Maieutique et interculturalité : analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l' Etat du Minas Gerais au Brésil

Julie Bourdin

▶ **To cite this version:**

Julie Bourdin. Maieutique et interculturalité : analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l' Etat du Minas Gerais au Brésil. Education. Normandie Université, 2022. Français. NNT : 2022NORMR012 . tel-03903120

HAL Id: tel-03903120
https://theses.hal.science/tel-03903120

Submitted on 16 Dec 2022

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

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

Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité SCIENCES DE L'EDUCATION

Préparée au sein de l'Université de Rouen Normandie

Maieutique et Interculturalité : analyse de l' activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l' exemple de la ville de Belo Horizonte dans l' Etat du Minas Gerais au Brésil

Présentée et soutenue par
JULIE BOURDIN

Thèse soutenue le 03/03/2022 devant le jury composé de		
MME SONDESS BEN ABID-ZARROUK	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, UNIVERSITE MULHOUSE HAUTE ALSACE	Rapporteur du jury
MME KLEYDE VENTURA DE SOUZA	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Minas Gerais	Rapporteur du jury
M. LAURENT FILLIETTAZ	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Geneve (SUISSE)	Membre du jury
M. JEAN LUC NAHEL	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Rouen Normandie	Membre du jury
M. RICHARD WITTORSKI	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Rouen Normandie	Président du jury
M. THIERRY ARDOUIN	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Rouen Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par THIERRY ARDOUIN (Centre Interdisciplinaire de Recherche Normand en Education et Formation),

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

ÉCOLE DOCTORALE 556 HSRT
Normandie Université

CIRNEF
Normandie Université • EA 7454

Maïeutique et Interculturalité : analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique

A travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais au Brésil

Résumé

En 2014, les résultats de la recherche nationale sur l'accouchement et la naissance au Brésil « *Nascer no Brasil* » fondent les recommandations du changement paradigmatique souhaité par les autorités fédérales brésiliennes autour de l'accouchement et de la naissance. Cette enquête nationale a notamment mis en évidence ce qui est appelé depuis 2009 le « paradoxe périnatal brésilien » à savoir des taux de mortalités maternelle et infantile encore élevés et une médicalisation de l'accouchement importante et inadaptée par le recours à des pratiques non fondées sur *l'Evidence Based Practice*. Ainsi, le Brésil a engagé un ensemble de politiques de santé publique visant l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. Parmi les stratégies déployées pour atteindre cet objectif, le gouvernement brésilien a notamment misé sur le développement d'un corps de métier : celui des infirmières spécialisées en obstétrique.

Cette Thèse se propose de caractériser l'activité professionnelle et de formations des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l'analyse du travail réel et du travail prescrit de ces dernières. Elle interroge également leur professionnalisation et l'universalité de la maïeutique à travers une tentative de conceptualisation de cette dernière par l'identification d'invariants opératoires.

Le cadre théorique convoqué pour mener ce travail a été celui de l'interculturalité, de la professionnalisation et de la didactique professionnelle.

Cette étude a été menée selon une approche qualitative à visée descriptive et compréhensive. Les outils méthodologiques utilisés ont été l'étude de textes et de référentiels, la réalisation d'observations directes et d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmières obstétricales, de patientes, de professeurs et coordinateurs de formation et d'étudiants.

Les résultats montrent que les éléments dégagés de l'analyse du travail réel et du travail prescrit permettent de caractériser une culture de la maïeutique et que cette dernière révèle un corps de métier en pleine négociation et transaction sociale. De plus, ces éléments permettent d'envisager une conceptualisation de la maïeutique ayant pour objectif de questionner son universalité dans d'autres contextes socio-culturels selon une approche systémique.

Mots-clefs

Maïeutique – Infirmières Obstétricales – Interculturalité – Professionnalisation – Didactique professionnelle

Table des matières

Résumé.....

Mots-clefs.....

Remerciements.....

Avant-propos.....

