *care*. Le *cure* correspond à l'acte de soin, à l'éradication de la maladie, tandis que le *care* correspond à un aspect plus relationnel qu'entretiennent un soignant et un soigné ou bien une femme et une sage-femme. (43) Le mot *care* est apparu avec les travaux de la philosophe féministe américaine Carol Gilligan. L'éthique du *care* questionne les rapports sociaux entre les genres et fait débat au sein des groupes féministes. Le *care* décrit comme principe exercé

principalement par des femmes (comme les sages-femmes par exemple), il a été critiqué par d'autres groupes de féministes trouvant que ce concept crée une image négative de la femme. (44) (45)

« *Le care [...] accusé de véhiculer une image « nunuche » ou « mémère » de la féminité* », Laugier Sandra, philosophe (44)

Même si les sages-femmes tendent à faire reconnaître leurs compétences médicales de plus en plus, le *care* est décrit comme faisant partie de l'identité même de la sage-femme. Le relation sage-femme/femme est ainsi au cœur de la profession. (46)

Le métier de sage-femme est décrit dans la littérature sociologique comme un métier de femmes pour les femmes avec une expertise du genre. (46) (42) (47). En effet, même si la profession est mixte depuis 1982, les femmes restent majoritaires : en 2021 seulement 4,5% des sages-femmes sont des hommes. (48). De plus, il s'agit véritablement d'une transmission féminine de savoirs. Comme l'écrit la sage-femme Doris Nadel dans son article « *Transmettre et accueillir la vie* » (49), la sage-femme est reliée au symbole de la transmission maternelle et féminine : l'obstétrique est un savoir ancestral transmis de femmes en femmes, de génération en génération et les sages-femmes en sont les passeuses. Il y a dans l'identité même de la sage-femme, une sororité, un pacte de solidarité avec la femme qu'elle accompagne. (49)

La sage-femme, de par sa relation avec la femme, va avoir un rôle d'accompagnante à la parentalité, à la renaissance de la femme en tant que mère. Elle possède aussi un rôle d'accompagnante dans la douleur (42) (21) et de conservation de la dignité de la femme. Pour cela, la sage-femme partage avec la femme une relation de confiance, de respect et d'écoute. Elle se doit de faire preuve d'empathie, de tolérance, d'encouragements positifs. Pourtant le processus de la naissance peut placer la femme dans une position de vulnérabilité. La sage-femme aura alors également un rôle de protection des femmes. (49)

« *De tout temps et par maintes cultures, la sage-femme a ce rôle spécifique d'être « gardienne » de la vie, protectrice de la féminité.* », Doris Nadel, sage-femme (49)

La médicalisation de la naissance a confronté les femmes, pourtant non malades, à la relation paternaliste de la relation soignant/soigné. Les femmes se sont vu être dépossédées de leurs propres compétences et la relation sage-femme/femme s'est altérée (50) (47). Dans ce contexte, le milieu de l'obstétrique a fait marche arrière pour passer d'un modèle technocratique où le corps de la femme était objectifié à un modèle holistique où la femme est considérée dans son entièreté. (51) (47) Dans le même sens que la démocratie sanitaire évoquée plus haut, les sages-femmes vont tenter de

redonner aux femmes le choix de décider de leur prise en charge, ce qui fait écho à la notion *d'empowerment*.

L'empowerment est un terme anglo-saxon désignant un processus de redistribution du pouvoir. Arrivé en France dans les années 2000, plusieurs traductions ont pu être proposées mais aucune n'ont été adoptées : « *autonomisation* », « *pouvoir d'agir* », « *empouvoirement* », « *capacitation* » (52)

Dans ce contexte de médicalisation, les sages-femmes ont un rôle de réaffirmation du pouvoir de la femme et donc *d'empowerment*.

« *Permettre aux femmes de garder la conscience et la confiance en leurs compétences à donner et à accueillir la vie.* », Bacquet MH et Biewener C, sociologues (52)

Nous comprenons alors la diversité des enjeux de la relation sage-femme/femme. Pour ce travail, nous tenterons, par le biais d'une analyse linguistique, d'apporter de nouveaux éléments pour mieux comprendre cette relation.

Deuxième partie

Matériel et méthodes

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Problématique

Comme nous avons pu l'évoquer lors de la première partie, les théories linguistiques supposent qu'il existe une influence du langage sur nos pensées et de nos pensées sur le langage. A partir de ce dernier postulat, nous pouvons nous demander si les termes d'adresses (regroupant les formes nominales et pronoms d'adresse) utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes pourraient nous renseigner sur la relation qu'elles entretiennent avec les femmes. Ainsi, nous avons défini notre problématique comme ceci :

« Lors du discours directement adressé à la femme, que nous révèlent les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes en salle de naissance sur la relation sage-femme/femme ? »

Objectifs

L'objectif principal de ce travail est de déterminer les modalités de la relation sage-femme/femme révélées par le choix de termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes.

Pour cela, nous avons déterminé deux objectifs secondaires :

- Identifier les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes travaillant dans deux maternités parisiennes pour nommer les femmes en salle de naissance
- Identifier les déterminants du choix de ces termes d'adresse

Hypothèses

Avant de commencer notre étude, nous avons défini trois hypothèses

- Le choix des termes d'adresse employés peut révéler des modalités à propos de celle-ci : un rapport de domination, une relation maternante ou bien encore une relation de solidarité.

- Le choix des termes d'adresse est influencé par plusieurs facteurs : la différence d'âge sage-femme/femme, la différence de parité (ou nombre d'enfant) sage-femme/femme, le milieu socio-économique des deux protagonistes, l'histoire personnelle de la sage-femme, ainsi que le déroulé du travail.
- L'utilisation des termes affectueux et/ou du tutoiement est une stratégie plus ou moins consciente pour la sage-femme pour créer rapidement une relation de confiance avec la femme en salle de naissance.

METHODOLOGIE

L'étude

Caractéristiques de l'étude

Pour répondre au mieux à notre problématique, nous avons choisi de faire une étude qualitative multicentrique. Nous avons mené notre étude dans deux maternités parisiennes différentes : une maternité de type II et une maternité de type III

Nous avons défini notre population comme étant les sages-femmes salariées dans les maternités sélectionnées et effectuant des roulements en salle de naissance. En regard de cette population, nous avons choisi des critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
✓ Les sages-femmes salariées dans les maternités sélectionnées effectuant des roulements en salle de naissance	✓ Les sages-femmes ne travaillant pas dans les maternités sélectionnées ✓ Les sages-femmes ne travaillant pas en salle de naissance

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Déroulement de l'étude et recueil de données

Présentation des étapes de l'étude

Pour répondre à notre problématique, nous avons décidé de faire une étude en deux étapes. La première étape consistait en une enquête observationnelle de terrain en salle de naissance tandis

que la deuxième étape consistait en des entretiens semi-directifs avec les sages-femmes observées à distance de l'étape observationnelle.

Nous n'avons retrouvé aucun document dans la littérature scientifique listant les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes en salle de naissance pour nommer les femmes. Il a donc été nécessaire de passer par une première étape de recueil des termes employés par les sages-femmes par des observations de terrain. En effet, nous étions parties du postulat que les sages-femmes n'avaient pas totalement conscience de leurs pratiques langagières. Ainsi, leur demander, sans observer leurs pratiques, leurs façons de nommer les femmes auraient pu présenter un biais de remémoration et de désirabilité sociale. De plus, la partie observationnelle permet également de relever le contexte d'utilisation de ces termes (comme la situation obstétricale, les caractéristiques de la patiente, la quantité de travail en salle de naissance par exemple). En effet, étudier sans contexte lui ferait perdre son sens. (22)

Une fois les observations faites, nous avons pu faire nos entretiens avec les sages-femmes. Ce temps-là, à distance des observations, semblait nécessaire pour revenir avec elles sur nos observations et comparer l'analyse observationnelle avec celle faite par les sages-femmes elles-mêmes. De plus, cette étape était importante pour aborder les situations et termes que nous n'avions pas pu observer. Ainsi, cela permettra de mettre en lumière ce que révèlent les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes sur la relation sage-femme/femme.

Déroulé des observations

Lieux

Au commencement de notre travail, nous avons décidé de faire une étude monocentrique dans une maternité de type II car celle-ci accueillait des femmes avec des profils diversifiés (catégories socio-professionnelles, âge, multiparité et origines différentes). Or, la maternité est revenue sur son accord de participation à l'étude car nous n'avions toujours pas eu de retour du comité d'éthique, nécessaire pour la publication de cette étude. Dès lors, nous avons lancé les démarches auprès d'une autre maternité parisienne, cette fois de type III, proposant également des profils de femmes diversifiés. Nous avons obtenu son accord rapidement. La maternité de type II ayant finalement accepté notre étude, nous avons inclus les deux terrains. Nous avons commencé par effectuer des observations dans la maternité de type II. Mais la population étant au final peu diversifiée et l'activité faible au moment de nos observations, nous avons décidé d'effectuer d'autres observations dans la maternité de type III. Nous avons donc observé les sages-femmes avec plusieurs femmes et profils différents.

Nous appellerons la maternité de type II « Maternité A » et la maternité de type III « Maternité B ». La maternité A a son service d'urgences et de salle de naissance sur le même lieu : les sages-femmes travaillent à la fois dans ces deux services. Dans cette maternité, nous avons fait le choix de suivre les femmes dès leur arrivée aux urgences. La maternité B, quant à elle, sépare ces deux services : nous avons suivi les femmes une fois entrées en salle de naissance.

Démarche et méthode d'observation en salle de naissance

Pour faire nos observations, nous nous sommes rendues en garde en salle de naissance, aux mêmes horaires que les sages-femmes, de jour comme de nuit, afin de rencontrer le plus de situations et de contextes possibles. Nous avons fait en sorte de venir en garde quand les étudiantes sages-femmes n'étaient pas présentes afin de faciliter nos observations.

Recrutement

Le recrutement s'est déroulé en deux temps. Tout d'abord, nous avons présenté l'étude aux professionnels présents (sages-femmes, infirmières, médecins, ASH et auxiliaires de puéricultures). Nous avons annoncé notre travail comme étant une recherche sur la relation sage-femme/femme sans préciser que nous nous intéressions aux termes d'adresse utilisés par les sages-femmes afin de limiter les biais. Cette première phase de recrutement se basait donc sur le principe d'auto-sélection : c'est la sage-femme qui décide ou non de participer à l'étude. Ensuite, nous sommes allées présenter l'enquête aux femmes et/ou couple suivis par la sage-femme et avons demandé leurs consentements. Nous avons exclu :

- Les femmes ne parlant pas ou ne sachant pas lire le français car ces femmes ne peuvent pas signer les autorisations de manière éclairée.
- Les femmes hospitalisées en salle de naissance pour mort fœtale in utero, fausse couche, interruption médicale de grossesse. Nous avons fait le choix de suivre uniquement des naissances vivantes car s'agissant d'une première expérience d'observation de terrain, nous ne savions pas comment nous positionner correctement en tant qu'observateur dans ces situations.
- Les femmes dont les sages-femmes estimaient que notre venue perturberait le bon déroulé du travail.
- Les femmes et/ou accompagnants refusant de participer à l'étude.

Nous avons inclus toutes les autres femmes qui étaient suivies par la sage-femme observée, qu'elles soient aux urgences ou en salle de naissance. Nous ne suivions qu'une seule sage-femme par garde.

Au final, seulement 2 sages-femmes (1 de la maternité A et 1 de la maternité B), une femme (maternité B) et un accompagnant (maternité A) ont refusé de participer à l'étude. 10 femmes ont été exclues (1 femme hospitalisée pour mort fœtale in utero, 7 pour non-compréhension orale ou écrite du français et 2 car la sage-femme estimait que notre présence perturberait le bon déroulé du travail).

Moyens d'observations et données relevées

Nous avons décidé d'effectuer notre enquête de terrain observationnelle à l'aide d'un carnet d'observation sur lequel, nous avons pu noter les termes utilisés de manière contextualisée. Nous avons décidé d'inclure dans notre sujet les formes nominales d'adresse ainsi que les pronoms d'adresse que nous avons pu décrire dans notre première partie (25). Nous avons relevé des éléments verbaux et non-verbaux tels que la posture, le regard, les gestes, les expressions faciales). Afin de faciliter l'analyse, nous avons décidé d'enregistrer vocalement les interactions avec les sages-femmes et les femmes +/- accompagnants et autres intervenants. Nous avons présenté ces enregistrements comme facultatifs. Si la sage-femme et/ou la femme et/ou l'accompagnant refusaient l'enregistrement, nous n'utilisions alors que le carnet d'observation. Au final, 3 sages-femmes et 2 femmes ont refusé l'enregistrement. Les enregistrements étaient également arrêtés en cas d'entrée de personnes n'ayant pas pu donner leur accord préalable (notamment dans les cas d'urgence comme les hémorragies du post partum ou bien les départs en césarienne). Nous relevions également des données du dossier patiente : l'âge, la parité, le pays d'origine, la catégorie socio-professionnelle et contexte social (la profession, années d'études, type d'habitation, type de couverture sociale), pathologies actuelles, situation obstétricale actuelle. Nous relevions aussi les coordonnées des sages-femmes (numéro de téléphone et mail) afin qu'elles puissent être recontactées pour les entretiens.

Calendrier des observations

Nous nous étions fixées comme objectif d'observer environ dix sages-femmes afin de pouvoir recueillir des situations assez diversifiées et aboutir à un début d'effet de saturation au moment de nos entretiens. Au final, nous en avons recruté 12.

Nos observations ont été réalisées du 15/07/2021 au 05/08/2021. Nous avons essayé de multiplier les observations pour améliorer l'aisance des sages-femmes en notre présence et augmenter la diversité des situations rencontrées. Pour cela, nous avons tenté d'observer la même sage-femme avec des femmes différentes, lors de gardes différentes (de jour ou de nuit, avec beaucoup de femmes ou peu de femmes présentes en salle de naissance). Cela n'a pas pu être possible pour chaque sage-femme pour des raisons d'emplois du temps incompatibles (changement de garde, présence d'étudiant sage-femme ou bien absence de femmes suivies pendant la garde pouvant être incluses dans l'étude).

Sages-femmes observées	Lieu	Date	Nombre de femmes suivies
SF A	Maternité A	15/07/2021 de jour	1
SF B	Maternité A	16/07/2021 de nuit	1
SF C	Maternité A	19/07/2021 de jour	2
		20/07/2021 de nuit	2
SF D	Maternité A	22/07/2021 de jour	1
SF E	Maternité A	23/07/2021 de jour	2
SF F	Maternité A	26/07/2021 de jour	1
		30/07/2021 de jour	1
SF G	Maternité B	27/07/2021 de jour	3
SF H	Maternité B	28/07/2021 de nuit	2
SF I	Maternité B	31/07/2021 de nuit	2
<u>SF J</u>	<u>Maternité A</u>	<u>02/08/2021 de jour</u>	<u>0</u>
SF K	Maternité B	03/08/2021 de jour	3
SF L	Maternité B	04/08/2021 de jour	3
SF M	Maternité B	05/08/2021 de nuit	3

Tableau 2 Calendrier des observations

Déroulé des entretiens

Calendrier des entretiens

Nous avons mené nos entretiens du 14/10/2021 au 19/11/2021. Nous avons pu nous entretenir avec 11 des sages-femmes observées. Seule une sage-femme n'a pas répondu pour la deuxième partie de l'étude.

14/10/2021	SF B
24/10/2021	SF C
25/10/2021	SF F
29/10/2021	SF H
04/11/2021	SF G
05/11/2021	SF E
08/11/2021	SF K
10/11/2021	SF M
15/11/2021	SF D
19/11/2021	SF L et SF I

Tableau 3 Calendrier des entretiens

Organisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés à distance des observations via le logiciel Zoom. Toutes les sages-femmes ont donné leur accord pour être enregistrées vocalement au moment de l’entretien. Ces derniers ont duré entre 31 minutes et 1h35 avec une moyenne de 55 minutes.

Elaboration de la grille d’entretien

Les entretiens étaient semi-directifs. Pour cela, nous avons construit une grille d’entretien. Revenant sur l’observation faite avec chaque sage-femme, la grille d’entretien était personnalisée à chaque sage-femme. Nous avons placé en annexe 1, la grille d’entretien avec SF G et en annexe 2 notre entretien avec elle.

Nous avons utilisé une grille d’entretien construite sur le principe d’un entonnoir : nous sommes parties du plus large au plus précis. Nos entretiens étaient organisés en 3 grandes parties :

- Réflexion sur la vision de la relation sage-femme/femme
- Identification des termes d’adresse et de leurs déterminants
- Un retour sur l’observation.

La première partie consiste à questionner les femmes sur leur propre vision de la relation sage-femme/femme sans, pour le moment, aborder la notion de termes d’adresse. Cette étape nous semblait importante afin de mieux comprendre le lien entre leur vision de la relation sage-femme/femme et leurs pratiques langagières. En complément, nous avons utilisé un outil : le photolangage®. Le photolangage® est une marque déposée. Il s’agit d’une méthode utilisée à

l'origine en psychologie. Le principe est d'établir une banque d'images. Le participant choisit une ou deux photos autour d'une question que nous lui posons. Dans notre cas, nous avons demandé aux sages-femmes de choisir la ou les photographies qui correspondait/ent à la relation sage-femme/femme en salle de naissance. Le but de cet outil est de faire émerger des représentations pré-conscientes, (53) c'est pourquoi nous avons trouvé cet outil intéressant pour notre étude. Ainsi, nous avons choisi 30 photographies diversifiées : abstraites/concrètes, positives/négative/neutres. Vous retrouverez le photolangage® en annexe n°3.

La deuxième partie consiste à questionner les sages-femmes sur les termes d'adresse qu'elles utilisent pour nommer les femmes, ainsi que sur les déterminants du choix de ces termes. Dans un second temps, nous avons utilisé, si nécessaire, un tableau. Ce tableau, en annexe n°4, répertorie des caractéristiques des femmes, des situations pour lesquelles nous avons observé, à priori, une différence de terme lors de nos observations. Nous avons inclus les situations que nous n'avions pas pu observer comme les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales ainsi que les accouchements sous X et la barrière de la langue.

Enfin, en troisième partie, nous revenons sur l'observation faite avec les sages-femmes. Pour cela, nous avons procédé à une analyse préalable de chaque observation. Nous avons relu notre carnet d'observation et avons identifié les situations sur lesquelles nous pouvions interroger nos sages-femmes. Une fois les questions créées pour chaque sage-femme, nous leur avons présenté les dossiers médicaux des femmes avant de les questionner sur les situations relevées. Nous avons eu ici, une démarche réflexive, afin de comprendre pourquoi les sages-femmes choisissaient d'utiliser un terme plutôt qu'un autre et comprendre ce que cela pouvait révéler sur la relation sage-femme/femme.

Aspects réglementaires

Démarches préalables

Une fois la direction de notre mémoire signée (Annexe 5), notre étude a été enregistrée au RGPD. Par ailleurs, étant donné qu'il existe une démarche observationnelle associée à des enregistrements audios de patientes, nous avons dû soumettre notre étude au comité d'éthique du CEROG. Son accord a été donné et notre travail a été enregistré sous le numéro « CEROG 2021-OBST-0603 ». (Annexe 6). Une fois ces démarches effectuées, nous avons contacté les chefs de service des maternités, ainsi que les cadres supérieures et les cadres de salle de naissance afin d'obtenir leurs accords.

Sécurisation des données

Avant chaque observation, des fiches d'informations et de consentement étaient présentées et signées par les femmes, les accompagnants et les membres de l'équipe médicale. (Annexe 7, 8, 9 10) Une note d'information du CEROG était également distribuée aux femmes et accompagnants (Annexe 11). Les sages-femmes ont été anonymisées par l'appellation « SF », associée à une lettre de l'alphabet comme par exemple « SF A ». Nous avons créé un fichier de correspondance sécurisé par un mot de passe afin de relier l'appellation anonyme à la réelle identité de la sage-femme. Les coordonnées des sages-femmes ont été répertoriées sur un fichier autre sécurisé, lui aussi, par un mot de passe.

Les données écrites sur le carnet d'observation étaient systématiquement détruites après retranscription sur ordinateur. Les identités des femmes et des accompagnants n'ont jamais été relevées. Les données patientes récupérées dans le dossier médical étaient alors immédiatement anonymisées par un code reliant la femme à la sage-femme observée (FA1 = femme n°1 observée avec SF A). Nous avons appliqué le même procédé avec les accompagnants (AB1 = accompagnant de la femme n°1 de la sage-femme B). Les enregistrements vocaux (observation et/ou entretien) étaient recueillis par un dictaphone indépendant de nos téléphones personnels.

Analyse

Population

SF	Age	Sexe	Lieu	Nombre d'enfant	Date diplôme	Durée de l'entretien
B	35 ans	Femme	A	0	2010	35 minutes
C	27 ans	Femme	A	0	2017	1 heure
D	39 ans	Femme	A	1	2006	49 minutes
E	28 ans	Femme	A	0	2016	46 minutes
F	31 ans	Femme	A	0	2014	1 heure et 10 minutes
G	26 ans	Femme	B	0	2019	1 heure et 35 minutes
H	27 ans	Femme	B	0	2020	1 heure et 5 minutes
I	37 ans	Femme	B	1	2008	39 minutes
K	26 ans	Femme	B	0	2019	1 heure et 2 minutes
L	33 ans	Femme	B	1	2012	1 heure et 17 minutes
M	43 ans	Femme	B	1	2003	1 heure et 7 minutes

Tableau 4 Caractéristiques des participants

Comme évoqué précédemment, notre population concerne les sages-femmes salariées dans les maternités A et B effectuant des roulements en salle de naissance. Après recrutement, notre population est uniquement composée de femmes, âgées entre 26 et 43 ans avec une moyenne de 32 ans.

BERDIE Amélie

Nous avons observé 6 sages-femmes dans la maternité A et 6 sages-femmes dans la maternité B. Nous nous sommes entretenues avec 5 sages-femmes de la maternité A et 6 de la maternité B.

Leurs années d'expériences vont de 1 an à 18 ans d'expérience avec une moyenne d'environ 8 ans d'expérience pour notre population. Par ailleurs, quatre de nos sages-femmes interrogées ont des enfants.

Méthode d'analyse

Pour analyser nos entretiens, nous avons d'abord procédé à une retranscription de ces derniers.

Nous les avons ensuite lu un par un afin d'identifier les idées prédominantes évoquées par les sages-femmes. Par ailleurs, nous avons pu relever quelques champs lexicaux. Cela nous a permis, au fur et à mesure, de constituer des sous-idées et ainsi d'organiser nos différents résultats.

Par la suite, nous avons comparé les réponses des sages-femmes afin de mettre en exergue les ressemblances et différences dans les réponses des sages-femmes. Nous avons appliqué cette méthode tout particulièrement pour les questions concernant les déterminants des termes utilisés par les sages-femmes.

Enfin, nous avons croisé nos résultats identifiés avec nos observations de terrain pour ajouter ces dernières à notre discussion d'une part, mais aussi pour les comparer avec les dires des sages-femmes d'autres parts. Nous les avons aussi croisé avec les réponses des sages-femmes en première partie d'entretien dédiée à la vision de la relation sage-femme/femme.

Troisième partie

Résultats et discussion

Résultats principaux

La relation sage-femme/femme est avant tout une relation entre deux êtres humains

« C'est pas que juste un métier, c'est une identité pour moi, aussi en termes de défense de la cause des femmes, de cette sororité qu'il y a dans le milieu et aussi dans le soin que tu apportes aux femmes. De par l'histoire des sages-femmes aussi, il y a un côté militant », (SF G)

Lorsque nous nous sommes entretenues avec les sages-femmes, certaines ont évoqué l'identité de la sage-femme comme façon d'expliquer leur positionnement par rapport aux femmes. Or, nous avons pu constater que des éléments personnels influencent la relation sage-femme/femme. En outre, ces éléments mettent en lumière la singularité de chaque sage-femme en tant qu'êtres humains.

Une différence d'usage linguistique en termes de fréquence, de déterminants et d'interprétation des termes d'adresse.

Notre travail nous a permis de relever différents termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes : « Madame », « Madame Nom de famille », « Prénom », « Ma belle », « Maman », « tutoiement », « vouvoiement », « on » et « ma pauvre ».

Au cours de nos entretiens, nous avons pu déterminer différents facteurs influençant l'apparition de ces termes, nous permettant d'établir le tableau en annexe 12, qui résume les déterminants pour chaque terme et les tableaux en annexes 13 et 14, établissant la liste des déterminants pour chaque sage-femme.

Les sages-femmes n'utilisent pas forcément les mêmes termes d'adresse à la même fréquence. Certaines utilisent « Madame »/ « Madame Nom de Famille » de manière prédominante (SF F) « *Je les tutoie jamais les patientes, je les appelle Madame et Madame nom de famille* » ; tandis que d'autres ne l'utilisent pas ou très peu (SF G) « *En fait j'ai l'impression de dire Madame au début quand on se connaît*

pas, pour me présenter et après j'arrête de le dire et je les appelle pas... » Effectivement, c'est ce qu'on a pu observer sur le terrain. Par exemple, une sage-femme appelait systématiquement les femmes par « Madame Nom de Famille » de manière répétée pendant le travail ; deux autres sages-femmes utilisaient plutôt « Madame » en systématique, tandis que deux autres n'appelaient pas les femmes, hormis pour se présenter ou recapter l'attention.

Le tutoiement rencontre aussi cette différence d'utilisation. Même, si globalement, les sages-femmes semblent peu l'utiliser (nous ne l'avons, d'ailleurs, jamais observé sur le terrain) et vouvoyer en systématique, on remarque une différence entre les sages-femmes n'utilisant jamais le tutoiement et celles pouvant l'utiliser dans certains cas très particuliers : (SF D) « *Je ne l'utilise jamais hormis quelqu'un que je connais mais la patiente non je la tutoie pas* » contrairement à (SF G) « *je les vouvoie, le tutoiement c'est vraiment que dans des situations sans péri où faut qu'elle me regarde et que faut que je la récupère quoi, si elle perd un peu la tête, c'est assez rare mais ça m'arrive* ».

Par ailleurs, nous retrouvons fréquemment les mêmes déterminants chez les sages-femmes interrogées. Or, les sages-femmes ne les rattachent pas au même terme d'adresse. Pour exemple, une sage-femme utilise le tutoiement dans le cas des accouchements sans analgésie péridurale, de situations d'urgence, et d'état de stress chez la femme. Pour une autre sage-femme, elle utilisera le prénom dans cette même situation.

Nous remarquons une différence dans les effets souhaités par l'utilisation d'un même terme notamment pour ceux cités en annexe 13. Par exemple, pour le terme « Madame », certaines sages-femmes vont l'utiliser au moment des présentations (SF I) « *J'ai l'impression de le faire au début à l'accueil en salle de naissance mais après je le fais plus parce que je pense que la connexion elle est établie et qu'il y a plus besoin à chaque fois de refaire le lien* » ; d'autres pour éviter de se tromper dans le nom de famille (SF C) « *je pense que, souvent, si je suis pressée, je vais juste dire Madame parce que je ne me souviens pas forcément du nom de famille. J'ai peur de confondre avec une autre patiente parce que ça m'est déjà arrivé donc parfois je préfère faire au plus simple* ». Cette sage-femme évoque la charge de travail comme facteur pouvant augmenter ses chances d'erreur dans le nom de la femme. Ainsi, on peut dire que le nombre de patientes à prendre en charge est un déterminant du terme Madame à l'instar de Madame Nom de famille pour (SF C).

Nous retrouvons cette différence pour le terme « Madame Nom de Famille » qui est utilisé par certaines sages-femmes pour personnaliser le discours, montrer une certaine considération, (SF C) « *bah je trouve que c'est plutôt personnalisé pour la patiente, peut-être qu'elle se dit « bah elle sait qui je*

suis », peut être que ça rassure en mode « Ben elle voit qui je suis, elle connaît mon dossier » que t'as vraiment pris le temps de voilà de... c'est une personne, pas juste une patiente parmi d'autres » ; ou pour vérifier l'identité (SF H) « (je l'utilise) pour m'assurer que c'est bien elle, pour moi c'est juste un moyen de vérifier l'identité » ; ou pour recapter l'attention (SF K) « si à un moment donné il faut recapter son attention là je vais dire Madame untel » ; ou pour tout le monde de manière systématique (SF E) « Madame nom de famille c'est tout le temps »

En revanche, nos résultats nous montrent que pour le « prénom » et le « on », les sages-femmes semblent l'utiliser avec une même intention relationnelle pour chacun de ces termes. Le prénom est utilisé pour recapter un lien, une attention, tandis que le « on » est utilisé essentiellement pour créer une relation d'équipe. Nous détaillerons ces points-là plus tard. Nous pouvons néanmoins noter que, pour deux sages-femmes, le prénom est utilisé chez les femmes qu'elles catégorisent comme jeunes. Pour deux autres sages-femmes, le tutoiement est utilisé avec les femmes mineures.

Ces premiers points nous permettent de remarquer que toutes les sages-femmes ne partagent pas les mêmes pratiques langagières et qu'il existe une variabilité linguistique propre à chacune. Cela est tout particulièrement visible avec le terme « Ma belle ». Plus qu'une variation de fréquence d'emploi ou de déterminants, il s'agit d'un terme dont l'interprétation fait débat au sein même des sages-femmes. Ce terme n'a été observé que rarement et n'a été évoqué que par certaines sages-femmes. Trois sages-femmes refusent d'utiliser ce terme. Une le qualifie de paternaliste (SF F) « ça c'est jamais de la vie quoi sauf si tu les suis depuis le début de la grossesse c'est que tu la connais bien mais sinon non non ! Non mais c'est hyper paternaliste quoi ! » ; une autre d'infantilisant (SF M) « je trouve que ça les infantilise et j'ai l'impression que ça nous fait prendre un peu le dessus » ; tandis qu'une autre y fait transparaître une transgression de ses propres règles relationnelles (SF B) « j'utilise ce genre de terme avec des gens proches donc je me vois pas l'utiliser avec quelqu'un que je viens de rencontrer »

A contrario, deux sages-femmes disent l'utiliser dans certaines situations précises dans les moments douloureux afin de rassurer la femme. Le terme « ma belle » a donc ici une interprétation positive : (SF H) « c'est pas pour tout le monde mais c'est vraiment pour les encourager pendant la pose de péri et c'est vraiment souvent quand j'y pense pendant les poses de péri dans les moments douloureux en fait » ; (SF L) « j'ai utilisé ce terme là quand elles sont en détresse soit elles ont mal soit elles sont angoissées. j'ai peut être utilisé ce terme là pour une primipare »

Trois sages-femmes sont ambivalentes et conscientisent cette double interprétation :

(SF G) « *je suis pas méga à l'aise là-dedans parce que je trouve ça trop familier je pense [...] je trouve ça un peu rapidement infantilisant [...] ça dépend comment c'est fait c'est pas forcément infantilisant il y a plein de soignants qui le manie de manière très fluide c'est hyper bien pris par les patientes* » ; (SF C) « *j'arrive pas à savoir si c'est bien ou pas bien d'appeler les patientes comme ça d'une façon un peu... j'ai l'impression que certaines, voilà, que ça rassure vachement [...]. Mais je trouve que c'est un peu infantilisant et après...ouais je pense, qu'il y a des patientes qui ont un peu plus besoin d'être cocoonées que d'autres donc je pense que c'est fait dans ce but là à la base mais je sais pas trop si c'est bien parce que ça accentue peut être le côté : t'es soignant et elle petite chose quoi.* ». Enfin, SF L qui dit utiliser le terme « ma belle » nous dit aussi que son interprétation peut être négative, ce qui modifie son usage (SF L) « *Je pense que je vais éviter d'utiliser ces termes là avec les jeunes patientes parce que je veux pas qu'elles pensent que j'utilise ces termes là parce qu'elles sont jeunes et que je les infantilise* »

Cela, en plus des différences montrées plus haut, nous montre bien que pour un même terme d'adresse, les interprétations peuvent varier. L'intention du locuteur change le sens du mot utilisé. Ce sens propre au locuteur fait donc bien écho à la propre individualité de la sage-femme présente lors de la relation sage-femme/femme.

Les études en linguistique s'intéressant à la sémantique montrent qu'il existe un sens commun à tous les locuteurs d'une même langue. Ce sens commun est d'ordre cognitif, intégré dans notre cerveau. Il est essentiel pour que les humains puissent se comprendre en interaction. (54)

Or, la construction sociale du langage amène inévitablement à un glissement du sens. En effet, le discours étant co-construit (18), le sens se renégocie à chaque interaction. (54) Cela mène donc à des différences d'interprétation du sens comme nous avons pu le voir avec « Ma belle ». Cela est du à notre propre histoire linguistique en tant que locuteur. On parle alors d'intersubjectivité sémantique (54) (55).

Comme l'écrit le linguiste Pierre Bange : « *On ne peut jamais être certain de ce que veut dire un locuteur au moyen d'une énonciation.* » (54) Nous pouvons alors nous demander comment les femmes perçoivent les termes utilisés par les sages-femmes pour les nommer. A la question « avez-vous déjà ressenti des signes de réticence d'une femme à être appelée par un certain terme ? », toutes les sages-femmes ont répondu non. Il serait alors intéressant d'étudier dans une autre enquête, le ressenti et les interprétations des femmes face à ces termes d'adresse.

Des termes d'adresse liés à l'histoire personnelle de la sage-femme

Ce premier résultat nous a permis d'observer que les sages-femmes outre leur identité professionnelle portent en elles leur histoire personnelle.

SF F : « Je pense que quand t'es soignant et même si tu te mets dans ton pyjama de soignant et que tu laisses un peu de côté tout ce que tu es, tu as quand même une sensibilité en fonction de ce que tu as vécu, en fonction de ton appartenance de genre, par rapport à pleins de choses qui fait que tu vas pas... enfin, je sais que quand je suis avec une patiente, je suis pas qu'une sage-femme, je suis aussi et que je porte aussi mon bagage de qui je suis, maintenant, [...] Faut prendre soin de soi pour prendre soin des autres »

Plusieurs sages-femmes ont évoqué l'éducation comme influençant les termes employés. C'est tout particulièrement le cas pour le tutoiement : (SF B) « Oh bah je pense que c'est plutôt côté éducation, on vouvoie les gens qu'on connaît pas forcément » ; (SF F) « Je tutoie pas trop enfin... on m'a bien appris qu'il fallait pas que je tutoie les gens que je connaissais pas [...] je sais pas d'où ça vient, c'est peut-être aussi mon éducation qui fait que je vouvoie plutôt. »

Par ailleurs, on remarque des discours emprunts d'évidence comme si ne pas tutoyer des personnes que nous ne connaissions pas était inscrit socialement. Ainsi, toutes les sages-femmes que nous avons observées utilisent le vouvoiement : (SF D) « mais je pense... le respect la distance je pense que j'y mets ça à mon avis j'ai pas réfléchi spécialement mais le tutoiement me... me rendrait pas plus proche d'elle et je trouve pas ça respectueux c'est tout. ». Une sage-femme ajoute la notion de politesse, fréquemment associée à l'éducation : (SF G) « quand t'es petit on te dit que c'est poli d'appeler les gens enfin tu vois j'ai l'impression d'avoir appris de nommer la personne parce que c'était poli ». De la même manière, deux autres sages-femmes évoquent une raison inexplicable, comme inconsciente (SF I) « (en parlant du vouvoiement) c'est juste par politesse, je me vois pas faire autrement », (SF M) « je suis pas à l'aise c'est plus une question de respect...c'est instinctif, j'arrive pas ».

Nous retrouvons à plusieurs reprises les notions de respect et de politesse. Les études à ce sujet montrent que ces notions font partie intégrante de l'éducation sociale d'un individu (56). Comme le montrent les travaux sociolinguistiques (57), l'usage du tutoiement ou du vouvoiement dépend notamment de la relation établie entre deux locuteurs, ce qui est en accord avec les résultats de notre étude.

Nous observons aussi une projection des sentiments personnels de la sage-femme et de son propre vécu qui va influencer par la suite son choix de termes d'adresse : (SF G) « *moi personnellement c'est vraiment que les gens vraiment très proches à qui je donne des surnoms comme ça quoi en fait moi j'aime pas quand un soignant m'appelle comme ça* » ; (SF L) « *je trouve ça agréable qu'on nous appelle ma belle* ». Ainsi, en fonction de leurs propres expériences, les sages-femmes peuvent décider d'utiliser ou non un terme d'adresse. Ce phénomène se nomme l'identification projective.

Ce concept, initialement introduit par Mélanie KLEIN, psychanalyste, a été repris par Martine RUSZNIEWSKI, également psychanalyste, pour l'étude des relations soignants/soignés. Le soignant se met à la place du soigné et projette sur lui sa propre expérience, influençant ainsi ses actions. « *En effet, par ce mécanisme, qui consiste à attribuer à l'autre certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même, le soignant se substitue au malade et transfère sur lui certains aspects de sa personnalité, lui prêtant pour toute conduite à tenir face aux situations de crise ses propres sentiments et réactions, ses propres pensées et émotions.* », Martine Ruzniewski (58)

Ces résultats font également écho aux données de notre première partie d'entretien. En effet, trois sages-femmes vont évoquer leur propre fatigue, état émotionnel au moment de la garde comme pouvant influencer la relation sage-femme/femme.

Une juste-distance protectrice

A travers les termes utilisés, les sages-femmes ont à maintes reprises évoqué l'évitement de certains termes comme un moyen de se protéger d'une relation jugée trop intime avec les femmes. Deux sages-femmes évitent d'utiliser le tutoiement pour cette raison : (SF E) « *Bah je pense que ça permet de garder une certaine distance enfin c'est un peu ce que je disais... dans la protection à nous, se protéger aussi.* » et favorisent le vouvoiement (SF F) « *j'ai fait du libéral et je les vouvoyais quand même les patientes alors que pourtant j'étais quand même proche d'elles, ça permet peut-être de mettre une certaine distance* ». Une autre sage-femme va éviter ce qu'elle appelle « les surnoms » (SF G) « *Quand je sors de garde du coup je suis vidée émotionnellement parlant, j'ai l'impression d'avoir écouté les gens parler toute la journée et je trouve ça dur de pas s'impliquer et de détacher...donc j'essaye au moins de mettre une barrière dans le surnom* » ; une autre va éviter d'utiliser le prénom (SF I) « *voilà c'est pour pas pousser la relation trop loin non plus et puis pour se préserver aussi* »

Une sage-femme, utilisant pourtant couramment le prénom, choisit d'y renoncer dans des cas particuliers pouvant l'atteindre psychologiquement (SF H) « *à chaque fois que j'ai une mort fœtale*

ou une interruption médicale de grossesse, je le vis toujours hyper mal donc j'essaie vraiment de ne pas les appeler par leur prénom parce que ça met une trop grande proximité avec l'histoire [...]. Les patientes qui viennent pour des morts fœtales et des IMG² j'ai vraiment beaucoup de mal à les appeler par leur prénom. Ça vient déjà d'un côté très personnel où j'ai un rapport assez compliqué avec la mort »

Dans le cadre de travaux sur la relation soignant/soigné, on retrouve cette notion de juste distance. Elle y est décrite comme un moyen de protection émotionnelle du soignant face à l'histoire du soigné (59) et rejoint ainsi notre dernier propos. En revanche, comme montré par le mémoire de Eugénie Relinger et Maud Jamard, toutes deux sages-femmes, peu de travaux ont été menés sur la charge émotionnelle portée par la sage-femme alors qu'elle est confrontée à un moment intime et intense. (60). Dans l'article de Margot Phaneuf, infirmière, « *les maux de la politesse en soins infirmiers* », (28) la question entre le vouvoiement et le tutoiement se pose. En effet, l'auteure souligne l'importance pour le soignant de se protéger psychologiquement. Cela se traduit notamment par une priorisation du vouvoiement au tutoiement. Le tutoiement créerait une proximité trop importante et la douleur psychique ou physique du patient pourrait se transférer sur le soignant.

Cela fait écho à la notion d'empathie. En effet, la relation sage-femme est décrite comme emprunte de tolérance et d'empathie. (49) Le discours des sages-femmes en première partie d'entretien en est imprégné. Six sages-femmes ont évoqué l'empathie et la qualité d'écoute comme essentielle dans la relation sage-femme/femme : (SF D) « *Je dirais que la relation entre la sage-femme et la patiente doit être avec de l'empathie, parce que pour moi l'empathie, ça regroupe le côté affect et le côté quand même distance professionnelle* » ; (SF H) « *faut une écoute assez active pas de jugement vraiment beaucoup d'écoute et leur montrer que y a pas de questions bêtes, y a pas de réflexion moins bonne qu'une autre* »

Hormis la protection émotionnelle, il existe un autre type de juste-distance. Cette fois, l'ajustement de la distance est la résultante de la rencontre de deux êtres humains essayant de s'appréhender. Deux sages-femmes expriment alors une difficulté à trouver le terme adéquat : (SF H) « *Je pense que je les appelle pas parce que je pense que dans certaines situations le Madame est un petit peu trop formel...mais comme en fait elle m'a pas invité à l'appeler par son prénom...j'ose pas non plus l'appeler par son prénom. Je pense que je suis dans un entre-deux [...] Parce que je suis pas très à l'aise avec le Madame [...], j'ai envie qu'elle se sente en confiance [...], il y a une trop grosse distance en fait [...] On n'est pas trop proche, on va pas aller jusqu'à se tutoyer mais on n'est pas obligé d'être aussi éloignées pour que je vous appelle Madame* » ; (SF G) « *Je pense que des fois Madame c'est un peu trop froid mais en même temps un peu neutre du coup j'utilise quand même mais sinon j'ai pas d'autres solutions qui me parlent vraiment* ».

² Interruption médicale de grossesse
BERDIE Amélie

L'hésitation qu'ont ces sages-femmes dans le choix du terme qu'elles jugent adéquat met en exergue la difficulté pour une sage-femme et une femme à s'appréhender. Plus encore, cela nous indique que les sages-femmes se questionnent quant à leur propre positionnement par rapport aux femmes.

La maternité en connivence

Quatre des sages-femmes interrogées et observées ont des enfants. Pour ces sages-femmes là, nous nous sommes intéressées au lien entre leur propre maternité et leur vision de la relation sage-femme/femme. Les résultats sont, ici, très hétérogènes.

Une sage-femme verbalise une nette différence dans sa vision de la relation sage-femme/femme depuis qu'elle est devenue mère. Cependant, cette différence ne change pas sa façon de nommer les femmes. (SF D) « *L'affect d'une mère pour son enfant, ça oui... dont j'avais conscience c'est pas le problème ! Mais [...] ça t'apporte un plus. T'es meilleure quand t'as eu un enfant après, parce que tu connais tout ça ...la relation sage-femme/femme est différente dans la maturité* » Une autre sage-femme exprime aussi ressentir une différence depuis son propre accouchement mais celle-ci ne modifie pas non plus sa façon d'appeler les femmes (SF I) « *(Ca modifie) un tout petit peu, parce que je vais plus pouvoir dire « je sais que ça fait mal, courage », avant je le disais mais je l'avais pas vécu donc j'avais l'impression de pas être très crédible. Pour les termes dépassés, je les rassure « [...] Moi aussi ça m'est arrivé [...] » ça me permet de rajouter une petite touche personnelle, mais ça n'a pas changé plus que ça ma façon de faire.* »

Une autre sage-femme, que nous avons observée auprès de deux femmes, montrait une différence dans la façon dont elle les appelait. Tandis qu'elle nomme la première « Madame nom de famille », « ma belle », « maman » pendant les efforts expulsifs, elle a appelé la deuxième « ma pauvre » une fois. Au cours des entretiens, la sage-femme a expliqué comment sa propre maternité avait pu modifier sa vision de la relation sage-femme/femme. (SF L) « *Moi j'ai tellement kiffé mon accouchement, j'ai trouvé ça tellement bien, que j'essaye encore plus qu'avant tu vois. Quand elles aiment pas leurs accouchements, j'ai l'impression que c'est un échec alors que je le vivais pas du tout comme ça avant [...] je devrais pas dire ça, [...] ça peut ne pas être le meilleur moment de ta vie, bien évidemment, mais c'est quand même un moment où tu accueilles ton bébé et donc du coup, des fois, j'ai un peu de mal avec les patientes qui ont l'air blasé enfin tristes...enfin elles ont le droit d'être tristes et chacun le vit différemment. Je pense que ça m'a toujours exaspéré, peut-être un peu plus depuis que j'ai accouché* ».

La sage-femme a expliqué que la différence d'appellation entre ces deux femmes était très probablement liée à sa propre maternité. Elle nous explique : (SF L) « *franchement j'ai eu beaucoup de mal avec cette patiente donc peut être que j'avais pas envie de créer un lien plus que ça et du coup je l'ai pas appelé quoi* ». En effet, la sage-femme va associer cette femme à celles pouvant lui inspirer de l'exaspération, notamment depuis qu'elle a accouché : (SF L) « *J'ai honte parce que, vraiment, je pense pas avoir fait un bon accompagnement, mais son attitude m'a tellement exaspéré [...] Elle était molle, on avait l'impression qu'elle était pas heureuse.* » Ainsi, dans ce cas précis, nous pouvons penser que le choix des termes d'adresse met en lumière comment le vécu d'une sage-femme mère influence sa relation avec une future mère. Cela nous ramène à l'identification projective évoquée plus haut (58).

Dans ce cas-là, le choix des termes d'adresse fait également écho à l'histoire des sages-femmes. Comme nous avons pu déjà l'aborder, historiquement, l'accouchement était une affaire de femmes. Il existe une transmission générationnelle des savoirs, et l'image de la sage-femme est fortement liée à celle de la mère. (61) (49)

« *L'archétype maternel auquel est reliée symboliquement la sage-femme est celui avec lequel va cheminer la future mère pour s'accoucher elle-même de sa dimension maternelle* », Doris Nadel, sage-femme.(49)

Au-delà de la transmission de mère à mère, il existe également une transmission et une culture féminine. (49) Les sages-femmes décideraient de s'orienter vers cette profession par le biais d'une figure maternelle ou féminine ayant travaillé dans ce métier. (61) Nous retrouvons ce phénomène dans nos résultats de la première partie de nos entretiens : une sage-femme explique son choix par une grand-mère auxiliaire de puériculture (SF D) « *Ma grand-mère travaillait avec les sage-femmes en ayant une admiration sans nom* ». D'autres sages-femmes ont pu expliquer leurs choix d'orientation par le souhait de vouloir travailler avec des femmes, pour les femmes. Une sage-femme a même évoqué une notion de « *sororité féminine* ».

A contrario de cette dernière sage-femme, une autre affirme que sa propre maternité n'a pas changé sa vision de la relation sage-femme/femme et que ça ne devrait pas l'influencer (SF M) « *Quand on se rend compte que les naissances peuvent être différentes et les vécus différents [...] et puis en plus c'est leur moment à elle donc je pense qu'il faut surtout pas le ramener à soi et du coup leur parler de ce que nous on a pu faire* ». Cela sous-entend que la sage-femme a conscience du principe d'identification projective et essaie de s'en défendre pour que cela n'influence pas sa relation avec la femme. Ce procédé soulève alors la nécessité d'une certaine neutralité de la sage-femme qui peut être difficile à atteindre du fait du bagage personnel qu'elle porte.

Ce premier grand résultat met en exergue les différences interindividuelles des sages-femmes au sein de la relation sage-femme/femme. La sage-femme porte en elle une histoire personnelle, faite d'éducation, de vécu de la maternité, de vécu personnel en tant que locuteur qui va modifier les rapports qu'elles ont aux femmes. De fait, certaines ont exprimé le besoin d'établir une juste distance, qui leur est propre, avec les femmes pour se protéger des événements dont elles peuvent être témoins. La femme n'est pas la seule à projeter son vécu sur la sage-femme. Cette dernière, par l'identification projective peut attribuer aux femmes une expérience qui n'est pas la leur. La reconnaissance de ce mécanisme par les sages-femmes soulève alors la question du besoin de neutralité dans le positionnement des sages-femmes avec les femmes. Or, comme nous avons pu le voir, il est difficile pour elles d'être complètement neutres car ce sont, elles aussi, des êtres humains dotés de leurs propres expériences et sensibilités. Nous avons alors pu identifier une difficulté à trouver le terme approprié pour nommer les femmes mettant, ainsi, en lumière le questionnement constant des sages-femmes sur leur propre positionnement dans leurs rapports aux femmes.

La relation sage-femme/femme : une relation de soin singulière

« C'est vraiment un métier à part très particulier qui nous met dans une place complètement privilégiée pour la naissance d'un enfant, avec des relations privilégiées [...] Il y a surtout cet aspect relationnel qui est particulier », (SFI)

Nous avons mis en évidence comment les termes utilisés par la sage-femme pouvaient dépendre de l'histoire personnelle de celle-ci et ce que cela pouvait nous révéler par rapport à la relation sage-femme/femme.

Nous allons le voir, la sage-femme entretient avec la femme une relation de confiance, d'équipe, de guide vers une nouvelle parentalité mais est aussi contrainte par les institutions. Par ailleurs, les sages-femmes tentent d'établir soit une égalité de traitement des femmes, soit tentent de s'adapter à elles. Il s'agit donc d'une relation de soin singulière.