Introduction..... 1

1. Pourquoi une thèse et ce sujet ? Analyse réflexive de nos parcours professionnel et doctoral 1

2. Quelques détours sémantiques pour poser et positionner le cadre de notre recherche..... 3

2.1. « Naturel » et « Physiologique » versus « Normal »..... 4

2.2. « Obstétrique » versus « Maïeutique » 7

Partie 1 : La construction de la recherche et problématique.....17

1. 2014-2015 : les années des premiers constats et des premières interrogations 17

1.1. Mission professionnelle de Décembre 2013 (durée de cinq jours).....17

1.2. Septembre 2014 : notre inscription en thèse et notre orientation générale vers l'interculturalité 18

1.2.1. L'éducation comparée comme départ.....19

1.2.2. L'interculturalité comme arrivée 25

1.2.3. Education et naissance sont des phénomènes universels permettant de mobiliser l'interculturalité pour les étudier.....27

1.3. Mission professionnelle de Février 2015 (durée de dix jours) et le premier entretien exploratoire de notre recherche.....28

1.4. Mission professionnelle d'Octobre 2015 (durée de quatre jours), le virage de notre rencontre avec le Brésil et de notre objet de recherche 31

1.5. Les deux entretiens exploratoires de Novembre 2015.....34

2. Le contexte de la naissance au Brésil 38

2.1. Présentation générale des politiques de santé périnatale prenant place au sein du Sistema Único de Saúde (SUS) 38

2.2. Les résultats de la recherche « Nascer no Brasil » : enquête nationale sur l'accouchement et la naissance.....42

2.3. Le programme phare de santé périnatale brésilien : le Rede Cegonha.....54

2.4. L'humanisation de l'accouchement et de la naissance dans le monde et au Brésil.....58

3. Le contexte local de la naissance à Belo Horizonte (Etat du Minas Gerais) 63

3.1. Bref historique de l'Etat du Minas Gerais et de la ville de Belo Horizonte 63

3.2. Le contexte de la naissance dans l'Etat du Minas Gerais et la ville de Belo Horizonte 64

3.3. L'exposition « Sentidos do Nascer » 69

4. De la naissance de notre problématique, aux hypothèses et la construction de la méthodologie 72

4.1. Notre problématique, nos hypothèses et leurs explicitations 76
4.2. Notre approche méthodologique 78
4.3. Synthèse de la recherche en schéma 79
Partie 2 : Le cadre conceptuel convoqué pour notre recherche 81
1. L'interculturalité 81
1.1. Définition de l'interculturalité 81
1.2. Interculturalité et milieu de la santé 87
1.3. Le concept de la culture 91
1.3.1. Eléments de définition 91
1.3.2. Les principales caractéristiques de la culture 97
1.3.3. Les fonctions de la culture 98
1.3.4. Universalisme et particularisme 99
1.3.5. Ethnie et Ethnicité 101
1.3.6. Enculturation et socialisation ou la transmission culturelle 102
1.3.7. L'identité culturelle 104
1.4. Le phénomène d'acculturation et ses stratégies 105
1.5. Le concept d'identité 113
1.5.1. Eléments de définition 113
1.5.2. Stratégies et dynamiques identitaires 120
2. Un pont entre nos concepts de l'interculturalité et de la professionnalisation : celui de la socialisation professionnelle 126
2.1. La socialisation professionnelle 126
2.2. L'identité professionnelle 128
2.3. La culture professionnelle 134
3. La professionnalisation 139
3.1. L'émergence d'un mot et d'un concept 139
3.2. La professionnalisation des formations universitaires 143
3.3. La professionnalisation-constitution des professions 147
3.4. La compétence 153
4. L'analyse de l'activité et la didactique professionnelle 166
4.1. D'abord un détour par l'analyse de l'activité 166
4.2. Pour arriver à la didactique professionnelle 171
Partie 3 : La démarche méthodologique de notre recherche 178
1. Les temporalités et le contexte de la Thèse 178
2. La démarche exploratoire 180
2.1. L'observation à l'Hospital das Clínicas 180