Une relation de confiance

Notre enquête montre une volonté des sages-femmes à vouloir mettre en confiance les femmes. L'usage du prénom a été évoqué par 3 sages-femmes comme moyen de créer une relation de confiance : (SF F) *« si je l'appelle par son prénom, je vais peut-être plus la capter ou plus attirer son attention. Elle va se sentir plus en confiance à ce moment-là où il faut qu'elle donne tout ce qu'elle a »* ; (SF H) *« le fait de franchir le cap de « je vous appelle par votre prénom », c'est qu'il y a une relation de confiance qui s'est vraiment élaborée et j'espère dans le cas des efforts expulsifs mettre encore plus un lien de confiance »* ; (SF E) *« Je l'utilise pour faire un environnement un petit peu plus cocooning, la patiente que t'as vraiment besoin de contenir »*. Nous retrouvons la même observation dans une étude québécoise : *« Il s'agit pour elles d'un élément central [la relation de confiance] du suivi et elles ont dû apprendre à développer ce type de relation [...] Elle requiert de développer un rapport de réciprocité où chacune, femme et sage-femme, croit aux compétences de l'autre »*, Raymonde Gagnon, docteure en sciences humaines appliquées (47). La confiance réciproque a été évoqué par trois sages-femmes (SF M) *« c'est une relation de confiance dans les 2 sens, il faut que la femme ait confiance en la sage-femme et que la sage-femme ait confiance en la femme »*

Cette dernière citation de SF E rejoint les souhaits d'une autre sage-femme à vouloir envelopper, cocooner les femmes les plus vulnérables qu'elle aura tendance à appeler « ma belle » : (SF C) *« Bah c'est surtout les patientes qui n'auraient pas d'accompagnant, qui sont toutes seules qui connaissent personne autour d'elle, qui connaissent personne en France...enfin je pense que, dans l'idéal, il*

BERDIE Amélie

faudrait toutes les cocooner...mais je pense qu'on va passer plus de temps avec les femmes qui n'ont pas d'accompagnant qui n'ont jamais accouché en France, qui parlent pas très bien français, où tu sens que...voilà c'est un peu... compliqué pour elle, de suivre et tout ça...Je pense que oui, c'est peut-être, les patientes avec qui on aurait un peu plus envie...d'être un peu plus enveloppante... ». Cette même sage-femme avait évoqué l'ambivalence qu'elle avait à propos du terme « ma belle » qu'elle trouvait infantilisant mais déclarait l'utiliser pour ce profil de femmes car elle ressentait un besoin de leur part. Nous pouvons nous demander si ce choix d'utilisation ne révèle alors pas une tentative de maternage d'une femme se trouvant dans une situation de grande vulnérabilité qu'est la grossesse et l'accouchement.(62) De plus, les processus psychiques de la grossesse amènent la femme à se revoir enfant (63) et ainsi à peut-être exprimer un besoin de maternage auprès de la sage-femme.

Une sage-femme a déclaré utiliser « Madame » pour rassurer les femmes : (SF I) *« enfin je sais que ça peut me ré-arriver si justement la situation se dégrade où par exemple s'il y a un risque de césarienne où qu'il y a besoin de faire des ph³ après voilà je vais peut-être essayer je pense que c'est un peu rassurant de redire Madame »*

Une autre explique ses ajouts du Nom de famille comme tentative de réassurance des femmes : (SF C) *« moi je pense que c'est pour moi une façon de... d'envelopper, d'une certaine manière d'être un peu plus rassurante »*. Une autre encore évoque le prénom comme manière de rassurer les femmes ne parlant pas français (SF K) *« bah les femmes qui parlent pas du tout du tout français qui du coup pourraient être rassurées de se faire appeler par leur prénom je pense qu'on est dans une situation comme ça dans un pays qu'on comprend pas enfin on comprend pas la langue, on peut se sentir très isolé donc peut être que c'est un peu plus rassurant cocooning de connaître son prénom »*.

Les notions de cocooning et d'enveloppement sont revenues à plusieurs reprises. Ces mécanismes se rapprochent du concept de contenance. Mary Hall a écrit *« Yet midwifery is a relationship-based craft, not a conveyor belt (Hannah, 2010) and continuity and containment have never been more necessary »*(74). Plus largement, la sage-femme semble avoir un rôle de réassurance aussi dans la littérature en obstétrique où elle est décrite comme disponible pour les femmes, comme encourageante, rassurante et apaisante (64). Camille Thomas, sage-femme écrit dans son mémoire de fin d'étude : *« de nombreuses soignantes ont abordé une formation de communication thérapeutique (5/11). Celles qui l'ont réalisée l'utilisent dans leur pratique quotidienne pour rassurer les patientes et établir*

³ Goutte de sang prélevée sur le crâne de l'enfant pour évaluer son état pendant le travail, lorsque la sage-femme ou le médecin le juge nécessaire.

*un lien de confiance, nécessaire à la bonne qualité de leur accompagnement aussi bien sur le plan médical que psychologique» (65). Cette dernière citation nous renvoie au concept de *care* explicité dans notre première partie. Les sages-femmes interrogées et la littérature en obstétrique s'accordent pour dire que la sage-femme a bel et bien un rôle relationnel et donc de *care* avec les femmes. (46)*

Nous retrouvons les mêmes données lors de notre première partie d'entretien. Lors de notre photolangage®, dont les résultats sont présentés en annexe 4, 4 sages-femmes ont utilisé les mots « confiance » et « soutien » pour décrire la photo reflétant leur vision de la relation sage-femme/femme. Une sage-femme a également pointé le peu de temps passé en salle de naissance : (SF F) *« gérer cette difficulté de la douleur... le fait d'être mère, du fait d'être... que t'arrives dans un endroit que tu connais pas ... le fait que qu'on se connaît pas toutes les 2 non plus donc il va falloir se faire confiance en l'une et autre assez rapidement ça c'est plutôt mon rôle tu vois.... de lui permettre d'avoir confiance en moi rapidement »*. (SF M) a également décrit une nécessité de mise en place rapide de la relation au moment de la naissance : *« Un moment très bref de proximité très importante. En fait c'est un moment très très court ou on va établir une relation très forte. C'est un des seuls moments où on peut avoir une relation aussi forte sur si peu de temps. »*

Les sages-femmes essaient donc par, leurs termes d'adresse, de créer une relation de confiance et d'enveloppement avec les femmes. Elles soulignent également la nécessité de rapidité de la création de la relation.

A la recherche du lien

Nous venons d'aborder plus haut la nécessité de créer rapidement une relation avec les femmes. Seule une sage-femme a permis d'établir un lien direct entre nomination (ici le prénom) et création d'un lien rapide : (SF I) *« Quand c'est une patiente qui arrive et qui accouche et qu'on a pas eu le temps justement de pouvoir établir une relation, d'être un peu plus proche, je trouve que ça permet d'attraper, d'happer son regard, de créer une connexion rapidement parce que les choses se passent rapidement donc je trouve que c'est pas mal »*.

Nous avons évoqué en début de première partie, le tableau en annexe 14 montrant peu de différence d'usage des termes à propos du prénom. En effet, 7 sages-femmes nous ont parlé du prénom comme moyen de créer du lien. Toutes les sages-femmes les utilisent dans des situations émotionnellement intenses : pendant les efforts expulsifs, pendant une situation d'urgence, pendant une perte de connexion avec la femme émotionnellement instable.

Lors de nos observations, nous avons pu remarquer que ces termes-là, utilisés dans ces situations, étaient souvent accompagnés de tentatives de rapprochement physique : la sage-femme se mettait à hauteur, touchait son épaule, faisait des caresses sur la main ou sur le front de la femme.

Le nom de famille a été cité par des sages-femmes comme moyen de recréer un lien avec la femme. (SF C) « *Je pense que c'est bien aussi de redire le nom de famille, en tout cas, d'utiliser quelque chose de plus personnalisé pour... pour créer du lien* ». Hormis cette fonction de création du lien, les sages-femmes ont souvent associé l'utilisation du nom de famille à la considération et personnalisation de la femme : (SF D) « *pour montrer que je sais son nom et que je la considère et que ça prouve que je sais qui elle est* » ; (SF E) « *Ben je trouve que c'est un petit peu plus personnalisé [...] tu vois ça me met toujours un peu mal quand j'oublie le nom quoi quand j'arrive je me dis « mince comment elle s'appelle déjà » c'est un peu plus personnalisé tu vois* ». Les sages-femmes montrent l'importance de l'identité dans une peur récurrente de se tromper dans le nom de la femme (SF C) « *J'ai peur de confondre avec une autre patiente parce que ça m'est déjà arrivé, parce que des fois je me trompe, donc là c'est vraiment la honte quoi...* » ; mais aussi dans leurs habitudes (SF F) « *Si j'ai oublié le nom de famille de la patiente, je repars au dossier et je regarde le nom avant d'entrer dans la chambre* »

D'après Françoise ARMENGAUD, philosophe, nommer est un moyen d'identifier une personne et de la considérer en tant qu'être individuel. Plus encore, nommer est un moyen d'humaniser un individu. Elle utilise comme exemple la seconde guerre mondiale où les personnes dans les camps de concentration étaient nommées par des matricules. Le fait d'anonymiser est alors un procédé utilisé pour essayer de déshumaniser l'autre. (22) Cela fait écho aux dires d'une sage-femme dans notre première partie d'entretien qui avait qualifié sa relation à la femme comme un rapport d'humanité. La seule exception à cette interprétation de l'anonymat comme déshumanisant, semble être le cas des accouchements sous X. En effet, des sages-femmes nous ont confié ne pas utiliser le prénom ou le nom de famille pour nommer les femmes dans un souhait de respect de leur anonymat : (SF E) « *Je pense que pour l'accouchement sous X, j'aurais juste dit « Madame » pour pas trop ...voilà Pour que ça respecte justement l'anonymat tu vois* ». D'autres sages-femmes nous ont dit ne parfois pas appeler les femmes dans une interprétation purement fonctionnelle des termes d'adresse. Ayant déjà leur attention, certaines sages-femmes ont confié ne pas avoir besoin de rappeler la femme. En revanche, si la situation se dégradait (douleur, urgence, panique, stress) ou si nous étions dans un moment intense comme les efforts expulsifs, les sages-femmes se remettaient à utiliser des termes d'adresse à visée plus relationnelle. Cela rejoint la double fonctionnalité des termes d'adresse évoquée par la linguiste Catherine Kerbrat-Orecchioni dans son étude présentée en partie 1. Elle écrit que les termes d'adresse peuvent être utilisés dans un but relationnel mais

également dans un objectif d'organisation de l'interaction. (25) L'absence d'appellation n'étant pas produite dans un but relationnel, nous pouvons penser que le principe de déshumanisation ne s'applique pas ici.

Françoise ARMENGAUD précise notre dernier propos. Elle écrit que nommer sert aussi à appeler, attirer l'attention en quête d'une interaction. (22) Trois sages-femmes nous ont confié utiliser le prénom lorsqu'il existait une barrière de la langue : (SF E) « *ça m'arrive aussi d'utiliser le prénom quand [...] souvent quand elles parlent pas très bien français parfois du coup je les appelle par leur prénom mais c'est plus rare mais ça arrive.* », (SF H) « *aussi les patientes pour qui j'utilise le prénom, c'est souvent des personnes d'origine étrangère [...] qui ne parlent pas français [...] déjà pour être sûr d'être comprise pour qu'elle soit sûre que à un moment je m'adresse à elle parce que Madame je suis pas sûre qu'elles comprennent vraiment et pareil toujours dans ce souci de capter un peu plus l'attention* ». Ainsi, les sages-femmes, en choisissant d'appeler les femmes ne parlant pas français par leur prénom, tentent de créer du lien et à attirer l'attention vers l'interaction.

Couple sage-femme/femme : une véritable équipe

Sylvie Larocque et Christine Caveen décrivent dans leur article la relation sage-femme/femme comme un « *véritable partenariat* ». (62). En effet, notre enquête montre que les sages-femmes tentent de créer une relation d'équipe. Cinq sages-femmes utilisent le « on » pendant les efforts expulsifs. Elles l'ont toutes interprété comme un symbole d'une relation d'équipe : (SF K) « *parce que je pousse avec elle* » ; (SF I) « *Alors oui c'est elle qui fait le boulot mais on est une équipe* » ; (SF C) « *pour la motiver pour se mettre un petit peu là-dedans on se motive un côté un peu collectif* ».

Nous avons pu retrouver à plusieurs reprises le champ lexical du sport avec équipe, motiver mais également le mot « *coach* » qui est revenu chez plusieurs sages-femmes (SF F) « *quand c'est vraiment dans le moment où c'est la fin de la course, c'est le rush, je te coach allez go vas y, vas y et j'ai envie de t'appeler par le prénom* », (SF H) « *quand je les appelle par leur prénom je sens une modification, plutôt que « allez poussez Madame » c'est plutôt « poussez, donnez-moi votre prénom » et après je les coach* ».

Ce constat fait écho aux réponses des sages-femmes lors de notre première partie d'entretien. Lors du photolangage, 4 sages-femmes ont cité des mots appartenant au champ lexical de l'équipe pour qualifier la relation sage-femme/femme : équipe, coach, ensemble, solidarité, travail de groupe. Une sage-femme avait également mentionné la notion de sororité. On retrouve cette

notion dans la littérature en obstétrique où la relation sage-femme/femme y est décrite comme empreinte d'une sororité féminine, d'une « *solidarité féminine*. » (49)

Le moment le plus évoque pour parler de relation d'équipe reste les efforts expulsifs. Nos résultats montrent qu'effectivement la phase de poussée est un moment de réunion entre le couple sage-femme/femme qui se désuni aussi rapidement une fois l'accouchement terminé (SF I) « *après c'est vrai qu'après l'accouchement revient cette distance en fait par contre là je vais pas l'appeler par son prénom à ce moment-là. En fait c'est clair que quand tout s'est apaisé je reviens dans la distance* » ; (SF M) « *S'il a fallu que je l'appelle par son prénom, une fois que le bébé est né, je l'appelle plus par son prénom c'est vraiment très bref* ». En effet, l'accouchement est décrit comme un « *moment critique* » (51), un moment intense, presque mystique, où pleins de remaniements ont lieu : c'est le moment où la femme devient mère et va changer de statut social ; sa relation à l'autre parent va changer, son corps et ses émotions également. (49) Il s'agit aussi d'un moment où l'angoisse de mort est très présente chez la femme de par les récits familiaux de morts maternelles mais aussi car, pour donner naissance, une partie de la femme va mourir. On peut penser que les enjeux multiples de l'accouchement poussent à un rapprochement entre la femme et la sage-femme pendant ce moment si intense et si bref qu'est la naissance. (49)

Une sage-femme nous a confié utiliser le tutoiement avec les femmes mineures après leur avoir demandé leur consentement (SF M) « *Souvent quand il y a quelqu'un d'un petit peu jeune, tout autour d'elle, il y a une équipe qui a tendance à juger un petit peu, à les infantiliser à dire qu'elles se sont pas rendues compte, que c'est n'importe quoi. Moi j'ai l'impression que quand on se tutoie ça crée une espèce de proximité* ». La sage-femme insiste sur le fait que la femme doit alors elle aussi la tutoyer. Dans la littérature linguistique, le tutoiement mutuel permet de créer une relation de solidarité. Non mutuel, il serait alors le marqueur d'une hiérarchisation sociale. (57) (66) Nous pouvons supposer que le tutoiement utilisé par la sage-femme a ici pour but d'être solidaire avec cette femme jugée par l'équipe. (62) Dans cette situation, nous pouvons aussi remarquer que la sage-femme semble mettre en place un mécanisme de protection de la femme. Cela fait écho à ce que nous avons pu dire en introduction : la sage-femme a un rôle de protection de la femme qui se trouve dans un état de grande vulnérabilité au moment de l'accouchement. (49)

Une relation entre souhait d'égalité et preuve d'adaptabilité

« Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. », Le Serment d'Hippocrate (67)

Nous retrouvons cette volonté d'égalité au sein du discours de deux sages-femmes. Ces dernières décident d'appeler toutes les femmes de la même manière : (SF D) « j'essaye de traiter tout le monde de la même façon et ça c'est un souhait... d'égalité : la richesse, la pauvreté, les intellectuelles ou pas...J'essaye de faire de la même manière pour tout le monde » ; (SF K) « j'essaie de traiter tout le monde de la même manière ».

A contrario, deux autres sages-femmes ont évoqué la notion d'adaptabilité de la sage-femme envers la femme à travers les choix de nomination des femmes : (SF B) « je vais peut-être plus les appeler par leur prénom pour créer un petit peu plus de, pas de chaleur mais, d'être un peu plus proche d'elles parce que t'as l'impression qu'il y a un besoin, peut-être moins de distance ». SF E et C utilisent également le prénom quand elles ressentent un besoin de contenance de la femme.

Nous retrouvons cette notion d'adaptabilité décrite dans la vision de la relation sage-femme/femme en première partie d'entretien. Par exemple, une sage-femme a utilisé l'exemple du toucher pour illustrer le besoin de s'adapter aux femmes selon les cultures (SF E) « parce que ça fait aussi plus partie de leur culture et donc voilà c'est aussi ne pas enfreindre bah... des règles mais des... des murs un peu de chaque culture aussi et du coup de pas aller trop loin. [...] Tu apprends à connaître chaque culture. » On retrouve cette adaptabilité dans le principe de co-construction du discours que nous avons abordé en première partie. En effet, lors d'une interaction, les locuteurs se réadaptent en permanence en fonction de la réponse de l'autre. (18)

Il existe cependant un paradoxe dans nos résultats. Les deux premières sages-femmes nous confiant appeler les femmes de la même manière dans un souhait d'égalité, ont également dit plus tard utiliser d'autres termes en fonction des situations (notamment d'urgence, de douleur, barrière de la langue, et d'état émotionnel instable chez la femme). On comprend alors que malgré le souhait d'égalité exprimé par ces sages-femmes, il semble presque impossible à appliquer.

Le souhait d'égalité et d'adaptabilité sont deux déterminants des termes pour les sages-femmes que nous n'avions pas envisagé dans nos hypothèses.

Une relation soumise aux contraintes institutionnelles

Notre enquête montre également une variation des termes utilisés par les sages-femmes en fonction de l'institution hospitalière dans laquelle elles travaillent.

Une sage-femme montre l'influence de ses collègues sur ses propres pratiques langagières. SF C « *Je pense que j'aurais plus de facilités à utiliser le prénom maintenant qu'au début, parce que peut-être que je l'ai plus entendu... que j'ai vu plus mes collègues le faire et du coup dans certains moments peut-être que je reproduis un peu les mêmes trucs que je faisais pas avant quoi. Je pense que ça dépend aussi beaucoup de comment travaille ton entourage, comment tu les entends appeler les patientes aussi... ça va plus ou moins choquer et interpeller. Quand j'ai fait un stage à [Autre maternité], je me rappelle qu'elles appelaient beaucoup les patientes par leurs prénoms, surtout au moment de pousser et je... ça m'avait vachement interpellé parce que je me disais « mais bizarre, jamais vu ça quasiment ».* Une autre sage-femme s'est confiée sur son expérience professionnelle : (SF D) « *J'ai travaillé à [autre maternité], tu appelles toujours une dame par son prénom, c'est normal, tu l'apprends dès le début quand tu fais ton stage, donc je peux dire que si tu l'appelles Madame, au secours quoi* ». Il semblerait que l'équipe de la structure dans laquelle elles travaillent mène les sages-femmes à modifier leur langage. Ainsi, la façon d'envisager la relation sage-femme/femme serait différente selon les maternités et pourrait se traduire par la façon dont sont nommées les femmes. Cela est un autre déterminant des termes que nous n'avions pas évoqué dans nos hypothèses.

L'institution hospitalière, en elle-même, semble modifier les pratiques des sages-femmes. Nous avons déjà discuté plus haut de l'utilisation du terme « Madame nom de famille » dans un but de les considérer et de les personnifier. Or, certaines sages-femmes nous ont confié utiliser « Madame » au lieu de « Madame Nom de Famille », lorsque les gardes étaient trop denses : (SF E) « *parce que parfois, on n'a pas forcément le temps ou on a oublié entre la salle et la chambre, je dis juste « Madame »* » ; (SF C) « *Ben je pense que c'est le nombre de patientes que j'ai (rires), et bah, je pense que j'essaie au maximum de dire « Madame » et le nom de famille dans l'idéal en tout cas... mais je pense que, souvent, si je suis pressée, je vais juste dire Madame parce que je ne me souviens pas forcément du nom de famille.* » Les sages-femmes montrent alors que la charge de travail au sein d'une institution hospitalière peut modifier la façon dont sont nommées les femmes. Le terme « Madame Nom de Famille » présenté comme l'idéal, l'utilisation de « Madame » serait alors une adaptation de certaines sages-femmes à leur quantité de travail qui ne leur permet pas de personnifier la femme, chose qu'elles ont décrite comme importante au sein de la relation sage-femme/femme.

Nous retrouvons dans notre première partie d'entretien, des sages-femmes évoquant la charge de travail et le temps comme frein à l'établissement d'une relation sage-femme/femme jugée adéquate : (SF F) « *C'est principalement du temps qu'il faudrait en fait. Quand je dis du temps, je dis en salle de naissance de pas avoir 3 patientes en même temps mais ça ce serait vraiment féérique. Mais connaître tes patientes au moment de l'accouchement, c'est quand même très compliqué je trouve, pour une patiente d'arriver dans un endroit inconnu avec une personne inconnue à un moment où t'as mal où tu te sens un peu dans une vulnérabilité tu vois donc...* » ; (SF H) « *(le temps) parce que selon les gardes, comme elles sont chargées, le nombre de patients pris en charge... il y a des relations qui se mettent pas en place comme on aurait aimé* »

On comprend alors que la charge de travail au sein des hôpitaux peut constituer un frein à la création d'une relation sage-femme/femme jugée appropriée. Cela fait encore une fois écho à l'identité de la sage-femme et à l'éthique du *care*. La sage-femme est décrite comme gardienne d'une relation avec la femme, d'une approche plutôt du côté du *care* que du *cure*. Avec la médicalisation de la naissance, décrite comme mouvement plus masculin, le *cure* prédomine sur le *care* : la relation avec la femme passe ainsi au second plan pour favoriser la sécurité de l'accouchement. (49) Dans notre première partie d'entretien, une sage-femme a pu verbaliser ce phénomène et a également placé la sage-femme du côté du *care* : (SF G) « *En tant que sage-femme, tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, la gynéco a été hyper médicalisée et sortie de son contexte alors que tu vois, non, il s'agit pas d'avoir un ulcère à l'estomac ou un problème cardiaque, c'est pas du tout une maladie [...] t'es plus là pour leur rendre leur pouvoir que pour faire des choses techniques* ». Dans la littérature en obstétrique, les sages-femmes dénoncent ce délaissement du *care* suite à la médicalisation des naissances et parlent d'une dégradation relationnelle (50) (51).

Nous faisons cette même observation au sein du discours des sages-femmes que nous avons interrogées. Les entretiens mettent en évidence leur souhait de maintenir une relation jugée adéquate avec la femme est toujours présent malgré cette médicalisation. Une sage-femme verbalise un clivage entre le milieu hospitalier et le libéral. Elle nous confie utiliser le prénom plutôt rarement car la charge de travail à l'hôpital ne lui permet pas de le faire, contrairement au libéral : (SF G) « *Quand je sens qu'elle m'écoute pas du tout je dis « ok tu t'appelles comment, [prénom] tu vois tu m'écoutes regarde-moi [...] mais vu que ça reste assez rare parce qu'on bosse aussi dans un hôpital du coup c'est peut-être pas pareil si j'étais en libéral ou que je faisais accouchement à domicile quoi c'est aussi parce que du coup on travaille à l'hôpital et que du coup on a un turn over de patientes énorme* ». Ici, le mode d'exercice semble changer la façon dont sont nommées les femmes et la façon dont est envisagée la relation avec la femme.

La sage-femme comme guide vers la parentalité

Notre enquête a montré qu'au sein de cette relation, la sage-femme pouvait avoir un rôle de guide vers la parentalité auprès des femmes.

Lors de notre enquête de terrain, nous avons pu observer les interactions entre une femme, future primipare de 18 ans et une sage-femme. Celle-ci l'appelait « Madame » de manière systématique. Une fois l'enfant né, il s'est opéré une transition dans la façon de la nommer : la sage-femme l'appelait maintenant « Madame Nom de Famille ». Elle nous a expliqué la transition de termes d'adresse : (SF C) « *c'est sûr que les patientes jeunes comme ça tu dis qu'elles sont un petit peu, entre guillemets, un peu immatures. Tu te dis que bon elle, va falloir qu'elle prenne des responsabilités à partir de maintenant et que en gros, il va falloir prendre un peu en maturité...* »

Une autre sage-femme montre qu'elle peut avoir un véritable rôle d'aide à la compréhension des nouveaux positionnements parentaux. Auprès de jeunes femmes mineures, elle décide de ne pas utiliser le prénom ou le tutoiement dans le but d'orienter la femme vers son nouveau rôle de mère. (SF G) « *si elles ont 16 ans mais qu'elles accouchent, bien sûr qu'elles ont 16 ans et qu'il faut le prendre en compte dans le fait que, waouh, accoucher à 16 ans c'est quand même pas pareil qu'à 35 et que t'es déjà toi-même dans l'adolescence et que tu deviens mère etc. Mais en même temps, je trouve que c'est important de reconnaître leur statut de femme et de mère peu importe l'âge qu'elles ont, qu'elles peuvent être complètement capables de s'occuper de leurs enfants, d'avoir les bons réflexes d'avoir des discours adaptés [...] c'est pour lui faire comprendre en fait qu'elle passe un cap quoi.* » Nous retrouvons cette notion de « cap » chez une autre sage-femme lors de notre première partie d'entretien (SF G) « *Le ou la sage-femme, c'est un peu une tierce personne qui doit rester dans une certaine neutralité mais qui permet de faire passer un cap, en fait, tu vois, je me dis que c'est un cap de donner naissance, c'est un cap de vie dans la vie d'une femme.* »

Une autre sage-femme a appelé une femme « *maman* » dans le but de la motiver lors des efforts expulsifs mais également dans un but de la renforcer dans son futur rôle de mère : (SF L) « *C'était pour la recentrer sur le fait que là, elle devient mère et que du coup il faut qu'elle fasse déjà en sorte que son bébé aille bien* »

Dans la littérature, la parentalité se construit à l'aide d'introspection, de remaniements psychiques et d'interactions avec l'autre parent, s'il y a, et/ou l'enfant à venir. Le rôle de la sage-femme est décrit, ici, comme celui d'un accompagnant et de guide (49) (68).

Un récit d'une sage-femme dans la littérature nous dit que la sage-femme n'a pas un rôle dit « actif » dans le passage de ce cap, mais plutôt passif. Elle accompagne ce passage à la parentalité de manière plus discrète, elle se tient à l'écart en laissant agir la dyade mère-enfant voire triade mère-enfant-parent. (69)

« Être là pour observer, écouter mais ne pas intervenir », Sophie Donon-Corbal, sage-femme(69)

Ce choix de terme d'adresse pour aider la femme à passer ce cap serait-il donc une manière pour la sage-femme d'accompagner la parentalité de manière plus active lorsqu'elle en ressent le besoin ? Cela nous expliquerait alors pourquoi des sages-femmes utilisent ces termes lors des efforts expulsifs, avec des femmes jeunes ou encore avec des femmes jugées « immatures ».

Dans ce cas, les termes utilisés par les sages-femmes s'approchent ici de la notion d'actes de langage. Le philosophe John Langshaw Austin, décrit dans son ouvrage « *Quand dire, c'est faire* », (70) la notion d'acte de langage constatif et performatif : les énoncés constatifs permettent d'établir un constat sur le monde tandis que les énoncés performatifs agissent sur celui-ci. Par exemple, appeler la femme « *maman* » est ici un constat de la part de la sage-femme qui signale à la femme qu'elle devient mère. Avec notre développement ci-dessus, nous pouvons nous demander si cet acte constatif ne tend pas vers la performativité. Par ses mots, la sage-femme aide à ce passage vers la parentalité et ainsi, contribuerait à la rendre mère. Par ailleurs, elle produit également des actes physiques renforçant sa participation à la naissance d'une mère. Nos observations ont pu montrer que c'est elle qui dépose l'enfant sur la mère. De plus, la sage-femme rédige le certificat d'accouchement qui définit la femme comme mère biologique. (71) Par ces mécanismes et la relation qu'elle entretient avec elle, nous pouvons penser que la sage-femme annonce ou bien énonce la femme comme mère et la guide ainsi vers sa parentalité.

Ce deuxième résultat principal nous montre que la relation sage-femme/femme est singulière. Les savoirs de l'accouchement se transmettent de générations en générations et de femmes en femmes. Cette transmission décrite comme à la fois féminine et maternelle est au cœur du métier de la sage-femme et rejoint la notion du *care*. Malgré la médicalisation des naissances et les contraintes institutionnelles, les sages-femmes semblent, à travers leurs discours, porter toujours en elles cet héritage et cette volonté de valoriser l'accompagnement et la relation à la femme. Nous avons pu alors voir, que la sage-femme souhaitait établir une relation de confiance et d'équipe avec la femme. Elle se positionne en tant que guide vers la parentalité pour mener de manière passive ou active la femme à se reconnaître en tant que mère. Enfin, l'ambivalence entre le souhait d'égalité et d'adaptabilité aux besoins des femmes souligne la difficulté du positionnement des sages-femmes au sein de cette relation.

Une relation asymétrique en quête de symétrie

Dans cette dernière partie, nous allons aborder notre 3^{ème} grand résultat. Au fil de notre analyse, nous avons pu remarquer un phénomène récurrent chez une majorité des sages-femmes. Ces dernières se sont toutes présentées par leurs prénoms aux femmes. Par cette démarche, les sages-femmes autorisent de manière implicite les femmes à les appeler par leurs prénoms et leur laissent ainsi le choix de la nomination (SF B) « *après souvent je leur dis qu'elles peuvent m'appeler comme elles veulent* » ; (SF D) « *Je me vois pas faire « je suis Madame untel » non, ouais, c'est pas accueillant pour le coup. Ça m'empêche pas de la vouvoyer, ça n'empêche pas qu'elle me vouvoie, il y a mon nom de famille sur le badge pour le coup voilà mais finalement elle a le choix de se positionner comme elle le souhaite* »

Or, lors de nos observations, nous avons pu remarquer avec une sage-femme, que la femme s'était présentée à son tour par son prénom, ainsi que l'accompagnant.

SF G : « *Bonjour, je suis [Prénom SF G], la sage-femme* »

Femme G2 : « *Enchantée, [Prénom Femme G2]* »

Accompagnant AG2 « *[Prénom Accompagnant AG2]* »

Par la suite, la femme avait alors appelé la sage-femme par son prénom tout le long du travail. En revanche, la sage-femme n'a jamais, en retour, utilisé le prénom de la femme. Or, on peut penser que la présentation de la femme par son prénom est une manière implicite d'autoriser la sage-femme à l'appeler par son prénom.

A la suite de cette observation, nous avons décidé d'interroger les sages-femmes à ce sujet. Pratiquement toutes les sages-femmes ont verbalisé des expériences similaires. Nos résultats nous montrent que la majorité des sages-femmes ne se sentent pas à l'aise pour nommer les femmes par leurs prénoms en dehors de situations d'urgences, des efforts expulsifs et du stress/douleur ressentie chez une femme. Seule une sage-femme nous a dit être à l'aise avec le fait d'appeler les femmes par leurs prénoms en tout temps.

Les sages-femmes interrogées ont bien conscience de ce phénomène. Cependant, elles ont, pour certaines, du mal à y mettre du sens. Elles évoquent un mécanisme inconscient dont la finalité leur est difficilement accessible. Elles ont, en revanche, bien conscience du caractère asymétrique de ces présentations. Une sage-femme témoigne : (SF F) « *quand je dis « Bonjour je suis [prénom de SF F], je suis la sage-femme » j'attends d'elle, qu'elle m'appelle [prénom de SF F], tu vois si je voulais pas qu'elle*

m'appelle [prénom de SF F], je me présenterais pas comme ça. [...] Son prénom, c'est pas évident pour moi, [...] j'avoue que j'appelle tout le temps Madame. Mais du coup oui, elle m'appelle [Prénom de SF F], y'a pas de souci [...] et en plus ça doit être quelque chose d'inconscient et en même temps tu vois si elle m'appelait Madame X enfin ça me gênerait »

Nous avons pu dire que le tutoiement mutuel était signe d'égalité : ne pouvons-nous pas penser de même pour le prénom ? Nous nous sommes alors demandé pourquoi la sage-femme serait amenée à créer une asymétrie et donc potentiellement une hiérarchisation entre la femme et elle. (57) (66)

Deux sages-femmes vont réussir à exprimer la finalité de ce procédé au cours des entretiens. La sage-femme ne chercherait en réalité pas à créer une nouvelle hiérarchisation mais à gommer une hiérarchisation déjà existante. Nous avons pu déjà montrer que la relation soignant/soigné et, en outre, la relation sage-femme/femme était asymétrique dans notre premier partie (40) (21) (62). Nos résultats nous montrent que ce mécanisme serait une tentative de rééquilibrage de la relation : la femme a le choix de la nomination, et peut utiliser le prénom ; tandis que la sage-femme, elle, ne se laisse pas ce même choix.

L'asymétrie des termes d'adresse au sein du couple sage-femme/femme serait une tentative pour la sage-femme de rééquilibrer cette relation asymétrique : (SF F) « *est-ce qu'il y a pas un truc un peu de dire bon bah tu vois j'arrive j'ai imposé un peu je suis debout elles sont allongées [...], elle m'appelle par mon prénom* ».

Lors de nos observations, nous avons remarqué que même physiquement, les sages-femmes essaient de lisser cette asymétrie. Les femmes étant allongées, nous pouvons noter des tentatives des sages-femmes pour se remettre à la même hauteur physique : certaines s'assoient sur un tabouret en face d'elle, d'autres penchent uniquement la tête. Certaines sages-femmes s'accroupissent, à tel point que les femmes surplombent la sage-femme. Cette inversion d'hauteur physique illustre bien cette tentative de lissage de la hiérarchisation entre elles et rejoint notre résultat.

Une sage-femme explique ce phénomène. (SF G) « *j'ai l'impression qu'en tant que soignante si tu fais pas gaffe, tu peux avoir un certain ascendant sur la patiente parce que c'est toi qui va faire les gestes toi, qui va expliquer pas mal de choses donc j'ai l'impression que pour compenser ça, je la fais m'appeler par mon prénom du coup ça nous remet un petit peu à égalité alors que si moi je l'appelle aussi par mon prénom je trouve qu'on retourne un peu dans un truc... enfin je sais pas, c'est comme nous quand on va chez la sage-femme où gynéco tu vois mettre les pattes en l'air pour se faire examiner euh, tu te dévoiles, tu*

te mets à nu tu vois et je trouve ça compliqué de se mettre à nu devant quelqu'un du coup moi je pense que je rééquilibre comme ça »

Elle rejoint la première sage-femme citée sur l'asymétrie de la relation. Le soignant est puissant tandis que le soigné est vulnérable : (SF G) « *je trouve que dans la relation soignant-soigné, il y a une vulnérabilité de la position du patient qui n'est pas en toute puissance face aux soignants qui a le savoir etc, et justement il faut qu'ils apprennent à pas abuser de cette puissance et je trouve que dans la relation sage-femme femme [...], c'est d'autant plus important de pas déposséder la patiente de son savoir, de son pouvoir, de sa place, ne pas abuser d'une quelconque supériorité de quoi que ce soit et je pense que notre langage en dit beaucoup. Je pense qu'on peut sans le vouloir infantiliser les patients* ». Ainsi, laisser ce choix à la femme permettrait à la femme de reprendre un peu du pouvoir sur la relation sage-femme/femme. Dans la littérature sociologique et obstétricale, on retrouve cette asymétrie. Il y est décrit une interdiction pour les soignants d'utiliser ce pouvoir de manière abusive, d'autant plus que la femme se trouve dans une position de grande vulnérabilité de par tous les remaniements psychologiques, sociaux et relationnels que l'accouchement engendre. (21) (49) (51)

Cela fait écho à la vision de la relation sage-femme/femme décrite en première partie d'entretien : 4 sages-femmes ont décrit cette relation comme visant à établir un rapport d'égalité. En effet, les sages-femmes ont insisté sur le fait que la relation sage-femme/femme était avant tout une relation basée sur l'échange de connaissances et qu'il fallait reconnaître le savoir des femmes. Les sages-femmes ajoutent qu'il est nécessaire de rendre leur pouvoir aux femmes : (SF F) « *Mon métier c'est de rendre la patiente le savoir de sa puissance et du coup en la rassurant lui permettre d'accéder à son pouvoir quoi [...] tout simplement de pouvoir enfanter et de pouvoir de réussir à passer cette étape que de gérer cette difficulté de la douleur... le fait d'être mère* ».

Rendre le pouvoir de l'enfantement aux femmes serait un moyen de leur permettre de vivre au mieux ce moment intense qu'est l'accouchement et l'arrivée d'un enfant dans une vie. En effet, pour les sages-femmes interrogées, le moment de la naissance est déterminant dans la vie d'une femme et peut influencer la future femme et mère qu'elle sera en devenir. Elles ont conscience de l'impact psychique que cet événement peut provoquer.

Une sage-femme témoigne dans notre première partie d'entretien : (SF M) « *Si on va pas répondre à ses attentes [...] parce qu'on est trop pressé ou des choses comme ça, ça peut être un peu traumatisant, donc on essaie de faire en sorte [...] qu'elle le vive bien pour qu'elle puisse ne peut être traumatisée pour toute sa vie quoi [...] je pense que derrière c'est plus difficile pour elle de prendre confiance en elle en tant que mère et prendre confiance dans leur qualité de maman [...]* Nous on est vraiment là pour réussir à leur

donner confiance en ça pour qu'elles puissent profiter de ce moment-là et du coup établir des vraies bases pour après que derrière ce soit bien avec leur bébé ».

La passivité et la perte de pouvoir sur ses propres décisions/prises en charge lors de son accouchement sont associées à un moins bon vécu de celui-ci (72). Or, l'accouchement est, en effet, un évènement pouvant être traumatique même lorsqu'il se déroule de manière physiologique d'un point de vue médical. (21)

On comprend à travers ces mots et à travers leurs choix de termes d'adresse, que les sage-femmes tentent de créer de *l'empowerment* chez les femmes, procédé que nous avons déjà abordé en première partie. Laisser le choix aux femmes, c'est les rendre plus actives dans leur propre accouchement et c'est ce qu'une sage-femme interrogée décrit : (SF G) « *il faut que la patiente elle comprenne que je suis là pour elle pour son bébé et pour écouter ce qu'elle veut, que j'entends son projet, que j'entends sa voix, que je... que je vais rien faire sans son consentement que c'est elle qui drive* »

L'empowerment, terme anglosaxon issu du féminisme américain, est un « *processus délibéré d'échange de connaissances et de pouvoir, contribuant à la volonté et à la capacité de la femme de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, tout en lui permettant d'entreprendre avec confiance les actions qui découlent de ses choix.* » (73) Laisser le choix des termes d'adresse aux femmes représente une tentative d'*empowerment* de la part de la sage-femme. Cette définition est également à mettre en lien avec la notion d'échanges de connaissances évoquées plus haut. Effectivement, avec l'émergence des débats sur les violences obstétricales, le pouvoir est repris en partie par les patients et ici par les femmes. Ces combats ont mené à l'apparition de patients dits « experts » s'informant de plus en plus, notamment via internet, dans l'optique d'être plus capables de prendre des décisions pour eux-mêmes (1). La reconnaissance du savoir apporté par la femme est un autre moyen de créer de *l'empowerment* chez elles. Ce phénomène s'inscrit plus largement dans l'histoire de la relation soignant/soigné et sage-femme/femme que nous avons pu aborder en première partie.

Une sage-femme utilisait le « on » en dehors des efforts expulsifs et l'expliquait comme une relation d'équipe, comme vu précédemment, mais également comme une manière de **réajuster l'asymétrie de la relation** (SF I) « *je pense que le on c'est inclusif, [...] « on va vider la vessie », c'est pour dire c'est vous et moi, c'est pas juste moi et pour pas tomber dans l'autoritarisme « vous faites si vous faites ça », je pense aussi que c'est dans cet esprit-là quoi pour rester dans une relation pour moi dans une relation qui me paraît normale on n'est pas là pour donner des ordres* » Ce témoignage aborde le sujet du paternalisme médical que nous avons déjà pu mentionner dans notre première partie. Il est question

d'avoir un comportement limitant les choix et les actions de la femme en exerçant un type de contrainte, comme dans l'exemple donné dans le témoignage : en donnant des ordres. (40) Cette citation exprime la volonté de passer d'une médecine paternaliste à une relation moins hiérarchisée qui passe donc par les choix des termes d'adresse. Encore une fois, cela fait écho au revirement historique de la vision de la relation soignant/soigné : nous sommes passé d'une vision paternaliste à une vision plus holistique (47). Ceci dit, les discours des sages-femmes interrogées montrent que cette vision paternaliste ancienne est encore présente dans l'esprit des sages-femmes. Cela se traduit par une précaution toute particulière à ne pas revenir dans ce schéma où le soignant a le contrôle sur le soigné. Pour cela, les sages-femmes semblent, en partie, utiliser ce mécanisme de choix dans les termes d'adresse que ce soit dans l'utilisation du « on », ou bien le choix laissé pour le tutoiement et l'usage du prénom.

Ce dernier résultat principal nous montre que la sage-femme a conscience de l'asymétrie de cette relation. Même si la société est entrain de replacer le patient (ou la femme) au centre des décisions et de la prise en charge, les sages-femmes ont évoqué dans leurs discours la vision paternaliste de la relation soignant/soigné. Toujours en lien avec la volonté des sages-femmes de préserver le *care*, central dans leur identité professionnelle, elles vont tenter de s'en défendre. Elles semblent refuser tout positionnement paternaliste tout en décrivant la facilité avec laquelle il est possible de retourner dans ce schéma. Elle l'explique par la vulnérabilité de la femme. Pour cela, par notamment une création d'asymétrie dans les termes d'adresse, la sage-femme tente de lisser cette hiérarchisation entre elle et la femme. Ce phénomène soulève le questionnement des sages-femmes, plus ou moins conscients, sur leur rapport aux femmes et leur positionnement professionnel.

Réponse à nos hypothèses

Hypothèse n°1

Notre première hypothèse était : le choix des termes d'adresse employés peut révéler des modalités à propos de celle-ci : un rapport de domination, une relation maternante ou bien encore une relation de solidarité.

Suite à notre analyse, **nous pouvons affirmer cette hypothèse**. Nos résultats ont montré que certains termes d'adresse pouvaient évoquer un sentiment infantilisant et paternaliste, traduisant un rapport de domination. D'autres ont révélés une tentative d'enveloppement, de contenance et de maternage de la part de la sage-femme. Enfin, d'autres termes ont pu mettre en évidence que la relation sage-femme/femme représente une véritable alliance, un partenariat, c'est à-dire, une relation de solidarité.

Hypothèse n°2

Notre deuxième hypothèse était : Le choix des termes d'adresse est influencé par plusieurs facteurs : la différence d'âge sage-femme/femme, la différence de parité (ou nombre d'enfant) sage-femme/femme, le milieu socio-économique des deux protagonistes, l'histoire personnelle de la sage-femme, ainsi que le déroulé du travail.

Nous pouvons **partiellement affirmer cette hypothèse**. En effet, il existe bien une différence dans le choix des termes d'adresse selon l'âge de la femme (notamment celles qualifiées comme jeunes). Cependant, cette variation ne semble pas résider dans la différence d'âge entre la sage-femme et la femme mais uniquement dans l'âge celle-ci, indépendamment de celui de la sage-femme. Nous faisons la même observation avec la différence de parité. Le fait que la sage-femme ait déjà eu des enfants peut influencer la vision de cette relation se reflétant dans ses choix de termes d'adresse. Mais, encore une fois, cette variation ne réside pas dans la différence de parité mais dans le fait que la sage-femme ait eu des enfants ou non, indépendamment de la parité de la femme. Nous avons retrouvé une variation d'usage des termes lorsque les femmes étaient qualifiées comme vulnérables, avec un parcours migratoire et venant d'un milieu socio-économique défavorisés. En revanche, nous n'avons pas retrouvé cette différence lorsque ces milieux étaient identiques ou bien plus élevés que celui de la sage-femme. Par ailleurs, nous pouvons noter que nos questions pour

évaluer notre population de sages-femmes et leurs milieux socio-économiques n'étaient pas assez détaillées. Nous aurions pu approfondir, en les questionnant notamment sur le métier de leurs parents, par exemple. Nous avons décidé de ne pas le faire pour ne pas entraver l'anonymisation des sages-femmes. Etant donné qu'elles travaillent au sein de la même structure, elles pourraient se reconnaître entre elles.

L'histoire personnelle de la sage-femme influence le choix de termes d'adresse de par son éducation, son propre accouchement, son propre vécu de locuteur et sa propre sensibilité par rapport aux situations rencontrées.

Enfin, l'évolution du travail est un déterminant dans le choix de ces termes. En effet, l'absence de péridurale, les IMG⁴, l'accouchement sous X, la pose de la péridurale, l'état psychologique de la femme, la douleur, les efforts expulsifs et les urgences ont été évoqué à plusieurs reprises comme des déterminants des termes d'adresse.

Pour conclure, nous pouvons **affirmer partiellement** cette hypothèse.

Hypothèse n°3

Notre troisième et dernière hypothèse était : l'utilisation de termes affectueux et/ou du tutoiement est une stratégie plus ou moins consciente pour la sage-femme pour créer rapidement une relation de confiance avec la femme en salle de naissance.

Nos résultats nous permettent **d'affirmer partiellement cette hypothèse**. Une seule sage-femme a évoqué un terme (le prénom) comme moyen de créer une relation rapidement avec la femme. La sage-femme en question n'a pas mentionné qu'elle considérerait le prénom comme un terme affectueux, ce qui ne nous permet pas totalement d'affirmer notre hypothèse. Ceci dit, d'autres sages-femmes nous ont dit éviter d'utiliser le prénom car il créait une trop grande proximité avec la femme. Pouvons-nous alors penser que ce phénomène traduit un certain caractère affectueux de ce terme ? Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer complètement.

Deux sages-femmes ont soulevé qu'il y avait une nécessité de construire une relation de confiance en peu de temps. En revanche, pour ce dernier point, les sages-femmes n'ont pas relié cette volonté de création d'un lien de confiance sur un moment bref avec un changement de terme d'adresse. Cela peut, peut-être, s'expliquer par un mécanisme resté encore inconscient chez ces sages-femmes, à contrario de la première sage-femme, qui le conscientise.

Par ailleurs, l'usage du tutoiement n'a pas été évoqué comme une stratégie pour créer une relation de confiance rapide avec la femme.

⁴ Interruption médicale de grossesse
BERDIE Amélie

Forces et limites de l'étude

Forces

Un sujet peu exploré

Notre étude présente plusieurs forces. Pour commencer, il s'agit d'un **sujet à priori peu abordé**. Notre travail aura permis d'introduire un nouvel axe d'étude de la relation sage-femme/femme que sont les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes.

Une méthodologie complémentaire

Ensuite, la méthodologie choisie est une **méthode complémentaire** constituée d'observations et d'entretiens. Cela nous a permis de relever, en contexte, les usages des sages-femmes pour ensuite les analyser avec elles par une **approche réflexive** lors des entretiens (excepté pour le tutoiement qui n'aura jamais été observé mais évoqué spontanément par les sages-femmes lors des entretiens). En outre, cela nous aura permis d'obtenir une analyse plus poussée sur le réel sens d'utilisation des termes par les sages-femmes que si nous avions uniquement procédé par entretiens ou observations. Par ailleurs, nous avons réussi à observer 12 sages-femmes et à en interroger 11. Cette taille d'échantillon nous permet d'obtenir une première approche du sujet.

Limites

Le biais de l'observateur

Lors de nos observations, nous étions présentes dans la pièce avec la sage-femme pendant toute la durée de la garde. Or, nous sommes conscientes que notre présence a pu modifier les pratiques de la sage-femme. Pour pallier ce biais, nous avons essayé de nous faire les plus discrètes possibles lors des interactions : nous nous mettions dans un coin de la salle, à un endroit où la sage-femme ne circulait pas et préférentiellement, hors de son champ de vision. Nous avons annoncé notre étude comme étant une recherche sur la relation sages-femmes/femme sans préciser que nous observions tout particulièrement les termes d'adresse employés pour nommer la femme.

Nous avons interrogé les sages-femmes à ce sujet à posteriori pour essayer d'évaluer l'impact que notre présence a pu engendrer. Globalement, nous pouvons dire que la majorité des sages-femmes ne se sont pas senties gênées : seules deux sages-femmes sur les onze interrogées ont estimé que notre présence avait pu modifier leurs pratiques, notamment par une peur d'une évaluation ou jugement quant à leur pratique. La deuxième sage-femme a affirmé ne plus avoir ressenti cet effet sur la 2^{ème} garde où nous l'avions observée.

En revanche, nous devons tout de même interpréter ces résultats en ayant conscience que notre présence a modifié, même de façon minime, les interactions entre la sage-femme et la femme. De plus, nous nous étions présentées comme étudiante sage-femme. Cela a engendré à trois reprises, une sortie de l'observation avec une sage-femme nous demandant de l'aider lors d'hémorragie ou de bradycardie fœtale. L'observation était donc mise en suspens et ces parties d'enregistrement audio n'ont pas été analysées. Pour pallier ce biais, nous avons pu, dans une seule maternité, emprunter une tenue de couleur bleue et donc différente de celle portées par les sages femmes ou par les étudiantes sages-femmes. Par ailleurs, nous avons fait en sortes de ne pas recruter des sages-femmes que nous pouvions connaître pour améliorer notre neutralité d'observation.

Le biais d'autosélection

Nous avons recruté les sages-femmes volontaires pour participer à l'étude. Or, les sages-femmes ayant participé à l'étude sont probablement celles s'étant déjà questionné par rapport à la leur relation sage-femme/femme. Ainsi, les participantes sont probablement plus intéressées par ce sujet que celles ayant refusé de participer à cette recherche.

Les biais lors de l'entretien

Tout d'abord, il existe un **biais de mémorisation** lors de notre entretien. En effet, les sages-femmes ont du se souvenir de la façon dont elles appelaient les femmes en situation réelle. Il se peut que des sages-femmes n'aient pas donné certains éléments de réponse car elles ne se souvenaient pas/n'avaient pas conscience de leurs propres pratiques. De plus, nous revenions sur nos observations faites. Après chaque dossier rappelé, nous essayions d'évaluer si la sage-femme se souvenait ou non de la situation : sur 25 situations observées, les sages-femmes se rappelaient de 17 situations.