2.2. L'observation à l'Hospital Sofia Feldman 182
2.3. L'entretien avec le Directeur administratif de l'Hospital Sofia Feldman 183
2.4. La distanciation par rapport à l'objet de recherche 183
3. La qualification de notre recherche scientifique et la détermination des outils méthodologiques 184
3.1. Méthodologies des recherches interculturelles 184
3.2. Méthodologies en didactique professionnelle 187
3.3. L'étude de cas et les outils méthodologiques retenus 188
3.4. En synthèse de cette partie 191
4. La démarche documentaire 192
5. La démarche de terrain 194
5.1. Les temporalités des quatre mois au Brésil 194
5.2. La réalité de la recherche au Brésil : éthique de la recherche scientifique 196
5.3. La récolte des données empiriques à travers les observations directes et les entretiens semi-directifs 200
5.3.1. Le choix des lieux d'étude (institutions) 200
5.3.2. L'élaboration des outils de la récolte de données en lien avec les publics étudiés 205
5.3.3. La détermination des échantillons et le déroulement de la récolte de données 210
5.4. Présentation de l'ensemble des données exploitées dans notre recherche 213
5.5. L'analyse des données empiriques issues des observations directes et des entretiens semi-directifs 216
5.5.1. L'analyse des données issues de nos observations directes 217
5.5.2. L'analyse des données issues de nos entretiens semi-directifs 222
6. Les limites de notre étude 231
6.1. En lien avec le contexte et le calendrier de notre Thèse 231
6.2. En lien avec la méthodologie de notre Thèse 231
Partie 4 : Les résultats issus de la recherche 234
1. Le travail prescrit 234
1.1. Concernant l'activité professionnelle 234
1.1.1. A l'échelle internationale 234
1.1.2. A l'échelle du Brésil 261
1.2. Concernant l'activité de formation 271
1.2.1. A l'échelle internationale 271
1.2.2. A l'échelle du Brésil 285
2. Le travail réel 320
2.1. Les observations directes de l'activité professionnelle 320
2.1.1. L'accompagnement des patientes 320

2.1.2. La pratique des infirmières obstétricales et les recommandations de bonnes pratiques – Evidence Based Practice 323
2.1.3. La collaboration avec les autres professionnels et intervenants 331
2.1.4. Le modèle de soins 333
2.1.5. Les catégories « Autre » 334
2.2. Les entretiens semi-directifs en lien avec l'activité professionnelle 335
2.2.1. Les entretiens semi-directifs avec les professionnels 335
2.2.2. Les entretiens semi-directifs avec les patientes 346
2.3. Les observations directes de l'activité de formation 349
2.3.1. L'accompagnement des étudiantes de la Residência en stage à l'HSF 350
2.3.2. L'ingénierie pédagogique 351
2.3.3. L'ingénierie de formation 357
2.3.4. L'ingénierie politique et l'activité de recherche 362
2.4. Les entretiens semi-directifs en lien avec l'activité de formation 364
2.4.1. Les entretiens semi-directifs avec les étudiantes 364
2.4.2. Les entretiens semi-directifs avec les professeurs et coordinateurs de formation 375
Partie 5 : La discussion de nos résultats au regard de notre cadre conceptuel 388
1. Les éléments de réponse à notre première hypothèse : « l'analyse du travail réel et du travail prescrit des infirmières obstétricales permet de caractériser une culture de la maïeutique » 388
1.1. Pour aller plus loin dans la discussion en lien avec la réponse à notre hypothèse 400
2. Les éléments de réponse à notre seconde hypothèse : « la culture maïeutique est un levier de professionnalisation des infirmières obstétricales » 406
2.1. La professionnalisation – constitution des professions 406
2.2. La professionnalisation – formation 415
2.3. Réponse et ouverture à notre hypothèse 425
3. Les éléments de réponse à notre troisième hypothèse : « la dimension universelle de la maïeutique permet la production de savoirs transposables dans différents contextes culturels » 427
3.1. Notre proposition de conceptualisation de la maïeutique 432
4. Ouvertures et perspectives à notre recherche 439
Conclusion 441
Bibliographie .....
Index des tableaux .....
Index des figures .....
Annexes .....
Tome I : Annexes principales accompagnant la Thèse .....
Tome II : Corpus des entretiens .....
Tome III : Corpus d'analyses des entretiens .....

Tome IV : Corpus d’analyses des observations.....
Liste des sigles .....

Remerciements

A mon directeur de thèse, Monsieur Thierry Ardouin qui a cru en tous mes projets professionnels dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation depuis 2012 et ceci quand, moi-même, je n'y croyais plus ou n'en voyais plus le sens. Merci pour votre accompagnement et votre soutien aussi bien scientifique qu'humain !