Il existe **un biais de désirabilité sociale**. Abordant la relation sage-femme/femme, les sages-femmes peuvent porter un jugement sur leurs propres pratiques et ainsi choisir une réponse interprétée comme plus socialement acceptable.

Enfin, nous avons utilisé un outil appelé le **photolangage**®. Comme évoqué dans la partie matériel et méthode, le photolangage est un outil utilisé à l'origine en psychologie. Or, nous avons choisi un angle disciplinaire linguistique voire même sociolinguistique : sa présence représente un biais à considérer. De plus, nous avons nous-même choisi notre banque de photographies. Nous avons conscience que cela peut induire les réponses des sages-femmes. Ceci dit, nous avons décidé d'intégrer cet outil à notre étude afin de faire émerger les représentations des sages-femmes plus facilement. Aujourd'hui, nous pouvons constater que ce photolangage® nous aura permis de dévoiler des éléments intéressants de compréhension et de discuter nos résultats émergés en partie 2 et 3 de nos entretiens.

Enfin, nous avons fait le choix d'utiliser un **tableau, présenté en annexe 4**. Il nous a servi à affiner la recherche des déterminants des termes d'adresse. Cependant, nous avons conscience que ce dernier a pu, lui aussi, induire des réponses.

Réflexions et ouvertures

Suite à nos résultats, nous pensons que cet axe d'étude de la relation sage-femme/femme serait à élargir. En effet, les sages-femmes ont, pour la plupart, avoué ne s'être jamais interrogées sur ces questions. Elles nous ont confié que cette étude leur avait permis de faire un véritable travail d'introspection et que cela les mènerait à se poser plus de questions quant à leurs propres pratiques. Cette recherche a permis aux sages-femmes de se questionner sur leur positionnement en tant que professionnelles mais aussi en tant qu'êtres humains au sein de leurs relations avec les femmes. Cet exercice de réflexion personnelle nous semble primordial pour mieux aborder les relations avec les femmes et mieux s'ajuster à elles.

Il serait intéressant de mener cette étude au sein d'autres services, notamment en suites de couches, avec un plus grand échantillon. Il faudrait également réussir à mener une étude en observant la même sage-femme sur plus de gardes (> 2 gardes) pour obtenir une meilleure fiabilité des résultats.

Par ailleurs, nous n'avons pu interroger que des sages-femmes de sexe féminin. Il serait intéressant de reproduire cette étude auprès de sages-femmes hommes. En effet, lors de notre discussion, nous avons retrouvé beaucoup de littérature décrivant la sage-femme comme inscrite au sein d'une transmission féminine, et du *care*, notion rattachée au milieu féminin. Des travaux existent déjà sur le positionnement des hommes sages-femmes au sein de cette relation. Ceci dit, nous pourrions également l'étudier via les termes d'adresse.

Lors de nos observations, nous avons pu relever des termes indirectement adressés à la femme qui nous semblent intéressants à étudier par la suite. Une sage-femme a pu utiliser des formulations comme « c'est vous la maman » dans un contexte où les liens générationnels étaient peu clairs. En effet, il existait une confusion entre la femme devenant mère pour la première fois, et l'accompagnante, mère de la femme, et future grand-mère de l'enfant à naître. Nous nous sommes demandé si la sage-femme n'avait pas, comme dit dans notre partie 2 de nos résultats, un rôle de guide vers la parentalité. Dans ce cas-là, on peut même aller plus loin en se demandant si la sage-femme n'a pas un rôle d'instauration/de réorganisation des liens familiaux. Ce terme a pu être utilisé dans d'autres contextes, surtout post-naissance « c'est magique une maman ! », « bravo à la maman ! », « c'est la nouvelle maman »

Toujours dans ce même procédé indirect, des sages-femmes ont pu caractériser les femmes par d'autres termes comme par exemple : « vous êtes la machine » (en expliquant le mécanisme des contractions utérines).

Nous avons également pu observer différentes manières de nommer les femmes en dehors de la salle, entre collègues. Cette étude serait aussi intéressante à mener afin de comprendre ce que les termes utilisés peuvent révéler sur les représentations qu'ont les sages-femmes à propos des femmes accompagnées.

Enfin, il nous semble encore plus important de réaliser des entretiens auprès des femmes afin d'évaluer leurs vécus par rapport aux termes d'adresse utilisés par la sage-femme pendant leur travail en salle de naissance. Cela permettrait de compléter cette étude.

Conclusion

La relation sage-femme/femme est un élément central de la profession de sage-femme. L'article de la linguiste Charlotte DANINO a montré que la linguistique pouvait apporter de nouveaux éléments en obstétrique et notamment sur la relation sage-femme/femme. (1) Dans cette démarche, nous nous sommes intéressées aux termes d'adresses utilisés par les sages-femmes lors du discours directement adressé en salle de naissance. Notre **objectif principal** était de comprendre ce que pouvaient révéler ces choix de termes d'adresse sur la relation sage-femme/femme.

En étudiant ces termes, notre étude a pu faire émerger des modalités par rapport à cette relation que nous pouvions retrouver, pour certains, dans la littérature. Cette relation est avant tout un rapport entre deux êtres humains. La fréquence, les déterminants ainsi que le sens de certains termes varient d'une sage-femme à l'autre. Par ailleurs, des éléments de leur propre éducation et histoire personnelle de locuteur sont observables par leurs choix de termes d'adresse. Comme tout être individuel, la sage-femme porte en elle son propre vécu et sa propre sensibilité. Etant témoin d'évènements de vie intenses autant physiquement qu'émotionnellement, la sage-femme cherche à mettre de la distance dans sa relation avec la femme pour se protéger mais également, parfois, pour se défendre de leur propre identification projective. Ce processus plus ou moins conscient nous a mené à nous questionner sur l'importance de la prise de recul et de la neutralité dans nos rapports avec les femmes.

Par ailleurs, les sages-femmes ont montré une difficulté à trouver les termes d'adresse adéquats pour nommer les femmes, créant ainsi une certaine ambiguïté sur la façon d'appréhender leur positionnement face à elles. On remarque cette ambivalence dans le souhait des sages-femmes à agir de la même façon avec toutes les femmes, et qui pourtant se retrouvent à s'adapter inévitablement à leurs besoins. Ce phénomène est d'autant plus présent que la sage-femme souhaite mettre en place une relation rapide puisque que les sages-femmes interrogées ne rencontrent la femme pour la première fois qu'au moment de l'accouchement. Le milieu hospitalier, et plus précisément, les contraintes institutionnelles sont apparues comme déterminant des termes d'adresse utilisés par les sages-femmes. La charge de travail et le nombre de patientes à prendre en charge dans ces deux hôpitaux influencent la façon de nommer les femmes et constitue un frein à la relation sage-femme/femme. Nous nous sommes alors questionnées sur la médicalisation de la naissance où le *cure* prédomine sur le *care*. Ce dernier, dans nos résultats, s'est trouvé être central dans l'identité professionnelle de la sage-femme. Par leurs façons d'appeler les femmes, elles entretiennent des relations maternantes, de protection et de valorisation des femmes (par de *l'empowerment* ou bien une humanisation par le nom de famille) et enfin les guident vers la

parentalité. Le *care* et ces modalités relationnelles ont soulevé la question de la transmission féminine et générationnelle des savoirs d'une culture commune de la naissance. Dans notre étude, les sages-femmes semblent s'inscrire via leurs discours dans cet héritage de la sage-femme historique et ancestrale focalisée sur le *care* et ainsi sur la protection et l'accompagnement des femmes. Dans cette même idée de transmission, l'histoire paternaliste de la relation soignante/soigné est toujours présente dans l'esprit des sages-femmes qui le combattent malgré la vulnérabilité de la position du soigné et la dominance du *cure* sur le *care*. Pour cela, notre étude montre que les sages-femmes utilisent une stratégie en créant une asymétrie des termes d'adresse pour lisser celle de la relation sage-femme/femme. Elles ont aussi évoqué l'intérêt de s'unir aux femmes pour créer une relation d'équipe. Il s'agit alors d'une relation singulière et asymétrique.

Notre **objectif secondaire** consistait à identifier les déterminants de ces termes. Nous les avons exposés en annexes 12 et 13 et les avons fait émerger tout au long de notre propos. Les mêmes déterminants ont été évoqués par des sages-femmes différentes. Cependant, tous n'étaient pas reliés aux mêmes termes, mettant en évidence à nouveau l'individualité de la sage-femme dans ces choix de termes d'adresse. Nous avons pu retrouver : l'âge de la femme, son état psychologique, l'urgence, la douleur, l'IMG/mort fœtale, l'accouchement sous X, la pose de la péridurale, la barrière de la langue, la perte de lien avec la femme, le caractère particulièrement vulnérable de la femme, le milieu socio-économique, la charge de travail, le lieu de travail, l'histoire personnelle de la sage-femme (rapport à la mort, éducation/normes sociales, habitudes, son propre accouchement, son identification à la femme), les efforts expulsifs. Enfin, nous pouvons ajouter que l'intention de la sage-femme peut déterminer les termes choisis : avoir une relation de confiance, rassurer, créer un lien, guider vers la nouvelle parentalité, corriger une hiérarchisation entre le soignant et le soigné.

Notre **dernier objectif** consistait à identifier les termes d'adresse utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes lors du discours directement adressé. Nous avons retrouvé « Madame », « Madame Nom de famille », le prénom, « ma belle », le tutoiement, le vouvoiement, « maman », « ma pauvre » et « on ».

Pour conclure, ce travail aura permis de nous éclairer sur la relation sage-femme/femme avec un axe à priori peu abordé auparavant. La relation entre la sage-femme et la femme est extrêmement importante pour le bon déroulé de l'accouchement que ce soit d'un point de vue psychique ou physique. (61) Le langage y a toute son importance. Les études en linguistique permettraient, au fur et à mesure, de mieux comprendre la relation sage-femme/femme que ce soit

du point de vue des femmes mais également des sages-femmes, pour, *in fine*, mieux accompagner la femme dans cette étape importante de sa vie.

« *Il s'agira d'écouter les soignants pour mieux entendre les patients* », Villand et al. (61)

Bibliographie

1. Danino C. Au commencement était le verbe... Explorations linguistiques de la périnatalité. Revue Sages-Femmes. 1 janv 2020;19(1):48-52. [Internet] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408820300262>
2. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Revue Sante Publique.2007;19(5):413-25. [Internet] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm>
3. CNRTL. Langue [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/langue>
4. Chiss J-L, Izard M, Puech C. Structuralisme. Encyclopædia Universalis. [Internet] Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/structuralisme/>
5. Saussure F. Cours de linguistique générale. Payot, 2005.
6. Wald P. « La langue est un fait social ». Rapports entre la linguistique et la sociologie avant Saussure. Revue Langage et société. 23 nov 2012;n° 142(4):103-18.[Internet] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2012-4-page-103.htm>
7. Puech C, Radzynski A. La langue comme fait social : fonction d'une évidence. Revue Langages. 1978;12(49):46-65. [Internet] Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1978_num_12_49_1921
8. Calvet LJ. La sociolinguistique. Chapitre 1 : La lutte pour une conception sociale de la langue. Que sais-je? 27 août 2013;8e éd.:5-16. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/la-sociolinguistique--9782130621478-page-5.htm>
9. Manning PK. Goffman on Organizations. Sage journals. 1 mai 2008;29(5):677-99. [Internet] Disponible : https://www.researchgate.net/profile/Peter-Manning/publication/240279748_Goffman_on_Organizations/links/54dbca790cf28d3de65cf5ee/Goffman-on-Organizations.pdf

10. Labov W. Sociolinguistique. Les éditions de minuit, 1976.

11. Cauquelin A. Aristote : le langage. Chapitre 2 : Du côté de l'analyse du langage. Revue Philosophies. 1990;40-69. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/aristote-le-langage--9782130433156-page-40.htm>

12. Whorf B. Science and linguistics [Internet]. Disponible : <http://web.mit.edu/allanmc/www/whorf.scienceandlinguistics.pdf>

13. Fortis JM. De l'hypothèse de Sapir-Whorf au prototype : sources et genèse de la théorie d'Eleanor Rosch. Corela [Internet]. 27 oct 2010 [cité 8 mai 2021];(8-2). Disponible : <http://journals.openedition.org/corela/1243>

14. Berlin B, Kay P. Basic color terms : their universality and evolution. University of California Press; 1991, 196p.

15. Lucien A, Richard P. Le langage comme représentation du Monde, l'exemple de l'hébreu. HAL SHS. Nov 2007, 73-80 [Internet] Disponible : https://halshs.archives-ouvertes.fr/sic_00186650

16. Cabestan P. « L'inconscient est structuré comme un langage ». Éléments pour une réception phénoménologique de la conception lacanienne du primat du signifiant. Revue de phénoménologie. 1 oct 2011;(19):9-24. [Internet] Disponible : <http://journals.openedition.org/alter/1347>

17. Freud S. Psychopathologie de la vie quotidienne. Payot, 1901.

18. Kerbrat-Orecchioni C. « Nouvelle communication » et « analyse conversationnelle ». Langue française. 1986;70(1):7-25. [Internet] Disponible : https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1986_num_70_1_6368

19. Rey V, ROMAIN C. Les pratiques langagières au cœur de la relation de soin. HAL ; 2018 [cité 5 mai 2021]. p. 169-85. [Internet] Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01933604>

20. Claudel C, Fabas L. Communication dans le soin. Base Santé Psy ; 2014 [Internet] Disponible : https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice_display&id=360517

21. Manaouil C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? La Revue Sage-Femme. 1 déc 2018;17(6):261-71. [Internet] Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408818300816>

22. Armengaud F. Nom. Encyclopædia Universalis. [cité 11 janv 2021]. [Internet] Disponible : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/nom/>

23. Frath P. Dénomination référentielle, désignation, nomination. Revue langue française. 2015;188(4):33-46 [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-langue-francaise-2015-4-page-33.htm>

24. Kleiber G. De la dénomination à la désignation : le paradoxe ontologico-dénotatif des odeurs. Langue française. 19 juill 2012;n°174(2):45-58. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-langue-francaise-2012-2-page-45.htm>

25. Kerbrat-Orecchioni C. Pour une approche contrastive des formes nominales d'adresse. Journal of French Language Studies. mars 2010;20(1):3-15. [Internet] Disponible : <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-french-language-studies/article/abs/pour-une-approche-contrastive-des-formes-nominales-dadresse/A8C23DEB3523F35A7FF49DADA96F0EA6>

26. Laublin S. L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. Le Journal des psychologues. 2008;256(3):34-6. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-34.htm>

27. Ghadi V, Compagnon C. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. 2009 [cité 24 avr 2022]. [Internet] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

28. Phaneuf M. Les maux de la politesse en soins infirmiers. 2016 [cité 11 janv 2021]. [Internet] Disponible sur: <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Les-maux-de-la-politesse-en-soins-infirmiers.pdf>

29. Berger G. L'impact de l'usage du tutoiement sur la relation de soin en médecine générale, le point de vue du médecin généraliste dans les Hautes Alpes. [Thèse de Médecine] [Internet] [France] BERDIE Amélie

: Université de Marseille ; 2019. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363817/document>

30. Gabay J, Hérisson B. Le toucher « relationnel » dans les soins ? Revue Soins. 2013. [cité 5 mai 2021] [Internet] Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/793478/le-toucher-relationnel-dans-les-soins>
31. Garric N, Herbland A. Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel. Langage et société. 27 janv 2020;N° 169(1):15-30. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2020-1-page-15.htm>
32. Macias A. Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages femmes et gynécologues-obstétriciens. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : Université Paris Descartes ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02301776>
33. SEGU J. Usage du tutoiement en santé. Modalités et impact du tutoiement entre sages-femmes et patientes. [Mémoire de sage-femme] [France] : Université de Tours; 2018.
34. Denney-Koelsch EM, Côté-Arsenault D, Lemcke-Berno E. Parents' Experiences With Ultrasound During Pregnancy With a Lethal Fetal Diagnosis. Glob Qual Nurs Res. Sage Journals, 2015. [Internet] Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26878030/>
35. Nishizaka A. Instructed perception in prenatal ultrasound examinations. Sage Journals. 2014 [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1461445613515354>
36. Herdengerger A. Au-delà des mots... La communication non verbale dans la relation entre femme et sage-femme.[Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : Université de Rouen, 2015;75. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01399937>
37. Morlier É. Le toucher soignant dans l'accompagnement à l'allaitement maternel en maternité : vécu des mères allaitantes et alternatives. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : Université de Brest. 2016;26. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560107/document>

38. Depret M. L'information délivrée aux parturiente et l'activité des sages-femmes en salle de naissance. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] ; Université de Lille ; 2016. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382639/document>
39. Memmi D. Faire vivre et laisser mourir. La Découverte; 2003 [cité 8 avr 2021]. [Internet] Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/faire-vivre-et-laisser-mourir--9782707139337.htm>
40. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Revue Raisons politiques. 2003;11(3):59-79. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59.htm>
41. Cardin H. La loi du 4 mars 2002, dite Kouchner. Les Tribunes de la sante. 25 avr 2014;42(1):27-33. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>
42. Knibiehler Y. Accoucher. Presses de l'EHESP; 2016 [cité 8 avr 2021]. [Internet] Disponible sur: <https://www.cairn.info/accoucher--9782810904488.htm>
43. Le care-cure [Internet]. L'Humanité. 2015 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/en-debat/la-chronique-de-cynthia-fleury/le-care-cure-568910>
44. Laugier S. Le care comme critique et comme féminisme. Travail, genre et societes. 4 nov 2011;26(2):183-8. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2011-2-page-183.htm>
45. Paperman P. Ethique du care : un changement de regard sur la vulnérabilité. Gerontologie et societe. 20 sept 2010;33133(2):51-61. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2010-2-page-51.htm>
46. Dû ML. Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre. Clio Femmes, Genre, Histoire. 2019;n° 49(1):137-51. [Internet] Disponible <https://www.cairn.info/revue-clio-femmes-genre-histoire-2019-1-page-137.htm>

47. Gagnon R. Au cœur de la pratique sage-femme québécoise : la relation de confiance. *La Revue Sage-Femme*. 1 nov 2013;12(5):214-9. [Internet] Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408813001004>

48. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DRESS 2021;74. [Internet] Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

49. Nadel D. Transmettre et accueillir la vie... *Spirale*. 2008;n° 47(3):41-52. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-41.htm>

50. Bessonart J. Paroles de sages-femmes. Les dossiers de la naissance. 1992

51. Blatgé M. Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement. *Lectures* [Internet]. 3 mai 2007 [cité 8 avr 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/403>

52. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales*. 19 sept 2013;173(3):25-32. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>

53. Renault CC. Photolangage [Internet]. *Érès*; 2019 [cité 24 avr 2022]. Disponible : <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-473.htm>

54. Larsson B. Le sens commun ou la sémantique comme science de l'intersubjectivité humaine. *Langages*. 2008;170(2):28-40. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-langages-2008-2-page-28.htm>

55. Henny R. L'interprétation. *Psychotherapies*. 3 avr 2008;28(1):57-62. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2008-1-page-57.htm>

56. Picard D. Chapitre premier. Aperçu historique. *Que sais-je?* 14 nov 2019;6:11-27.

57. Pires M. Usage and strategic functions of the TU-form in public written French. *Langage et societe*. 2004;108(2):27-56. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2004-2-page-27.htm>
58. Rusziewski M. Face à la maladie grave. DONOD. 1999.
59. Blanchard F, Morrone I, Ploton L, Novella JL. Une juste distance pour soigner ? *Gerontologie et societe*. 2006;29118(3):19-26. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-3-page-19.htm>
60. Relinger E, Jamard M. Comment les sages-femmes gèrent-elles les émotions dans leur pratique professionnelle ? [Mémoire de sage-femme] [Internet] [Suisse] : Université de Lausanne ; 2012. Disponible : https://doc.rero.ch/record/31912/files/HESAV_TB_Jamard_2012.pdf
61. Villand A, Gabai N, Gansel Y, Maggi-Perpoint C. « États des liens » en maternité : paroles de soignants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 oct 2012;60(7):487-91. [Internet] Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961712017497>
62. Larocque S, Caveen C. Sages-femmes un véritable partenariat. *Revue Reflets*. 1997. [Internet] Disponible : <http://id.erudit.org/iderudit/026183ar>
63. Bydlowski M. Le devenir intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001;13(2):41-52. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-2-page-41.htm>
64. Adet A. Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance chez des femmes primipares. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : Université de Paris Descartes ; 2016. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01401622>
65. Thomas C. Accompagnement des parturientes algiques: pratique et difficultés des sages-femmes. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559363>

66. Collonval S. J'interagis, donc je suis. Travaux du cercle belge de Linguistique ; 2020 [Internet] Disponible : <https://researchportal.unamur.be/en/publications/jinteragis-donc-je-suis-enqu%C3%AAte-sociolinguistique-en-milieu-hospi>
67. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
68. Arbinet M. Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance. [Mémoire de sage-femme] [Internet] [France] : Université de Lille 2018. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664252>
69. Donon-Corbal S. État d'âme d'une sage-femme. Spirale. 2004;29(1):141-2. [Internet] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2004-1-page-141.htm>
70. Austin J. Quand dire, c'est faire. Points. 1991.
71. Code de déontologie des sages-femmes. Ordre des sages-femmes. 2021 [Internet] Disponible : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>
72. Faniel PA. La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde. Centre d'expertise et de ressource pour l'enfance. 2013
73. Mailhot, Lafrance J. L'empowerment : un concept adapté à la pratique des sages-femmes. Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-Femme. 2005;4(2)
74. Hall M. Containing the container: an exploration of the mother midwifery relationship. International Journal Of Infant Observation and Its Applications. 2011. 14 (2):145-162 [Internet] Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698036.2011.583429>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien SF G

Partie 1 : Réflexion autour de la relation sage-femme/femme et des représentations

- Photolangage : Choisis la ou les photos qui t'évoque le plus la relation sage-femme/femme en salle de naissance. Accompagne de 3 mots cette photo.
- Comment pourrais-tu définir la relation sage-femme/femme, comment l'envisages-tu ?
- Comment qualifierais-tu ta relation aux femmes ?
- Pourquoi as-tu voulu être sage-femme ? Qu'est-ce que représente pour toi le métier de sage-femme ?
- Qu'est-ce qui te semble essentiel pour construire cette relation sage-femme/femme ?
- Qu'est-ce qui pourrait influencer la relation sage-femme/femme ?

Partie 2 : Réflexion autour de leur expérience linguistique avec les femmes en salle de naissance - identification des termes et de leurs déterminants

- Comment appelles-tu les femmes ?
Autres questions possibles : Les appelles-tu parfois d'une autre manière que par leur nom ?
- Est-ce que tu les appelles tout le temps ou est-ce que ça t'arrive de ne pas le faire ?
- Si n'utilise pas d'appellation : pourquoi ?
- Est-ce que tu les appelles toutes pareilles ?
 - Si oui : pourquoi
 - Si non : qu'est-ce qui pourrait faire que tu décides de les appeler d'une façon ou d'une autre ? Dans quelle mesure les caractéristiques spécifiques de la patiente peuvent-elles t'influencer dans ta relation à elle ?
➔ Présentation du tableau en annexe 4
- Comment peux-tu expliquer cet usage ?
Autres questions : Pourquoi utilises-tu ce terme ? Avec qui ? A partir de quand l'utilises-tu ? Quels sont les moments où tu utilises ce terme ?
- Est-ce qu'une femme t'a déjà demandé à être appelée d'une certaine manière ?
Si oui, comment t'es-tu sentie ?
- Au contraire, as-tu déjà ressenti des signes de réticences pour une appellation particulière ?
- Depuis quand utilises-tu ce terme ? (Depuis étudiante ? Ou plus tard ?) Comment peux-tu l'expliquer ?

Y-a-t-il un effet sur la relation avec la femme ? La façon de la nommer influence-t-elle la relation avec elle ?

- Au cours de tes études, de tes expériences, quel(s) autre(s) terme(s) as-tu déjà pu entendre ? Pourquoi n'utilises-tu pas ce terme ?
- Comment te présentes-tu aux femmes ?

Partie 3 : Discussion autour de l'observation faite

- Dans quelle mesure ma présence a modifié tes pratiques ? Comment t'es-tu sentie en ma présence ?
- De quoi parles-tu avec la femme ?
Autre question : restes-tu factuelle/médicale ou bien parles-tu de tout avec la femme ?

Présentation du dossier n°1 : Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui est pacsée, vit en couple à [ville]. Elle travaille en tant que puéricultrice en crèche. Elle est française, d'origine française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. C'est une deuxième geste, deuxième pare. Sa première grossesse a été marquée par un retard de croissance et une hypertension artérielle de fin de grossesse. Elle a accouché à 40 semaines d'aménorrhées. Elle s'est mise en travail spontanément et a accouché voie basse d'une fille de 3kg50. La grossesse actuelle est de déroulement normal. Elle s'est présentée au terme de 39 semaines et 5 jours pour contractions utérines toutes les 3 à 5 min. Son col était mi long, deux doigts larges. Au final, 1 heure après les transmissions, elle appelle car elle sent que ça pousse. L'enfant est déjà là, tu feras l'accouchement sans gant.

- Te rappelles-tu de la situation ?
- Comment te sens-tu face aux femmes qui sont dans le milieu médical ?
- Comment as-tu appelée cette femme ?
Si ne se rappelle pas la situation, poser ces questions au conditionnel
- J'ai observé : tu ne l'appelles pas, pourquoi ? Comment l'interprètes-tu ?

Présentation du dossier numéro 2 : il s'agit d'une femme de 31 ans. Elle est de nationalité française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. Elle travaille en tant que cadre commerciale. C'est une 4^{ème} geste, 3^{ème} pare. Elle a accouché 3 fois à terme, sans particularité, d'enfants eutrophes. Elle a fait une fausse couche spontanée en 2019, suites simples. La grossesse actuelle est marquée par une artère ombilicale unique. Le suivi au diagnostic anténatal n'a rien montré de particulier. Il est décidé de la déclenchée par rupture artificielle des membranes puis par oxytocine pour souhait maternel et conditions locales favorables. Elle est accompagnée par son mari. A la fin des transmissions, tu vas l'accompagner pour la pose de la péridurale. Elle a ensuite fait plusieurs hypotensions artérielles.

BERDIE Amélie

Les anesthésistes avaient été rappelés car elle décrivait une dyspnée. Au final, la dyspnée et les hypotensions cessent. Tu feras l'accouchement qui sera marqué par une hémorragie du post-partum.

- Te rappelles-tu de la situation ? Comment te sens-tu face à ce profil de femmes ? Comment tu pourrais me décrire la relation avec cette femme ?
- Comment appelles-tu cette femme ?
- J'ai observé : Madame. Comment l'interprètes-tu ?
- Comment te présentes-tu aux femmes ? Est-ce que tu te présentes de manière différente selon les femmes ?
- J'ai observé : tu te présentes par le prénom. Pourquoi ?
- Quand tu t'es présentée, l'accompagnant avait répondu « enchanté [prénom] », comment l'interprètes-tu ?
- J'ai observé : au cours du travail, la femme va commencer à t'appeler par ton prénom « merci [prénom] » systématiquement quand tu sors de la pièce. Comment l'interprètes-tu ? Cela change a-t-il changé ta façon de la nommer ? Pourquoi penses-tu qu'elle t'appelle ainsi ?
- J'ai observé : tu as continué à l'appeler par madame. Pourquoi ? (pourquoi pas le prénom ?)
- A la fin de l'accouchement, tu expliques l'allaitement et tu vas lui dire « c'est magique une maman ! », comment l'interprètes-tu ?
- Comment te sens-tu vis-à-vis cet accompagnant ? Que t'évoque-t-il ? T'adresses-tu en priorité aux femmes ou aux accompagnants ? Penses-tu que ça modifie la façon dont tu la nommes ou pas
- Comment appelles-tu les femmes pendant les efforts expulsifs ?
- J'ai observé que tu disais souvent « on », « on prend de l'air », « on bloque » comment l'interprètes-tu ? Quel est le but recherché ?

Présentation du dossier n°3 : il s'agit d'une femme de 36 ans qui vit en couple. Elle est française, d'origine française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. Elle travaille comme commerciale et a subi de l'harcèlement au travail. On retrouve dans ses antécédents, un suivi psychiatrique concernant lié à son travail. C'est une deuxième geste, deuxième pare. Elle a accouché une première fois à 37 semaines d'aménorrhées par césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal à dilatation complète sur un fœtus présentant un retard de croissance. L'enfant a fait une détresse respiratoire ne nécessitant pas d'hospitalisation et est bien portant aujourd'hui. Elle s'est présentée à 38 semaines pour baisse des mouvements actifs fœtaux. Au monitoring fait aux urgences, le fœtus fait une bradycardie. Elle est passée en urgence en salle de naissance. Elle est accompagnée par son compagnon. Le fœtus récupère et les médecins vont venir la voir pour lui expliquer qu'il va falloir

la déclencher par oxytocine et rupture artificielle des membranes. Tu seras présente au moment de la pose de la péridurale. Le fœtus fera à nouveau une bradycardie et récupérera. Il y aura une autre bradycardie pendant le travail, les médecins sont très présents, reviennent pendant la bradycardie, expliquent à nouveau. Tu ne feras pas l'accouchement. Elle sera à dilatation complète quand tu partira.

- Te rappelles-tu de la situation ? Comment te sens-tu face à ce profil de femmes ? Comment tu pourrais me décrire la relation avec cette femme ?
- Comment visualises-tu ta façon d'interagir avec cette femme ? Comment te sens-tu face à ces femmes ? Comment l'as-tu appelée, comment l'appellerais-tu ?
- Ce que j'ai observé : tu l'as appelé Madame pendant la bradycardie mais juste une fois, pourquoi ? Pourquoi n'appelles-tu pas ?
- Comment te sens-tu vis-à-vis des accompagnants ? Penses-tu que ça modifie la façon dont tu la nommes ou pas ?

4^{ème} partie : questions socio-économiques : Âge, nombre d'enfants, date de diplôme.

- *Si la sage-femme a un enfant : Dans quelle mesure ta propre maternité influence-t-elle ta relation sage-femme/femme ?*

Annexe 2 : Entretien avec SF G

Je propose qu'on commence par un photolangage. Je vais diffuser par un partage d'écran une banque d'images et il faudra que tu choisisses une photo. Il faudrait que tu me dises 3 mots qui te viennent à l'esprit quand tu vois cette photo puis après on va discuter un petit peu de tout ça. Alors choisis la ou les photos qui t'évoque le plus la relation sage-femme/femme en salle de naissance

SF G : Je choisirai la photo 6

Quels sont les 3 mots qui viennent à l'esprit quand tu vois cette photo ?

SF G : échange soutien et humanité

Pourquoi tu as choisi cette photo ?

SF G : Ben c'est celle qui me parle le plus quand on évoque la relation sage-femme femme. Evidemment, il y a les trucs médicaux où tu vois le soignant avec la personne qui est dans le lit d'hôpital mais pour moi c'est trop médicalisé, c'est trop associé à quelque chose de maladie, tu vois, des problèmes quoi que ce soit et je trouve que la relation sage-femme/femme, elle est pas définie par que l'hospitalier, ou que des complications ou quoi que ce soit. Après, je trouve que celle où il y a le côté avec 3 générations dans la 14 avec la grand-mère qui regarde...je trouve que c'est plutôt quelque chose de familial de transmission. Je trouve que la place de la sage-femme, elle a un équilibre à trouver entre « rentrer dans l'intime de la personne » mais on n'est pas non plus sa famille tu vois et dans l'individualité voilà. Et du coup pour moi, toutes les autres pour moi, c'était trop abstrait et trop éloigné du lien humain que tu vas avoir : les balances, les bouquins, les trucs de nature, c'est un petit peu plus abstrait. A la limite, il y aurait eu la photo 8 avec la lune et la femme pour le côté euh cycle féminité tout ça tout ça mais c'est plus la femme que la relation sage-femme

Pourquoi tu as voulu devenir sage-femme ?

SF G : Bah je sais pas bien quand j'étais petite, ça m'avait toujours un peu fasciné la grossesse, l'accouchement, comment on fait les bébés. Dès que je voyais une femme dans la rue, j'étais un peu « waouh c'est magique quoi, comment le corps peut se transformer », ça m'a toujours un peu fasciné quand j'étais petite mais j'avais pas non plus de vocation. Quand j'étais petite, je voulais être danseuse donc tu vois rien avoir. Quand je suis arrivée au lycée en fait, je me suis dit qu'il fallait que je vise un vrai métier et en fait, un de mes frères avait fait une PACES donc tu vois, tu découvres un peu avec tes grands frères et sœurs des domaines que tu aurais pu envisager et finalement je me suis rendue compte que les médias dans le soin que ce soit médecine ou infirmière ou quoi que ce soit...et

concrètement je ne connaissais pas le métier de sage-femme, j'avais vraiment aucune notion et puis voilà terminale S et forcément tu tentes médecine d'abord et du coup je suis allée en médecine. Et bah après tu sais, t'es un peu aspirée par le truc hyper élitiste « faut avoir médecine sinon tu rates ta P1 », et en fin de compte je préférais la pédiatrie, je préférais la gynéco, je veux pas du tout être cardiologue. Et du coup j'ai découvert les autres professions médicales et quand j'ai redoublé. Du coup, j'ai commencé à penser aux autres options parce que j'étais limite en termes de classement. Je me suis vraiment intéressée et je me suis dit « bah en fait clairement c'est sage-femme qui se rapproche le plus de ce que je veux faire c'est pas du tout ni de dentaire, ni pharma ni quoi que ce soit ». Mais j'étais pas non plus convaincue encore complètement, tu vois, c'était pas du tout une vocation que j'ai depuis toute petite mais c'est ce qui est pour moi se rapprochait plus de ce que je voulais faire plus : un métier de médecine en fait et dans des terrains qui m'intéressaient énormément mais j'avais pas du tout pris conscience de toutes les dimensions du métier de sage-femme, ça c'était vraiment hyper progressif pendant les études. Par exemple en P1, t'es complètement euh coupée de la réalité, t'es pas du tout dans le vif du sujet donc je me suis pris une grosse claque dans la gueule avec les premiers stages. En fait, t'as carrément les mains dans le cambouis, t'es vraiment dans le soin pur et dur, ça j'avais pas du tout réalisé, et après au fur et à mesure des études et ça ça a vraiment pris longtemps, ça a vraiment été un chemin tout au long des études, je me suis rendue compte que tous les aspects, c'est pas que juste un métier, c'est une identité pour moi en terme aussi de défense de la cause des femmes, de cette sororité qu'il y a dans le milieu et aussi dans le soin que tu apportes aux femmes, de par l'histoire des sages-femmes aussi, il y a un côté militant. En tant que sage-femme, tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, la gynéco a été hyper médicalisé et sorti de son contexte alors que tu vois non, il s'agit pas d'avoir un ulcère à l'estomac ou un problème cardiaque, c'est pas du tout une maladie alors pourquoi autant enfin voilà, tous ces aspects-là, c'est des choses que j'avais pas du tout. Avant pour moi, sans médecin pour l'accouchement, c'était dangereux et tout, c'est des aspects que j'avais pas, je réfléchissais pas à pourquoi je faisais les choses.

Tu m'as parlé de l'identité de la sage-femme, qu'est-ce que tu veux dire par là ?

SF G : Je trouve que finalement quand tu fais ton travail de sage-femme, mais de manière générale toutes les sages-femmes, je trouve que du coup, t'occupes une place particulière dans le système de santé aussi parce qu'on n'est ni infirmière, ni médecin enfin tu vois, on est médicaux mais en même temps on rentre dans l'intimité des gens la plus secrète tu vois, et je trouve que c'est une place qui est pas évidente, qui est un peu unique, tu vois dans notre système de soins. Et je trouve que ça, ça peut créer des liens avec des patientes avec ce que tu observes autour de toi et qui fait que t'es impliquée aussi dans le fait de défendre le droit des femmes, de leur rendre le pouvoir aussi, tu vois

qu'elles ont enfin leur corps, enfin tu vois en tant que sage-femme, tu fais bien ton taff, t'es plus là pour leur rendre leur pouvoir que pour faire des choses techniques ; on n'est pas psychologue mais je trouve qu'on se rapproche du psychologue parce que le psychologue peut des fois être dans une place un peu particulière : il est paramédical mais avec tu vois un aspect beaucoup plus humain et beaucoup plus vision globale de la patiente et t'es pas forcément malade parce que tu vas voir un psy tu vois. Donc je trouve que y a un peu des parallèles entre les 2 métiers un peu corps et esprit.

Et du coup tu m'as un peu parlé de la photo numéro 8. Pourquoi ?

SF G : C'était un peu un truc cliché, c'est pour ça que je l'ai pas choisie. Parce que pour moi, la femme se résout pas à ça mais ça m'a fait penser au truc un peu cliché de, tu sais, les cycles menstruels, les cycles lunaires, la nature, la reconnexion avec le coucher de soleil tout ça. Ca m'a fait penser à des trucs un peu clichés qui peuvent être dits mais qui me parlent pas non plus très complètement quoi, c'est pour ça que je l'ai pas choisie d'ailleurs

Comment tu pourrais définir la relation sage-femme/femme ?

SF G : C'est vrai que si on avait le temps, je trouve que t'as un vrai lien à établir avec ta patiente qui va changer en fonction de la femme que tu as en face. Je dirais que toutes les femmes n'ont pas besoin de la même chose et que du coup dans la relation sage-femme, ce que je trouve intéressant, c'est à quel point, elle évolue et elle change en fonction des besoins de la femme quoi. Mais je dirais que c'est un peu comme si la sage-femme était dans un truc finalement, enfin la femme tu vois, elle fait un bébé avec son mec ou autre, elle accouche de son enfant, c'est son corps qui accouche donc ça la concerne elle en fait. Et je trouve que le ou la sage-femme, c'est un peu une tierce personne qui doit rester dans une certaine neutralité mais qui permet de faire passer un cap, en fait, tu vois je me dis que c'est un cap de donner naissance c'est un cap de vie dans la vie d'une femme. Après ça peut être aussi un cap de la première contraception, de la première sexualité, d'appréhender son corps de femme, ça peut être différent caps dans la vie d'une femme et je trouve que c'est un peu comme si tu es une tierce personne et que toi en tant que sage-femme tu dois réussir à être assez présent à t'adapter à ses besoins, poser les bonnes questions, de rentrer dans une certaine intimité pour pouvoir comprendre l'enjeu et en même temps rester dans cette neutralité qui fait que t'es pas sa sœur, t'es pas sa mère, t'es pas sa copine, elle a besoin aussi parce que tu te livres pas de la même manière, si c'est un personnel médical que tu vois que dans ce contexte-là où tu sais il y a un peu cet espace sacré du secret médical, un peu comme chez le psy quoi et du coup tu dis des choses que tu dirais pas à ta famille quoi.

Comment tu qualifierais ta relation avec la femme ?

BERDIE Amélie

SF G : très variable selon la situation, la patiente, très variable selon la garde parce que je trouve que quand t'as le temps, tu tisses pas les liens de la même manière. Ca vraiment, je trouve que y'a une grosse, une grosse différence et je dirais que parfois j'ai peut-être un peu de mal, parce que tu vois je suis encore jeune diplômée, j'ai 2 ans et demi de diplôme, j'ai peut être parfois un peu de mal, pas forcément dans les situations ça pas du tout, mais dans les situations d'urgence, dans les trucs durs mais parfois, je me dis peut être que j'ai du mal à mettre les limites relationnelles, tu vois je m'implique un peu trop

Qu'est-ce qui pourrait influencer la relation que tu as avec les femmes ?

SF G : Des fois, c'est juste que ça marche plus avec l'une plutôt qu'avec une autre, je trouve que, des fois, il y a plutôt certaines personnes avec qui ça accroche tout de suite, t'es sur le même genre de langage tu vois, là et je trouve qu'il y en a d'autres où tu dois un peu plus travailler, modifier un petit peu plus ta posture, modifier un peu ton langage pour t'adapter à la patiente en face quoi. Donc ça, je dirais que c'est un peu inqualifiable tu vois, je dirais du feeling et ça dépend aussi évidemment d'elles, de leurs postures par rapport au corps médical et à leurs vécus par rapport à ça. Quelqu'un qui est hyper sur la défensive ou qui a eu de très mauvaises expériences, qui n'a pas l'habitude de se sentir en confiance dans ce milieu-là...ben potentiellement, elle va sentir un petit peu plus ...enfin ça va être un petit peu plus difficile d'établir une relation de confiance qu'avec quelqu'un qui va t'accueillir dans la chambre avec un sourire qui va dire « enchantée » et va se sentir en confiance dans ce milieu-là. Je pense que c'est hyper important les mots qu'on utilise, je pense qu'ils peuvent avoir un impact énorme mais ça, dans la vie de manière générale mais encore plus dans la relation soignant/soigné parce que je trouve qu'il y a encore quand même... je trouve que dans la relation soignant-soigné, il y a une vulnérabilité de la position du soigné qui n'est pas en toute puissance face au soignant qui a le savoir etc, et justement, il faut qu'ils apprennent à pas abuser de cette puissance et je trouve que dans la relation sage-femme femme, qui n'est pas tout à fait la même, je trouve que c'est d'autant plus important de pas déposséder la patiente de son savoir, de son pouvoir, de sa place, ne pas abuser d'une quelconque supériorité de quoi que ce soit. Et, je pense que notre langage en dit beaucoup, je pense qu'on peut, sans le vouloir, infantiliser les patientes, dire des mots hyper durs et ça se voit tous les jours à l'hôpital. Enfin voilà, je pense qu'on a beaucoup d'impact, plus que ce qu'on pense.

Qu'est-ce qui te semble essentiel pour construire une relation sage-femme/femme que tu juges adéquate ?

SF G : Un peu comme si tu faisais un pacte de confiance dans les 2 sens tu vois, où moi, en tout cas, je me dis « il faut que la patiente elle comprenne que je suis là pour elle pour son bébé et pour écouter

ce qu'elle veut, que j'entends son projet, que j'entends sa voix, que je... que je vais rien faire sans son consentement que c'est elle qui drive » et qu'en échange de ça, il faut aussi qu'elle me fasse confiance, dans ce que je vais faire dans ce que je vais dire dans ce que je vais proposer, pas forcément qu'elle me croit, elle a le droit de pas être d'accord mais qu'il y ait cette relation de confiance et pour moi cette relation de confiance, elle peut s'établir si la patiente, elle se sent écoutée.

Maintenant, je vais te demander comment tu appelles les femmes en salle de naissance ?

SF G : Je crois que je dis pas mal « Madame », je crois que je dis « Bonjour Madame ». C'est dur de réfléchir parce qu'on fait ça un peu de manière automatique, je les appelle pas beaucoup en fait j'ai l'impression. Je crois que je les appelle pas par leurs prénoms déjà, je dis pas beaucoup « Madame nom de famille », tu vois, je dis plutôt « Madame ». J'utilise pas trop le nom de famille. J'ai l'impression que je les appelle pas beaucoup. Je les vouvoie, le tutoiement, c'est vraiment que dans des situations sans péri, faut qu'elle me regarde et que faut que je la récupère quoi, si elle perd un peu la tête, c'est assez rare, mais ça m'arrive quand tu sens qu'elle est plus là, qu'elle est totalement en train de vriller, qu'elle entend pas et qu'on a besoin d'elle, qu'il faut qu'elle pousse et qu'il faut que... Ca peut m'arriver, je peux même passer au tutoiement, s'il y a besoin quand elles ont vraiment très très très mal. Le prénom, c'est un peu pareil, un peu comme le tutoiement, le prénom c'est quand elles ont hyper hyper mal que je sens qu'elles ont besoin d'aide...qu'elle m'écoute que j'ai besoin qu'elle m'écoute...dans un truc plus percutant que le « vous » et « Madame », c'est vraiment des situations très particulières d'urgence. Ca dépend vraiment de la situation quoi, si j'ai besoin de dire « tu me regardes et tu pousses parce que tu vois que tu le sais le faire », comme ça j'ai pas besoin de chercher le prénom mais quand je sens qu'elle m'écoute pas du tout je dis « Ok, tu t'appelles comment » et euh « ok [prénom], tu vois tu m'écoutes regarde-moi » parce que « Madame Madame », ça peut être n'importe qui, quoi, mais vu que ça reste assez rare parce qu'on bosse aussi un hôpital du coup c'est peut-être pas pareil que si j'étais en libéral ou que si je faisais accouchement à domicile quoi...C'est aussi parce que du coup on travaille à l'hôpital et que du coup, on a un turnover de patientes énorme.

Tu m'as dit que tu avais l'impression de parfois ne pas les appeler. Comment tu pourrais l'interpréter ?

SF G : bah c'est juste que moi, j'aime pas, enfin je suis pas méga à l'aise avec les sages-femmes qui donnent des petits...des petits surnoms genre « ma belle » tu vois, ça, je suis pas méga à l'aise là-dedans parce que je trouve ça trop familier je pense. Et parce que même moi, quand c'est pas une relation soignant soigné enfin, j'ai une connaissance qui m'appelle « ma belle », je suis un peu là « je suis pas ta belle », quoi. Mais moi personnellement, c'est vraiment que les gens vraiment très proches

avec qui...à qui je donne des surnoms comme ça quoi, en fait, moi, j'aime pas quand un soignant m'appelle comme ça et puis du coup je trouve ça un peu rapidement infantilisant tu vois. « Ma belle », ça dépend comment c'est fait, c'est pas forcément infantilisant, il y a pleins de soignants qui le manient de manière très fluide, c'est hyper bien pris par les patientes mais c'est vrai que moi si je vais chez le médecin ou n'importe quoi et qu'on m'appelle comme ça je suis pas forcément hyper à l'aise tu vois mais je pense que c'est d'un ressenti personnel alors que je suis la première à donner des surnoms aux bébés tu vois

Pourquoi ?

SF G : Peut-être parce que c'est un bébé et que du coup bah enfin, infantiliser un enfant c'est pas grave quoi

Tout à l'heure, tu as dit que tu n'aimais pas quand les soignants te disaient ça. Tu as une expérience personnelle à partager ?

SF G : j'ai pas d'expériences qui m'ont marqué particulièrement mais j'avais un gynéco qui était un peu comme ça, mais c'est un peu particulier parce que c'était un gynéco qui m'a fait naître en fait, parce que ma mère a accouché en clinique privée donc il a accouché tout le monde, toute ma famille donc c'était un peu particulier mais j'ai pas d'exemple précis en tête. Mais j'ai une impression que j'aimerais pas qu'on me fasse ça dans cette situation. Et puis clairement, ces surnoms-là, ils te font entrer dans une certaine intimité. Et moi tu vois, j'ai souvent du mal à mettre des barrières. Tu vois, par exemple, en salle quand il y a des trucs super durs à vivre, c'est dur et ça te met mal mais on a cette façon de débriefer avec les collègues, de faire de l'humour noir, enfin tu vois pour évacuer un peu... mais quand tu te poses vraiment avec tes patientes et que tu as le temps de vraiment discuter... Je trouve que tu passes ta journée à essayer de leur trouver des solutions, de leur parler de les écouter, d'être vraiment dans leurs intimités et je trouve c'est dur quand je sors de garde du coup je suis vidée émotionnellement parlant, j'ai l'impression d'avoir écouté les gens parler toute la journée et je trouve ça dur de pas s'impliquer et de détacher de la maison quoi. Donc, j'essaye au moins de mettre une barrière dans le surnom quoi. Et puis en plus de ça, je pense que c'est pas du tout une habitude de langage que j'ai avec mes proches quoi. Je donne des surnoms à mes très très proches

Quand est-ce que tu vas utiliser Madame ?

SF G : Quand je dis Bonjour quand je me présente

Dans quel but ?

SF G : je sais pas, je pense que quand t'es petit, on te dit que c'est poli d'appeler les gens, enfin tu vois, j'ai l'impression d'avoir appris de nommer la personne parce que c'était poli. Et d'ailleurs, tu vois, tu sais jamais si tu dois vouvoyer, tutoyer ta belle mère ou s'il faut encore que tu l'appelles « Madame ». ET ben du coup pour éviter ben souvent tu la nommes pas et il faut que tu réfléchisses parce qu'au final, tu appelles beaucoup les gens et du coup pour éviter, ben je vais juste dire « Bonjour Madame », pour vraiment dire « je te dis Bonjour à toi ça », donne un peu une sorte de consistance quoi. Tu vois par exemple, si la dame elle est toute seule, je vais dire « Bonjour Madame » et si monsieur est là je vais dire bah « Bonjour monsieur », après c'est clair que voilà ça fait une connexion avec la dame quoi

Pourtant tout à l'heure, tu m'as dit que tu pensais ne pas trop les appeler ?

SF G : Là comme ça, je sais pas. Je pense que tu vois, je dis « Bonjour je m'appelle [Prénom SF G], je suis la sage-femme » et elle m'a répondu « bah moi je suis [prénom] » et du coup, une patiente qui s'est présentée comme ça, je vais peut-être pas l'appeler par son prénom, mais je vais peut-être pas l'appeler « Madame » non plus...

Pourquoi tu n'utilises pas le prénom dans ce cas ?

SF G : Bah je sais pas, j'ose pas alors que pourtant, elle s'est présentée comme ça et que moi elle m'appelle par le prénom. Je pense que ça me met un peu en porte-à-faux parce que si elle se présente comme ça, c'est que ça la dérangerait pas qu'on l'appelle comme ça, sinon elle le dirait pas. Mais en même temps, moi je me sens pas de saisir cette perche, je trouve que c'est un pas qui me fait un peu peur ou que je trouve trop tu vois.

Qu'est-ce qui pourrait faire que tu choisisses d'appeler d'une manière ou d'une autre ?