A tous les membres de l'ancien Axe 1 du laboratoire CIVIIC devenu Thème 2 du laboratoire CIRNEF pour les échanges, les débats, les obstacles épistémologiques et les conflits cognitifs qui ont permis à cette recherche de progresser. Un merci tout particulier à Stéphanie Gasse dont la présence rassurante à distance m'a permis d'avancer durant ces quatre mois au Brésil et à Claudie Bobineau pour son soutien bienveillant, sa disponibilité, ses sourires et son Humanité.

A l'Ambassade de France au Brésil qui, depuis 2001 grâce à son programme REFEB, permet aux jeunes chercheurs brésilianistes de mener leurs projets de recherche dans le champ des Sciences Humaines et Sociales au Brésil.

A Kleyde Ventura de Souza et à son équipe de recherche brésilienne pour leur soutien : Luana, Taisa, Débora, Kelly, Elysângela et Bruna. Un immense merci à Luana qui a été mon partenaire de tous les instants dans la découverte de la recherche scientifique au Brésil et qui a pleinement et complètement permis à ce travail de voir le jour !

A Marta Simone Nichthauser « Minha Martinha » et à Corinne Imbs, mes mamans adoptives brésiliennes qui ont su veiller sur moi et m'élever spirituellement !

A tous les participants à cette recherche pour leur enthousiasme et leur accueil chaleureux : professionnels, patientes, professeurs, coordinateurs des formations et étudiants. Plus spécifiquement aux coordinatrices des établissements qui m'ont aidée dans l'organisation de la collecte des données : à Ana-Paula pour l'*Hospital Sofia Feldman* et à Rosângela pour l'*Hospital Risoleta Tolentino Neves*. Mais également à tous les professionnels de ces deux maternités ainsi qu'à tous les professionnels de l'école en soins infirmiers de l'UFMG.

Au Brésil pour sa joie de vivre !

A mes amis, Caroline et Marcel, pour la saveur des savoirs qu'ils m'ont donnée en sciences de l'éducation et de la formation et pour être à mes côtés personnellement et professionnellement depuis 2004.

A ma famille de France et à Aurélie qui me portent et me supportent depuis maintenant quelques décennies dans mes projets aussi bien professionnels que personnels.

A ma famille adoptive de Suisse c'est-à-dire à cette équipe de la salle d'accouchement qui me fait vivre d'enrichissantes expériences professionnelles et humaines ! A Diana pour ses nombreuses contributions, son soutien, ses encouragements et sa douceur qui la caractérise tant. A Brigitte, Suzanna et Corinne pour leur immense soutien sur le terrain durant mes périodes de retraites doctorales. Et à David, bien évidemment, pour avoir placé en moi sa confiance et pour m'avoir encouragé à sa façon en me rabâchant sans cesse « Ecris ta thèse » !

A Rio et Houston, mes fidèles compagnons, pour leur présence réconfortante lors de ces longues journées, soirées et nuits passées à produire et à douter !

Avant-propos

Nous aborderons au cours de ce travail de recherche des aspects en lien avec l'organisation politique et administrative du Brésil. C'est pourquoi nous présentons rapidement en avant-propos la forme politique et administrative de ce pays. En 1988, les Brésiliens ont adopté une nouvelle constitution dite *Constitution de la République Fédérative du Brésil*. Dans son article premier, la Constitution de 1988 indique que la République Fédérative du Brésil est un *Etat Démocratique de Droit* formée par l'union *indissoluble* de 26 Etats, de 5 564 municipalités et du District Fédéral de Brasilia. Dans son article 18, il est précisé que l'Union des Etats, les Etats Fédérés, les municipalités et le District Fédéral sont des entités *autonomes* ce qui caractérise la forme d'organisation politique et administrative du Brésil. En effet, la Constitution interdit l'intervention de l'Union dans les Etats hormis dans des cas limitativement précisés (maintien de l'intégrité nationale, respect de la forme républicaine du gouvernement etc.) et l'intervention de l'Etat dans les municipalités hormis dans des cas également limités. Le Système Unique de Santé (SUS), inscrit dans l'article 198 de la Constitution, repose donc sur trois niveaux de financement public (Etat fédéral, Etats fédérés et municipalités).