SF G : la barrière de la langue. S'il y a une patiente, je vais adapter mon langage. Si la dame ne parle pas du tout français, mais même la patiente qui comprend pas bien le français, si je dis « Madame », et qu'elle me regarde avec des grands yeux. Si des fois, tu vouvoies chez les patients dans les langues où il y a pas de différence entre le tu et le vous, peut-être que je vais passer un peu plus facilement au tutoiement peut être mais je sais pas

Tu m'as déjà parlé de certains éléments qui pouvaient modifier ta façon de nommer les femmes. Voici un tableau des éléments que j'ai pu relever lors de mes observations. Choisis les éléments qui pourraient modifier ta façon de la nommer. Il se peut qu'aucun ne te parle.

SF G : Absence de péridurale oui complètement, c'est ce que je te disais tout à l'heure, ça change. Niveau compréhension de la femme, c'est ce que je disais à l'instant, ça peut jouer. Identification à

la femme, oui, parce que tu vois, quand il y a une forte identification, j'ai peut-être plus de mal à mettre de la distance et du coup je pense que j'aurais plus des tutoiements qui m'échappent ou des choses comme ça. Situation d'urgence oui c'est un peu comme les sans péri. Etat émotionnel de la femme, oui, c'est un peu comme le sans apd aussi En fait j'ai l'impression qu'il y a pas grand chose qui change la façon dont je l'appelle. Et l'âge, j'essaie vraiment de faire en sorte que...non même quand elles sont plus jeunes que moi, j'essaie vraiment de... qu'elles se sentent pas... en fait je vais adapter mon langage ou le discours mais je vais vraiment essayer de l'appeler comme les autres patientes quoi

Pourquoi ?

SF G : en fait, j'ai peut-être l'impression que c'est une marque de...je considère que c'est un peu comme une marque de... pas de respect, mais de... tu vois, si elles ont 16 ans mais qu'elles accouchent. Bien sûr qu'elles ont 16 ans et qu'il faut le prendre en compte dans le fait que, waouh ! Accoucher à 16 ans c'est quand même pas pareil qu'à 35 et que t'es déjà toi-même dans l'adolescence et que tu deviens mère etc. Mais en même temps, je trouve que c'est important de reconnaître leurs statuts de femmes et de mères, peu importe l'âge qu'elles ont, qu'elles peuvent être complètement capables de s'occuper de leurs enfants, d'avoir les bons réflexes, d'avoir des discours adaptés, peut-être que j'ai l'impression parfois que...ouais d'ailleurs quel que soit l'âge, il y a aussi beaucoup de personnes âgées qui vous disent que ça ira je suis une vieille maman, en toute utilité oui mais là enfin je veux dire le discours va être adapté à la situation personnelle de la femme mais je vais pas t'appeler différemment je vais pas t'appeler « mamie » parce que t'as 55 ans tu vois. Ça rejoint un peu ce qu'on voulait dire, tout à l'heure en fait, c'est pour lui faire comprendre en fait qu'elle passe un cap quoi

A partir de quand utilises-tu ces termes ?

SF G : en fait, j'ai l'impression de dire Madame au début quand on se connaît pas. Bonjour pour me présenter et après j'arrête de le dire et je les appelle pas j'ai l'impression.

Est-ce que des femmes t'ont déjà demandé à être appelées d'une façon particulière ?

SF G : J'ai déjà eu des dames qui m'ont demandé à être appelées par leurs prénoms, mais j'ai toujours un peu de mal.

Est-ce que tu as déjà eu des signes de réticence de la part d'une femme à être appelée d'une certaine manière ?

SF G : non parce que je les appelle très très peu par leurs prénoms donc non je pense que je me mets pas trop en danger là-dessus

Depuis quand utilises-tu ces termes ? Depuis que tu es étudiante ou depuis quelques temps ?

SF G : je pense que c'est arrivé avec, tu vois, en avant ou en dernière année d'études, quand tu commences vraiment à avoir des moments seule avec la patiente, je pense que quand t'es avec la sage-femme, tu répètes ce qu'elle dit et peut être que parfois, c'est même la sage-femme qui te présente. Donc oui, peut-être que je devais dire « Bonjour Madame » mais j'avais moins d'espace et c'est vraiment à partir du moment où tu peux commencer à te présenter toute seule, examiner toute seule, que là tu peux commencer à prendre tes petits réflexes quoi

Quel effet à ces appellations sur la femme tu penses ?

SF G : Je pense que ça pose cette notion de neutralité avec le « Madame », à quel niveau tu te places quoi mais tu vois, c'est marrant parce qu'en fin de compte, moi je les respecte et je les appelle « Madame », mais elles elles m'appellent [prénom SF G] et que si elles m'appellent « Madame », bah je trouve ça trop bizarre. Ça me dérangerait, ça me semblerait bizarre qu'elles m'appellent Madame

Pourquoi ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?

SF G : je sais pas, ça m'évoque un truc hyper trop sérieux, trop vieux, c'est bizarre mais parce qu'après moi, j'ai 26 ans parce que je me présente en tant que [prénom SF G].

Est-ce que t'as d'autres termes que t'as pu entendre lors de tes études ou auprès de tes collègues ?

SF G : oh ben « ma biche », « ma belle », « ma chérie », y'en a qui sont vraiment...qui disent vraiment Madame Nom de famille, tu vois, systématiquement ! C'est vrai que je le fais très peu... pourquoi... je pense que je trouve ça un peu solennel, je pense aussi qu'il y a une grande partie que...je sais pas exactement comment elle s'appelle, je pense que c'est difficile de se rappeler exactement comment se prononce le nom, les subtilités etc, tu fais une erreur de prononciation, ça le fait pas trop quoi. Et je trouve que ça met un petit peu plus de distance, parce que pour moi ça éloigne un petit peu alors que ça personnifie en même temps...je sais pas trop

Maintenant, on va parler de quand j'étais venue observer en salle de naissance. Dans quelle mesure tu dirais que ma présence a modifié tes pratiques ?

SF G : ça va, ta présence m'avait pas du tout gênée, je dirais qu'en fait, comme on a l'habitude d'avoir des étudiantes ça m'a pas...tu vois moi je me suis plutôt dit « je suis avec une étudiante » plutôt qu' « elle va enregistrer tout ce que je dis » quoi. Au départ, je me disais « Ah c'est bizarre, elle va

faire attention à ce que je raconte, elle va me dire que j'ai pleins de trucs verbaux », et puis en fin de compte, une fois que j'étais dans la garde, je me suis dit « bah c'est pareil que quand t'as une étudiante », tu sais qu'elle va t'écouter donc je pense que c'était vraiment au début de garde genre ça va faire bizarre qu'elles décrivent ce que je dis

De quoi est-ce que tu parles quand tu es avec la femme ?

SF G : J'ai souvent l'impression de leur poser la question de « où est né l'ainé, est-ce qu'il est gardé ? comment il s'appelle etc ? », j'ai l'impression de parler souvent et si c'est un premier ben « vous êtes arrivée à quelle heure, ah vous avez pas dû beaucoup dormir. En taxi ? Oulala, vous avez marché c'est fatigant », je parle un petit peu plus de ce qui s'est passé avant. Après, je pense que ça...tu vois, ça me sert à les replacer dans un contexte réel, à les ancrer dans une réalité qui est autre que juste la salle de naissance tu vois. Parce que je trouve que la salle de naissance, je trouve que ce qui est beau et dur c'est que t'es vraiment dans une bulle hors du temps et à la fois, je leur dis « voilà il y a pas de raison de couper les téléphones » on aurait dû le et à la fois je sais que je dis super souvent au mec d'aller chercher à manger, d'aller chercher un café s'ils veulent un verre d'eau après je pense que des fois ça peut être un peu hyper flippant. T'arrives dans un endroit hyper impersonnel, pleins de gens que tu connais pas parfois, ça peut peut-être les rassurer de d'avoir des petits trucs intimes, tu vois, je sais pas comment dire ça les ramène à l'intimité quoi. Vous êtes pas juste Madame numéro 10 vous êtes telle personne dont l'ainée c'est machin et qu'elle est hyper fatiguée parce qu'elle a pas dormi de la nuit quoi. Ça les humanise peut être un petit peu quoi c'est pas juste une patiente sur une table d'accouchement quoi

Je vais te présenter le dossier n°1 : Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui est pacsée, vit en couple à [ville]. Elle travaille en tant que puéricultrice en crèche. Elle est française, d'origine française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. C'est une deuxième geste, deuxième pare. Sa première grossesse a été marquée par un retard de croissance et une hypertension artérielle de fin de grossesse. Elle a accouché à 40 semaines d'aménorrhées. Elle s'est mise en travail spontanément et a accouché voie basse d'une fille de 3kg50. La grossesse actuelle est de déroulement normal. Elle s'est présentée au terme de 39 semaines et 5 jours pour contractions utérines toutes les 3 à 5 min. Son col était mi long, deux doigts larges. Au final, 1 heure après les transmissions, elle appelle car elle sent que ça pousse. L'enfant est déjà là, tu feras l'accouchement sans gant.

Est-ce que tu t'en souviens ?

SF G : Elle était en salle 4 je crois, je me souviens que c'était une 2eme pare, je me souviens de l'accouchement en fait c'est vraiment...j'ai un hyper bon souvenir, j'ai l'impression qu'ils étaient hyper contents en mode « ouah bah dis donc », c'était une petite fille, hein je sais plus, mais ils étaient

là « Oh là là bah dis donc il était pressé, il est quasiment sorti tout seul » en mode positif ils étaient hyper contents hyper émus, le papa était très ému enfin les 2 et je crois même que c'était une surprise le sexe

Oui c'est ça c'était une surprise et c'était une fille effectivement

SF G : elle a pas eu mal, elle a senti, elle a quasiment pas pousser, j'ai l'impression qu'on a rigolé du fait que ce soit hyper rapide qui ému de connaître le sexe

Comment tu te sens par rapport aux femmes qui sont dans le milieu médical ?

SF G : je pense que ça me stresse plus, surtout les femmes qui sont gynéco. Une patiente gynéco ça me stresse plus alors qu'une patiente sage-femme non parce qu'il y a le côté consœur

Comment tu as appelé cette femme ?

SF G : peut-être que je l'ai appelée « Madame » quand je suis allée me présenter mais je pense que je l'ai pas appelée, je pense que dans l'urgence je l'ai pas appelé ou très peu

J'ai observé qu'effectivement tu l'avais jamais appelé, comment tu pourrais l'expliquer dans ce contexte-là ?

SF G : je l'ai pas appelé non plus en me présentant ?

Non

SF G : en fait, ça m'étonne pas, parce que je pense qu'en fait il y en a beaucoup que j'appelle pas mais je sais pas pourquoi honnêtement...je pense qu'il y a un peu de pudeur, c'est bête mais j'ai l'impression de... je sais pas ce qui va être le plus adapté...je pense que des fois « Madame » c'est un peu trop froid mais en même temps un peu neutre du coup, je les appelle pas mais sinon j'ai pas d'autre solutions qui me parlent vraiment

Passons au dossier suivant. Il s'agit d'une femme de 31 ans. Elle est de nationalité française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. Elle travaille en tant que cadre commerciale. C'est une 4^{ème} geste, 3^{ème} pare. Elle a accouché 3 fois à terme, sans particularité, d'enfants eutrophes. Elle a fait une fausse couche spontanée en 2019, suites simples. La grossesse actuelle est marquée par une artère ombilicale unique. Le suivi au diagnostic anténatal n'a rien montré de particulier. Il est décidé de la déclenchée par rupture artificielle des membranes puis par syntocinon pour souhait maternel et conditions locales favorables. Elle est accompagnée par son mari. A la fin des transmissions, tu vas l'accompagner pour la pose de la péridurale. Elle a ensuite fait plusieurs hypotensions artérielles.

Les anesthésistes avaient été rappelés car elle décrivait une dyspnée. Au final, la dyspnée et les hypotensions cessent. Tu feras l'accouchement qui sera marqué par une hémorragie du post-partum. Est ce que ça te dit quelque chose ou pas ?

SF G : elle était en salle 9 ou 10...honnêtement je m'en souviens pas, je me souviens d'avoir eu un déclenchement je crois que j'ai rompu mais j'ai pas mis de synto non. Elle était super stressée aussi.

C'est ça mais déjà quand je te décris la femme avec ce dossier-là, comment est-ce que tu te sens avec elle, comment tu pourrais décrire la relation que tu as avec elle ?

SF G : Ben peut être que, si je sais que c'est une patiente qui est méga stressée qui paraît vachement sur le bord de l'émotion, je vais essayer d'être la plus rassurante et enveloppante possible et voilà de bien tout expliquer de bien la rassurer en lui disant « on se connaît pas mais ça va aller », je pense que je vais essayer d'être vraiment la plus enveloppante et la plus rassurante possible si elle est stressée par le milieu médical où partout enfin j'avoue je me souviens vraiment pas de cette dame à part ça et le fait qu'elle posait beaucoup de questions.

Comment tu te positionnes par rapport à ces questions ?

SF G : en fait d'un côté je comprends, c'est normal t'as envie de savoir ce qui t'arrive mais d'un autre côté moi ça me rajoute un petit stress aussi parce que bon après y'a le truc débile de « ça va nous porter la poisse de parler de tout ça » à trop décrire toutes les catastrophes qui peuvent arriver, ça rajoute un petit stress je trouve et du coup je trouve que ça demande aussi beaucoup. Elle a déjà été déclenchée donc elle le sait et donc elle a pris cette décision mais je crois que c'est un peu en mode, elle veut que tu la rassures sur le fait qu'elle ait pris cette décision tu vois. Je trouve que c'est un peu le côté quand c'est des déclenchements comme ça pour le désir maternel avec conditions locales favorables etc, je trouve qu'elles ont un peu le truc de dire qu'elles aimeraient bien que tu leur dises « il va rien se passer et il y a aucun risque de faire le déclenchement », du coup, je trouve que des fois, elle te teste un peu ça et je trouve que c'est un peu le challenge d'à la fois dire les choses parce que bah c'est la réalité et à la fois être rassurante, tu vas pas mentir mais factuel, je trouve que c'est un peu challengeant

Comment tu as appelé cette femme ?

SF G : dans le doute je dirais « Madame » *mais* j'ai vraiment quasi aucun souvenir de ça

Pourquoi tu dirais que tu l'as appelé Madame du coup ?

SF G : parce que je pense que c'est ce que je dis le plus souvent

Oui tu l'avais appelé du coup Madame : une fois pendant l'explication des risques de la rupture artificielle des membranes et une fois pendant la pose de péridurale, comment tu l'interprètes ?

SF G : je pense que ça rejoint un petit peu ce que je disais tout à l'heure sur le fait que j'appelle pas vraiment les patientes. C'est que dans des moments clés ou alors si je veux capter son attention tu vois parce qu'elle ne me regarde pas donc je dis « Madame ça va »

Donc j'avais observé que du coup, tu te présentais par ton prénom à chaque fois. Et quand tu t'es présentée l'accompagnant avait répondu « enchanté moi c'est [prénom], comment tu l'interprètes ?

SF G : Ben moi jamais je me permettrais de pouvoir l'appeler par son prénom

Pourquoi ?

SF G : bah vraiment par peur d'être malpolie, enfin je sais pas, je pense que jamais je pourrais me permettre d'appeler le mari par son prénom même s'il s'est présenté, ce qui est bête mais par contre je trouve que ça crée une relation un peu sympa quand tu rentres dans une salle de naissance et qu'elle se met à ton niveau et qu'elle se présente par elle-même par son prénom voilà, j'ai l'impression que ça permet de créer une relation

Justement, la femme va t'appeler à plusieurs reprises par ton prénom, comment tu l'interprètes ?

SF G : bah c'est vrai que je pense qu'en fait, je pense que, de mon côté, le fait de me présenter en tant que [prénom de SF G] et d'avoir la patiente qui m'appelle [prénom de SF G], ça me dérange pas du tout et au contraire je trouve que ça crée vraiment un lien en plus, elle sait comment je m'appelle, elle me situe, elle retient ma tête si je rentre dans la pièce, elle va me reconnaître enfin tu vois. J'ai l'impression que ça crée un truc mais c'est vrai que moi dans l'autre sens, j'aurais l'impression de dépasser mes fonctions, tu vois ce que je veux dire, tu vois de dire « bah non t'es quand même la soignante tu peux pas te permettre de », alors que dans l'autre sens, moi je laisse la clé ouverte hyper facilement. En fait, j'ai l'impression qu'en tant que soignante, si tu fais pas gaffe, tu peux avoir un certain ascendant sur la patiente parce que c'est toi qui va faire les gestes, toi qui va expliquer pas mal de choses donc j'ai l'impression que pour compenser ça, je la fais m'appeler par mon prénom, du coup, ça nous remet un petit peu à égalité alors que, si moi je l'appelle aussi par son prénom, je trouve qu'on retourne un peu dans un truc... enfin je sais pas, c'est comme nous quand on va chez la sage-femme ou gynéco, tu vois mettre les pattes en l'air pour te faire examiner, euh tu te dévoiles, tu te mets à nue, tu vois et je trouve ça compliqué de se mettre à nu contre quelqu'un du coup moi je pense que je rééquilibre comme ça

Et toi pourquoi est-ce que tu penses qu'elle t'appelle comme ça du coup ?

SF G : Pour les patientes stressées, j'ai l'impression que ça les rassure parce qu'elles m'identifient et qu'elles savent qui je suis et du coup ça personnifie le soignant, c'est pas juste la blouse blanche qui se balade

Comment tu appelles les femmes dans les efforts expulsifs ?

SF G : Ben je crois que c'est un peu pareil je dirais « allez Madame » ouais je dirais Madame encore en fait

J'ai observé que tu disais « on », comment tu pourrais l'interpréter ?

SF G : Je sais pas je pense que c'est parce que je me sens hyper impliquée dans le truc tu vois, du coup ça fait un peu le truc quand elle, pour la motiver pour se mettre un petit peu là-dedans on se motive un côté un peu collectif et je pense que c'est aussi parce que comme je la tutoie pas, je pense que le vouvoiement paraît un peu froid dans ce genre de situation et donc je me trouve ma petite astuce tu vois. Et puis ça fait un peu un sentiment d'être ensemble, une équipe quoi, elle est pas toute seule.

Comment tu qualifierais « ce genre de situation » ?

SF G : plus intime, plus intense et du coup du coup je comble avec le « on »

Et à la fin de l'accouchement, t'es allée voir la dame parce qu'elle voulait allaiter et donc le bébé était en train d'essayer de ramper pour aller au sein. Et du coup, elle produisait déjà du lait et du coup elle était très émerveillée par ça et toi tu as dit « c'est magique une maman » Comment est-ce que tu interprètes tout ça ?

SF G : pour moi c'est du renforcement positif, je trouve que c'est hyper important. Si tu dis que des mots positifs et pas des mots négatifs, tu vois ça je trouve que c'est hyper important, je sais aussi à quel point on parlait du cap d'être mère et donc là on est vraiment dans le dans le cap du passage à la maman c'est aussi dans la façon de l'appeler c'est important c'est comme dire votre fille votre fils c'est la mère je trouve que c'est important pour bien enfin ça peut aider à donner un poids aux choses quoi

Maintenant, on va passer à notre dernier dossier. Il s'agit d'une femme de 36 ans qui vit en couple. Elle est française, d'origine française. Elle a la sécurité sociale et la mutuelle. Elle travaille comme commerciale et a subi de l'harcèlement au travail. On retrouve dans ses antécédents, un suivi psychiatrique concernant lié à son travail. C'est une deuxième geste, deuxième pare. Elle a accouché une première fois à 37 semaines d'aménorrhées par césarienne pour anomalies du rythme cardiaque

fœtal à dilatation complète sur un fœtus présentant un retard de croissance. L'enfant a fait une détresse respiratoire ne nécessitant pas d'hospitalisation et est bien portant aujourd'hui. Elle s'est présentée à 38 semaines pour baisse des mouvements actifs fœtaux. Au monitoring fait aux urgences, le fœtus fait une bradycardie. Elle est passée en urgence en salle de naissance. Elle est accompagnée par son compagnon. Le fœtus récupère et les médecins vont venir la voir pour lui expliquer qu'il va falloir la déclencher par syntonie et rupture artificielle des membranes. Tu seras présente au moment de la pose de la péridurale. Le fœtus fera à nouveau une bradycardie et récupérera. Y'aura une autre brady pendant le travail, les médecins sont très présents, reviennent pendant la brady, expliquent à nouveau. Tu ne feras pas l'accouchement. Elle sera à dilatation complète quand tu partira.

Te souviens tu de cette femme ?

SF G : Oui je me souviens, c'était une garde extrêmement chargée parce qu'il y avait une procidence en GHR du coup j'avais fait la césarienne de la procidence, je crois, et du coup c'est une autre sage-femme qui était venue pour s'occuper de la dame pendant ce temps je crois.

Oui c'est ça, comment tu pourrais décrire la relation avec cette femme ?

SF G : je me souviens qu'elle était paniquée en fait, qu'elle pleurait mais qu'elle était quand même calme. Elle posait pleins de questions. Elle nous faisait beaucoup confiance je crois. Je me souviens, elle était un peu là « heureusement que je suis venue, je suis au bon endroit » pleins de choses comme ça et du coup c'est bien parce qu'on surveille à temps, faut faire ce qu'il faut, enfin tu vois et je trouve que ça tu vois c'est quelque chose qui est très valorisant pour nous je pense qu'il y a de ça aussi. Ben on reste aussi des humains dans tout ça, à l'hôpital et quand on te dit on apprécie ce que vous faites, c'est du bon travail ou merci nous ça nous met du baume au cœur aussi c'est du renforcement positif mais dans l'autre sens je trouve en fait et du coup

Comment tu as appelé cette femme-là ?

SF G : je me rends compte que je fais pas du tout attention à ça...je vais te dire Madame

Tu l'as appelé Madame que pendant la bradycardie et le reste du temps tu ne l'appelais pas, comment tu l'interprètes ?

SF G : en fait, je pense que, je les appelle Madame quand il se passe un truc quand j'ai besoin de d'avoir un lien plus direct quand j'ai besoin de m'adresser directement à elle

Et par rapport aux accompagnants enfin les pères du coup dans ces cas-là comment tu te positionnes avec eux ? est-ce que ça modifie ta façon dont tu vas appeler la femme ?

SF G : non je pense pas que ça va pas modifier la façon dont je l'appelle vu que je l'appelle pas visiblement (rires), je pense qu'après, j'aurais pas le même positionnement s'il est là où s'il est pas là, parce que, s'il est là-bas, je vais commencer à lui poser des questions sur lui...mais sinon voilà, je pense que j'essaye de les inclure sans que ça empiète sur la femme, tu vois, je pense que c'est important quand il est là de valoriser son accompagnement, sa place de lui donner aussi un peu la parole sans que ce soit voilà faut toujours faire attention parce que dans les longs travail, il faut bien faire attention à ce qu'il ait mangé et je leur dis toujours vous savez nous on est là vous pouvez vous reposer aussi ça pour le coup je suis pas en mode avion rien à voir mais par contre je fais hyper gaffe de lui parler sans que ça empiète sur celle de la femme qui doit prédominer quand même pour moi du coup je m'adresse beaucoup plus à elle quand même

Et maintenant, je vais te poser des questions pour définir ma population d'étude. Tu as quel âge ?

SF G : 26 ans

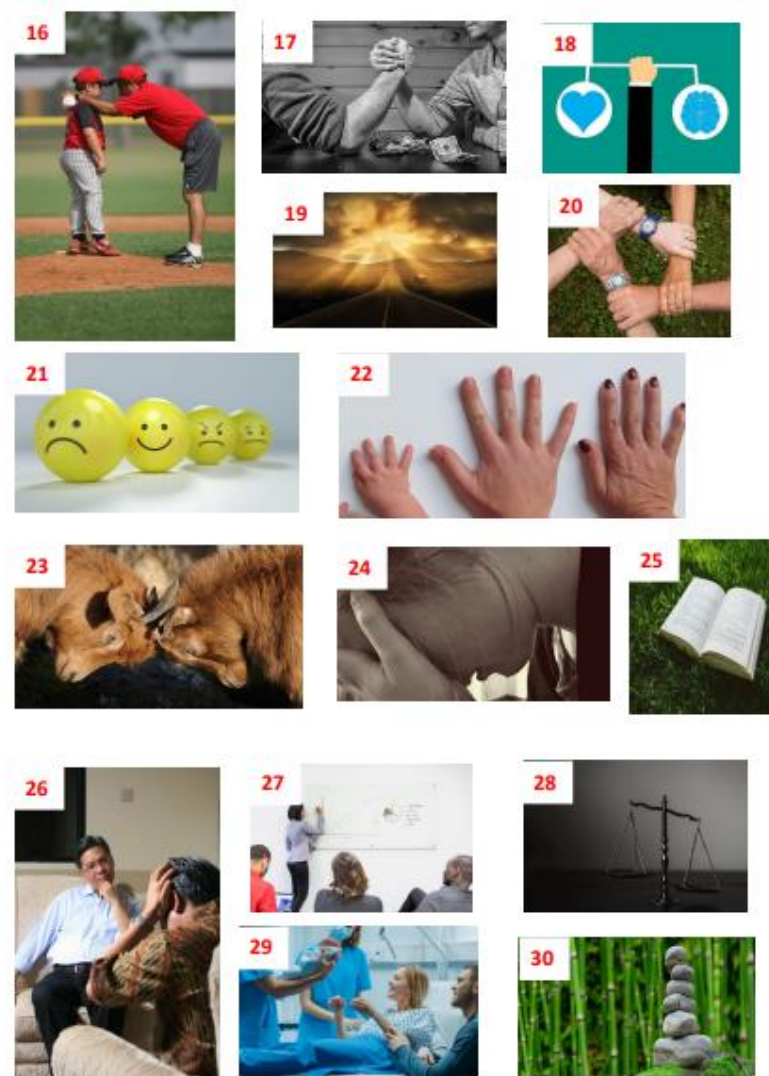
Tu as des enfants ?