Au niveau Fédéral, les pouvoirs *exécutif, législatif* et *judiciaire* assurent notamment la défense nationale, la diplomatie, la législation en matière de droit civil, pénal et électoral mais aussi le développement économique du pays. Le pouvoir *exécutif* fédéral relève de la compétence du Président de la République qui est assisté de ses Ministres d'Etat (article 76 de la Constitution). Le pouvoir *législatif* fédéral relève de la compétence du Congrès national composé de la Chambre des Députés et du Sénat fédéral (article 44 de la Constitution). Le pouvoir *judiciaire* fédéral relève de la compétence du Tribunal fédéral suprême (article 101 de la Constitution). La santé relève de la compétence du Ministère de la Santé.

Au niveau des Etats Fédérés, l'exercice de leur compétence concerne exclusivement des domaines d'intérêt local comme l'éducation, la santé, la justice, la culture ou encore la lutte contre la pauvreté. Chaque Etat est représenté par un pouvoir exécutif (Gouverneur) et par un pouvoir législatif. La santé est prise en charge par les Secrétariats d'Etat de la Santé.

Au niveau des municipalités, l'organisation est la même qu'au niveau Etatique puisque chaque municipalité possède aussi un pouvoir exécutif (Maire) et un pouvoir législatif. Les compétences des municipalités peuvent être des compétences propres mais aussi partagées avec l'Union des Etats, l'Etat dont elle dépend ou encore avec le District Fédéral. La santé est prise en charge par les Secrétariats municipaux de la Santé.

Enfin, il faut noter que l'autonomie assurée à ces trois niveaux d'organisation politique et administrative permet aux citoyens de participer activement à la définition des politiques mises en œuvre ou contrôlant leur application.

En ce qui concerne la structure de ce document, vous trouverez des zones de texte orange comme celle dans laquelle nous écrivons ces propos et qui correspondent à des éléments structurants notre pensée. Cependant, elles n'ont pas toujours la même fonction. En effet, certaines seront des points de synthèse de ce qui viendra d'être dit, d'autres serviront d'articulation entre ce que nous venons de développer et ce que nous souhaitons développer et enfin, certaines introduiront la suite de nos propos.

En ce qui concerne notre style rédactionnel, il est parfois fait de questionnements. Cela ne doit pas surprendre le lecteur, il a pour but de l'accompagner dans notre raisonnement.

Nous avons opté pour une mise en valeur de certains éléments dans notre texte afin de rythmer la lecture et structurer notre écrit. Ces éléments apparaitront en caractère bleus et les références à nos annexes principales seront surlignées en bleu.

Enfin, en termes de navigation dans la version numérique de ce document, nous avons souhaité la faciliter le plus possible. C'est pourquoi la table des matières se trouvant au début de ce document est faite de liens vous permettant d'accéder directement au titre sélectionné dans celle-ci. De plus, vous trouverez à la fin de chaque section importante de ce document l'icône suivant vous permettant un retour à la table des matières.

Introduction[1]

Ce travail de recherche doctoral est à la croisée de deux champs disciplinaires et de recherche : celui des Sciences de l'Education et de la Formation et celui des Sciences de la Santé (plus précisément celui des Sciences Maïeutiques). En effet, nous inscrivons cette recherche doctorale dans le thème 2 du laboratoire CIRNEF « Professionnalité(s) et professionnalisation : temporalités, espaces, transformations ». Nous avons souhaité effectuer, au cours de ce travail, une analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais. Nous ne cachons pas que le point de départ de cette recherche a été notre activité professionnelle. Pour autant, même si le constat de départ était professionnel, nous nous sommes efforcée d'apporter une réponse scientifique à notre questionnement qui était celui d'étudier le développement de notre activité professionnelle et de sa formation dans un autre contexte socio-culturel que le nôtre. Ainsi, ce travail présente le questionnement d'une sage-femme française qui regarde la maïeutique au Brésil, et la réponse d'une chercheure novice en Sciences de l'Education et de la Formation à celui-ci en adoptant une posture de chercheure distanciée.