SF G : non

Tu as été diplômée quand ?

SF G : en 2019

Annexe 3 : Photolangage



Toutes les photographies sont libres de droit

Annexe 4 : Tableau présenté lors des entretiens

Absence de péridurale	Situation d'urgence	Peu de temps passé en salle de naissance	La parité
Lecture préalable du dossier	Présence de l'accompagnant	Etat émotionnel de la femme	L'âge
Transmissions faites	Ta propre maternité/ton propre vécu en tant que femme en SDN	Le métier de la femme/statut	Etat psychique de la femme : émotions fortes : panique/stress/peur/tristesse
Niveau de compréhension de la femme	Issue de la grossesse : MFIU/IMG	Accouchement sous X	Grossesses avec pathologies lourdes
Identification à la femme	Parcours PMA	Caractéristiques physiques de la femme	Lieu d'exercice

Annexe 5 : Charte d'engagement mutuel

Ecole de Sages-Femmes Baudelocque
Université de Paris
Pavillon Tarnier
89 rue d'Assas
75006 PARIS
☎ 01 58 41 48 04



En cas de valorisation scientifique des résultats issus du mémoire, le directeur s'engage à associer l'étudiant(e) comme auteur(e) ou co-auteur(e) en mentionnant l'affiliation suivante :

« Ecole de sages-femmes de Baudelocque, AP-HP, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, DHU Risques et grossesse, 75014 Paris, France. »

Engagement(s) spécifique(s) de l'étudiant et/ou du directeur de mémoire

.....
.....
.....
.....
.....

Le directeur de mémoire et l'étudiant s'engagent réciproquement à respecter les conditions du présent contrat.

Thème du mémoire : Relation sage-femme/femme et langage : la nomination des femmes par les sages-femmes lors du discours directement adressé aux femmes

L'étudiant (e) :

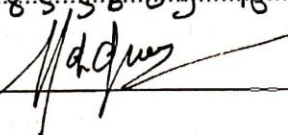
Nom – Prénom : BERDIE Amélie
Courriel : amelie.berdie@etu.u-paris.fr
Tél : 0636224777

Signature : 

Date : 09/05/21

Le directeur de mémoire :

Nom- Prénom : du GUNZBOURG Hélène
Fonction/Qualité : sage-femme Docteur en philosophie
Agent AP-HP ☒ - N° APH :
Activité libérale ☐
Autre ☒ retraité
Adresse professionnelle : 2 rue du Val de Grâce 75005 PARIS
Courriel : helene.dugunzburg@orange.fr
Tél : 06 85 56 03 16

Signature : 

Date : 12 05 2021.

Page 1 sur 2 – validé en 2016



Scanned with
CamScanner

Annexe 6 : Accord du comité d'éthique

CEROG

Comité d'Ethique de la
Recherche
en Obstétrique et
Gynécologie



02/09/2021

Institutional review board approval

Président :
Pierre Francois CECCALDI

Submission number
CEROG 2021-OBST-0603

Secrétaire OBST-DAN :
Tiphaine Barjat
Tiphaine.barjat@chu-st-etienne.fr

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en Obstétrique et Gynécologie** » has examined the research entitled:

Secrétaire GYN-AMP :
Yohann Dabi
yohann.dabi@gmail.com

« **Relation sage-femme/femme et langage : la nomination des femmes par les sages-femmes lors du discours directement adressé aux femmes.** »

SECTION GYNECOLOGIE -
ASSISTANCE MEDICALE A LA
PROCREATION :

Jean Philippe AYEL
Sofiane BENDIFALLAH
Georges Fabrice BLUM
Perrine CAPMAS
Yohan DABI
Emile DARAI
Xavier DEFFIEUX
Hervé FERNANDEZ
Guillaume LEGENDRE
Florence LEPELIER
Vincent LETOUZEY
Paul MARZOUK
Anne Cécile PIZZOFERRATO
Caroline TRICHOT
Vincent VILLEFRANQUE

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

SECTION OBSTETRIQUE ET
MEDECINE FOETALE :

Chloé ARTUIS
Alexandra BENACHI
Guillaume BENOIST
Paul BERVEILLER
Léon BOUBLI
Pierre DELORME
Guillaume DUCARME
Florent FUCHS
Charles GARABEDIAN
Camille LE RAY
Charline BERTHOLDT
Nicolas MOTTET
Olivier PARANT
Alexandre VIVANTI
Norbert WINER

Pierre Francois CECCALDI
President

Tiphaine BARJAT
Secretary

* Deffieux X, Vayssiere C, Azria E, Porcher R, Parant O, Clavier J, Guibert J, Benachi A, Bouffin-Debarge Y, Jouanne JM, Rosenberg P, Andre G, Assquer Y, Bazier R, Bombasse A, Collinet P, Ayol JP, Jacquelin B, Morice P, Boubli L, Seneat MY, Brunet L, Levy G. Institutional review board of the French college of obstetricians and gynecologists (CEROG). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2020; 49(4):401-8.

Annexe 7 : Note d'information distribuée aux femmes et accompagnants dans le cadre du CEROG

Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG)



Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche intitulé « Relation sage-femme/femme et langage : la nomination des femmes par les sages-femmes lors du discours directement adressé aux femmes » coordonné par : Amélie BERDIE, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque sous la direction de Madame Hélène DE GUNZBOURG, sage-femme et docteure en philosophie.

Quel est l'objectif de la recherche?

Cette recherche a pour objectif d'étudier la relation sage-femme/femme à travers une étude des interactions entre ces deux personnes. Plus précisément, nous étudierons la façon dont la sage-femme vous nomme : utilise-t-elle votre prénom ? votre nom ? un autre terme ? Nous essaierons de définir pourquoi la sage-femme utilise un terme plus qu'un autre et comment certaines situations peuvent influencer ce choix de nomination. Nous tenterons également de comprendre comment les termes utilisés par les sages-femmes peuvent apporter de nouveaux éléments de compréhension de la relation sage-femme/femme.

Quelle est la méthodologie ?

Pour étudier au mieux ce thème, l'étude se déroulera en deux parties. Elle sera constituée d'une enquête d'observations de terrain, focalisée sur les interactions entre la sage-femme et vous en salle de naissance et d'une partie entretiens avec les sages-femmes.

Cette recherche ne vise pas à modifier votre prise en charge. Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires à ceux indispensables au suivi de votre pathologie, ni de modifications du traitement prescrit par votre médecin.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette recherche ?

Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui vous seront fournis.

De plus, votre participation à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Déroulement et calendrier de la recherche

Pour l'enquête observationnelle de terrain, j'accompagne la sage-femme en salle de naissance au moment du travail, de l'accouchement et de la surveillance du post-partum immédiat (2 heures après votre accouchement) afin d'observer les interactions entre vous deux. Je note des éléments verbaux et non verbaux (comme des gestes, des regards, les postures et expressions faciales) au sein de votre relation. Avec votre accord, je souhaite enregistrer par voie audio vos conversations. Je relèverai également quelques éléments de votre dossier médical pour contextualiser la situation obstétricale. Cette étape se déroulera au cours de l'été 2021 et s'étendra sur environ 2 à 3 semaines.

Pour la deuxième partie de ce travail, je m'entretiendrai avec la sage-femme pour lui poser des questions quant à sa vision de la relation sage-femme/femme et ses propres pratiques langagières. Je reviendrai également avec elle sur ce que j'ai pu observer. Cette étape se terminera dans l'idéal fin décembre 2021.

Le recueil de données aura donc lieu entre mi-juillet 2021 et fin décembre 2021. La fin de la rédaction de l'article est établie pour juin 2022. Ainsi, la durée de la recherche sera de 11 mois et demi.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche, si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques. En revanche, les conclusions de notre recherche pourront nous amener à modifier dans le futur les pratiques de prise en charge des patientes notamment par une meilleure compréhension de la relation sage-femme/femme. Cette approche par le langage pourrait permettre d'apporter de nouveaux axes d'étude de ces relations de soin. En effet, l'étude des termes utilisés par les sages-femmes pour nommer les femmes n'est pas un thème très étudié pour le moment. Or, le langage et les mots utilisés ont un impact important dans une interaction et dans une relation entre deux personnes.

Ils doivent donc être choisis avec soin^{5,6}. Cette étude pourrait participer à la prise de conscience de la portée des mots et de ce qu'ils peuvent représenter pour autrui. Ainsi ce travail pourrait contribuer à de nouveaux questionnements en tant que personnel soignant autour de nos pratiques relationnelles et langagières.

Aspects réglementaires et législatifs

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG) sous le numéro CEROG 2021-OBST-0603.

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-004 relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé (Conformité au Règlement Général sur la Protection des données).

Recueil des données, Confidentialité et Loi informatique et liberté

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, nous recueillerons à partir de votre dossier médical, les données suivantes : votre âge, nombre d'enfant(s), nationalité, pays d'origine, catégorie socio-professionnelle et contexte social (profession, années d'études, type d'habitation, type de couverture sociale), pathologies actuelles et déroulement actuel du travail.

Les personnes destinataires des données nécessaires à la finalité de l'étude sont Madame Hélène De Gunzbourg (sage-femme docteur en philosophie et directrice de ce mémoire) et Madame Maï Le Dû (sage-femme sociologue et personne ressource de ce mémoire)

Le recueil se fera par un personnel de santé tenu au secret professionnel et sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre prise en charge.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Ces données seront identifiées par un code (numéro chronologie d'entrée dans la recherche). Ces données seront stockées sur un fichier Word (sécurisé par un mot de passe) enregistré sur l'ordinateur personnel de l'investigateur (lui-même sécurisé par un mot de passe), sous la responsabilité de Amélie BERDIE et pour une durée de 2 ans après la date de soutenance, conformément aux pratiques de mon institution de référence dans le cadre de travaux de recherche réalisés dans la cadre académique (AP-HP).

⁵ MANAOUIL C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? [En ligne] La revue Sage-femme Vol 17. 2018 ; 261-271. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408818300816#>

⁶ DANINO C. Au commencement était le verbe...Explorations linguistiques de la périnatalité. [En ligne] Elsevier ; 2019. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820300262> BERDIE Amélie

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification

d'effacement ou de limitation des informations collectées vous concernant dans le cadre de ce traitement.

Dans certains cas, vous pouvez également refuser la collecte de vos données et vous opposer à ce que certains types de traitement des données soient réalisés. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique.

Vous pourrez retirer à tout moment votre accord concernant la collecte de vos données dans le cadre de ce traitement. Le cas échéant, conformément à l'article L.1122-1-1 du Code de la Santé Publique, les données vous concernant qui auront été recueillies préalablement à votre accord pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Enfin, vous pouvez demander à ce que les informations personnelles colligées vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique (droit de portabilité).

Vos droits cités ci-dessus s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données du CHU de Port Royal (APHP) (mail : philippe.tourenne@aphp.fr) ou Amélie BERDIE.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Si le responsable de traitement souhaite effectuer un traitement ultérieur des données à caractère personnel vous concernant pour une finalité autre que celle pour laquelle vos données à caractère personnel ont été collectées, vous serez informé(e) au préalable quant à cette autre finalité, à la durée de conservation de vos données, et toute autre information pertinente permettant de garantir un traitement équitable et transparent.

Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge de votre suivi.

Aucune donnée ne permettra votre identification dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes?

Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

Amélie Berdié, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque.

Téléphone : 0636224777

Mail : amelie.berdie@etu.u-paris.fr

Soyez assuré(es) que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.

Annexe 8 : Information et consentement de participation à l'étude - Femmes

Lettre d'information à la femme dans le cadre d'une enquête de terrain observationnelle

But de la recherche : Etudier la relation sage-femme/femme

Nom du responsable de traitement : Hélène DE GUNZBOURG sage-femme, docteure en philosophie.

Investigateur : Amélie BERDIE, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque.

Les engagements du participant à l'étude :

- Accepter de participer à une observation en salle de naissance.
- Accepter d'être enregistrée vocalement en salle de naissance
- Accepter de partager ces données personnelles de manière anonymisée : l'âge, nombre d'enfant, le pays d'origine, la catégorie socio-professionnelle et contexte social (la profession, années d'études, type d'habitation, type de couverture sociale), pathologies actuelles, situation obstétricale actuelle).

Obligations légales pour l'investigateur et les responsables de traitement :

- Ce travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche.
- Les données seront détruites 2 ans après la soutenance.
- Comité d'éthique : démarches en cours

Droits du participant à l'étude :

- Vous disposez des droits d'accès, de modification, de suppression de limitation et de portabilité des données.
- Vous pouvez faire valoir ces droits à n'importe quel moment de l'étude, soit en s'adressant dans cet ordre, soit au responsable de la protection des données de l'établissement APHP centre université de paris : protection.donnees.aphpcup@aphp.fr, soit auprès de la DPO de l'AP-HP : protection.donnees.dsi@aphp.fr soit auprès de la CNIL

Je soussigné(e).....

- Déclare avoir pris connaissance du cadre réglementaire de cette étude ainsi que les droits me concernant
- Déclare accepter de participer à cette étude

Fait le / / à

Signature

Annexe 9 : Information et consentement de participation à l'étude - Accompagnants

Lettre d'information à l'accompagnant dans le cadre d'une enquête de terrain observationnelle

But de la recherche : Etudier la relation sage-femme/femme

Nom du responsable de traitement : Hélène DE GUNZBOURG sage-femme, docteure en philosophie.

Investigateur : Amélie BERDIE, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque.

Les engagements du participant à l'étude :

- Accepter de participer à une observation en salle de naissance.
- Accepter d'être enregistré(e) vocalement en salle de naissance.

Obligations légales pour l'investigateur et les responsables de traitement :

- Ce travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche.
- Les données seront détruites 2 ans après la soutenance.
- Comité d'éthique : démarches en cours

Droits du participant à l'étude :

- Vous disposez des droits d'accès, de modification, de suppression de limitation et de portabilité des données.
- Vous pouvez faire valoir ces droits à n'importe quel moment de l'étude, soit en s'adressant dans cet ordre, soit au responsable de la protection des données de l'établissement APHP centre université de paris : protection.donnees.aphcpup@aphp.fr, soit auprès de la DPO de l'AP-HP : protection.donnees.dsi@aphp.fr soit auprès de la CNIL

Je soussigné(e)

- Déclare avoir pris connaissance du cadre réglementaire de cette étude ainsi que les droits me concernant
- Déclare accepter de participer à cette étude

Fait le / / à

Signature

Annexe 10 : Information et consentement de participation à l'étude - Sages-femmes

Lettre d'information au soignant dans le cadre d'une enquête de terrain observationnelle, associée à des entretiens

But de la recherche : Etudier la relation sage-femme/femme.

Nom du responsable de traitement : Hélène DE GUNZBOURG sage-femme, docteure en philosophie.

Investigateur : Amélie BERDIE, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque.

Les engagements du participant à l'étude :

- Accepter de participer à une observation lors d'une garde en salle de naissance
- Accepter d'être enregistré(e) vocalement en salle de naissance
- Accepter d'être recontacté(e) par la suite pour l'organisation d'un entretien et donc de transmettre ses coordonnées.
- Accepter de participer à un entretien à posteriori qui sera enregistré (vocalement).

Obligations légales pour l'investigateur et les responsables de traitement :

- Ce travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche
- Les données seront détruites 2 ans après la soutenance.
- Comité d'éthique (démarches en cours)

Droits du soignant participant à l'étude : Vous disposez des droits d'accès, de modification, de suppression, de limitation et de portabilité des données. Vous pouvez faire valoir ces droits à n'importe quel moment de l'étude, soit en vous adressant au responsable de la protection des données de l'établissement APHP centre université de Paris : protection.donnees.aphpcup@aphp.fr, soit auprès de la DPO de l'AP-HP : protection.donnees.dsi@aphp.fr, soit auprès de la CNIL

Je soussigné(e).....

- Déclare avoir pris connaissance du cadre réglementaire de cette étude ainsi que les droits me concernant
- Déclare accepter de participer à cette étude

Fait le / / à

Signature

Annexe 11 : Information et consentement de participation à l'étude - Autres soignants

Lettre d'information aux soignants dans le cadre d'une enquête de terrain observationnelle

But de la recherche : Etudier la relation sage-femme/femme

Nom du responsable de traitement : Hélène DE GUNZBOURG sage-femme, docteure en philosophie.

Investigateur : Amélie BERDIE, étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque.

Les engagements du participant à l'étude :

- Accepter de participer à une observation en salle de naissance.
- Accepter d'être enregistré(e) vocalement en salle de naissance.

Obligations légales pour l'investigateur et les responsables de traitement :

- Ce travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche.
- Les données seront détruites 2 ans après la soutenance.
- Comité d'éthique : démarches en cours

Droits du participant à l'étude :

- Vous disposez des droits d'accès, de modification, de suppression de limitation et de portabilité des données.
- Vous pouvez faire valoir ces droits à n'importe quel moment de l'étude, soit en s'adressant dans cet ordre, soit au responsable de la protection des données de l'établissement APHP centre université de paris : protection.donnees.aphpcup@aphp.fr, soit auprès de la DPO de l'AP-HP : protection.donnees.dsi@aphp.fr soit auprès de la CNIL

Je soussigné(e)

- Déclare avoir pris connaissance du cadre réglementaire de cette étude ainsi que les droits me concernant
- Déclare accepter de participer à cette étude

Fait le / / à

Signature

Annexe 12 : Tableau récapitulatif des déterminants pour chaque terme

Termes	Déterminants
Madame	- Par habitude - Gardes avec une charge de travail conséquente. - Noms longs/originaux par peur de se tromper de nom - Oubli du nom de famille - Le moment des présentations - Urgence, douleur - Pendant les efforts expulsifs
Madame Nom de famille	- Par défaut quand garde non chargée - Par habitude - Lors des accouchements sous X, de mort fœtale, d'IMG pour montrer sa considération. - Travail sans péridurale, urgence, état psychique altéré de la femme - Aux présentations pour vérifier l'identité. - Pendant les efforts expulsifs pour recapter l'attention
Ma belle	- Femme isolée, migrante - Barrière de la langue - Identification d'un besoin d'enveloppement - Pendant les poses de péridurales - En cas de douleurs - Avec les primipares - Absence d'analgésie péridurale - En cas d'urgence
Prénom	- Etat psychique altéré de la femme - Douleur/absence de péridurale - Urgence - Pose de péridurale - Besoin ressenti par la sage-femme - Femmes estimées jeunes par la sage-femme - Barrière de la langue - Pendant les efforts expulsifs - Accouchement imminent
Tutoiement	- Si la femme initie le tutoiement - Barrière de la langue - En cas de perte de contact avec la femme - En cas de travail sans péridurale, état psychique altéré de la femme - En cas d'identification à la femme - Femmes mineures consentantes.
On	- Pendant les efforts expulsifs - Pendant le travail, lors de directions données à la femme
Ma pauvre	- Douleur : Lorsque la sage-femme souhaite transmettre sa compassion pour la femme
Maman	- Pendant les efforts expulsifs
Vouvoiement	- Par défaut, en tout temps

Annexe 13 : Tableau des déterminants évoqués pour chaque terme et chaque sage-femme

	Madame	Madame Nom de famille	Tutoiement	Ma belle
SF B	Habitude	Habitude	Non utilisé car son éducation l'en empêche Peut transmettre de la condescendance	Non utilisé car non respect de la juste distance
SF C	Par défaut lors de gardes avec une charge de travail conséquente, noms longs/originaux	Par défaut, si garde calme. Utilisé en majorité dans une recherche de personnalisation de la femme	Utilisé si la femme initie le tutoiement ou barrière de la langue	Femme isolée, migrante, barrière de la langue, identification d'un besoin d'enveloppement Identifie un côté infantilisant selon la manière et le contexte d'utilisation du terme
SF D	Solution de « facilité », permet d'éviter de se tromper de nom de famille	Utilisé notamment lors d'IMG, accouchement sous X, mort fœtale dans le but de montrer une certaine considération	Non utilisé car sentiment d'irrespect Ne crée pas de proximité supplémentaire	Non évoqué, non observé
SF E	Utilisé si oubli du nom de famille, garde avec charge de travail conséquente, accouchement sous X	Par défaut, pour tout le monde	Très peu utilisé car gêne évoquée mais inexpliquée. Utilisé uniquement en cas de perte de contact avec la femme (douleur, stress)	Non évoqué, non observé
SF F	Par défaut, pour tout le monde	Par défaut pour tout le monde	Non utilisé car éducation. Peut l'utiliser si la femme initie le tutoiement	Non utilisé car connotation paternaliste

SF G	Peu utilisé car met trop de distance, plutôt au moment des présentations	Peu utilisé car met trop de distance Uniquement lors de travail sans analgésie péridurale pour recapter l'attention	Utilisé uniquement en cas de travail sans analgésie péridurale, d'état psychique altéré de la femme (panique, stress), d'identification à la femme	Non utilisé car infantilisant mais y voit aussi un côté positif relationnel lorsque le terme est « bien manié »
SF H	Par défaut, pour tout le monde	Utilisé uniquement pour vérifier l'identité	Jamais utilisé car gêne non expliquée	Utilisé pendant les poses de péridurale ou les moments douloureux
SF I	Uniquement lors des présentations pour créer du lien ou si la situation se dégrade (urgence, douleur)	Non évoqué, non observé	Ne l'a jamais utilisé car aucune femme n'a initié le tutoiement. L'utiliserait dans ce cas là	Non évoqué, non observé
SF K	Utilisé uniquement au début pour se présenter et créer un contact	Utilisé pour recapter l'attention, vérifier l'identité	Non utilisé car trop personnel et enfreint sa juste distance	Non évoqué, non observé
SF L	Habitude, par défaut	Utilisé pour recapter l'attention pendant les efforts expulsifs	Non utilisé car trop personnel	Primipares, absence d'analgésie péridurale, urgences. Pas avec les mineures pour ne pas les infantiliser.
SF M	Habitude, par défaut	Besoin de recapter l'attention : pas d'analgésie péridurale, état psychique altéré (stress), douleur	Utilisé avec les mineures avec consentement	Jamais utilisé car juste distance rompue

Annexe 14 : Tableau des déterminants évoqués pour chaque terme et chaque sage-femme

	Prénom	On	Maman	Ma pauvre
SF B	Utilisé uniquement en cas de femmes paniquées, douloureuses, situations d'urgence, ou besoin ressenti par la sage-femme	Non utilisé, non observé	Non utilisé, non observé	Non utilisé, non observé
SF C	Utilisé chez les femmes jugées jeunes ou si absence d'analgésie péridurale	Utilisé pendant les efforts expulsifs	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF D	Utilisé pendant les efforts expulsifs, en cas d'absence d'analgésie péridurale, si la femme se présente par son prénom	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF E	Utilisé pendant les efforts expulsifs, si femme jugée jeune, si barrière linguistique, en cas de panique, d'urgence	Utilisé pendant les efforts expulsifs.	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF F	Sensation d'irrespect. Utilisé uniquement pour recapter l'attention en dernière intention	Utilisé fréquemment pendant les efforts expulsifs.	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF G	Pendant les efforts expulsifs, situations d'urgence, stress ou panique	Pendant les efforts expulsifs	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF H	Pendant les efforts expulsifs pour recapter l'attention, dans les situations d'urgence, barrière de la langue, pose de péridurale, femmes se présentant par le prénom.	Utilisé lors des efforts expulsifs .	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé

SF I	Utilisé lors de travail sans péridurale ou lorsqu'une femme arrive avec un accouchement imminent pour créer un lien rapidement	Pendant le travail : lors de directives données à la femme.	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF K	Uniquement dans des cas extrêmes avec des femmes psychologiquement désorganisées, absence d'analgésie péridurale, situations d'urgence, barrière de la langue	Pendant les efforts expulsifs.	Non évoqué, non observé	Non évoqué, non observé
SF L	Lors des efforts expulsifs, état psychique de la femme (stress, panique), urgence, absence d'analgésie péridurale	Pendant les efforts expulsifs.	Non évoqué, non observé	Transmission de sa compassion
SF M	Etat psychique de la femme, urgence, absence d'analgésie péridurale	Pendant les efforts expulsifs.	Lors des efforts expulsifs	Non observé non évoqué

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université de Paris sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.