1. Pourquoi une thèse et ce sujet ? Analyse réflexive de nos parcours professionnel et doctoral

Le choix du sujet de notre recherche s'explique aisément par notre parcours professionnel que nous présentons brièvement. Nous avons obtenu, au sein de l'école de sages-femmes de Rouen, notre Diplôme d'Etat de Sage-Femme en Juin 2008. Tout de suite après l'obtention de ce diplôme et en tant que jeune diplômée, nous avons exercé deux années dans une maternité de type 2 en périphérie rouennaise. Nous occupions alors un poste de sage-femme clinicienne en salle de naissance et dans le secteur d'hospitalisation des femmes enceintes et accouchées. Puis nous avons été recrutée en Septembre 2010 par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen en tant que sage-femme faisant fonction de cadre enseignant au sein de l'école de sages-femmes dont nous étions initialement issue. Nous avions postulé à cette fonction car nous avions identifié en fin de cursus initial une appétence pour la pédagogie qui s'était confirmée par la suite lors de la dispensation de cours théoriques au sein de cette école et lors de l'accompagnement des étudiants sages-femmes en stage sur notre lieu d'exercice.

[1] Nous précisons d'emblée que notre introduction est particulièrement dense car elle comporte une analyse sémantique positionnant *a minima* le cadre de notre recherche.

Lors de ce recrutement, il avait été convenu avec l'institution, que nous régularisions notre statut de faisant fonction par un statut de cadre par le biais d'études promotionnelles. La formation alors en vigueur (décrétée par l'Arrêté du 7 Juin 2011) permettant d'accéder au grade de sage-femme cadre indispensable pour exercer en tant que sage-femme enseignante au sein d'une structure de formation initiale était le « Master santé publique et environnement, spécialité périnatalité : management et pédagogie » délivré par l'Université de Bourgogne. Ce Master, comme son nom l'indique, permettant également d'occuper des postes de sage-femme cadre au sein d'institutions de soins dans le secteur de la périnatalité. Or ce versant managérial, ne nous intéressait pas du tout à l'époque. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de débuter un Master Recherche en Sciences de l'Education et de la Formation au sein de l'Université de Rouen en Septembre 2012. Pour effectuer cette formation, nous avons alors été détachée une année complète de l'école de sages-femmes afin de pouvoir suivre les cours du Master 1 le jour et les séminaires du Master 2 le soir. Nous avons ainsi eu la chance de pouvoir effectuer les deux années de notre Master en une. Notre travail de mémoire de Master 2 avait alors porté sur l'évaluation des étudiants en Sciences Maïeutiques. Après l'obtention de notre Master, nous avons réintégré notre poste au sein de l'école de sages-femmes de Rouen. C'est durant ces années d'exercice que nous avons découvert le Brésil et plus particulièrement la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais en participant à une mission de coopération internationale entre le CHU de Rouen et *l'Hospital das Clínicas* et *l'Universidade Federal de Minas Gerais*. Nous avons quitté notre poste de sage-femme formatrice en Octobre 2016, c'est-à-dire au moment où nous nous apprêtions à partir effectuer dans le cadre de notre recherche doctorale notre récolte de données au Brésil. En effet, nous avions obtenu en 2015 une bourse dans le cadre du programme d'aide à la mobilité du Réseau Français d'Etudes Brésiliennes d'une durée de quatre mois (du 12 Octobre 2016 au 19 Février 2017). Avant notre départ pour le Brésil nous avions déjà fait le choix, à notre retour, de ne plus exercer en tant que sage-femme formatrice au sein de l'école de sages-femmes de Rouen mais de redevenir sage-femme clinicienne, cette fois au CHU de Rouen. Nous avons donc occupé ce poste de Mars 2017 à fin Juillet 2018. Mais, l'acculturation brésilienne que nous avons vécue pendant ces quatre mois a rendu difficile notre retour en France notamment sur le plan professionnel. En Août 2018, une opportunité professionnelle nous a permis de devenir Infirmière Cheffe d'Unité de Soins de la salle d'accouchement du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois de Lausanne en Suisse. Nous occupons toujours ce poste actuellement. Notre thèse a donc dû suivre et s'adapter à ces évolutions professionnelles.

Débuter cette thèse en Sciences de l'Education et de la Formation en 2014, faisait sens puisqu'elle était le prolongement d'un projet initié en 2012 lors de notre inscription en Master Recherche. Cela faisait d'autant plus sens que nous occupions notre poste de sage-femme formatrice au sein de l'école de sages-femmes de Rouen. Mais, au fil des années, les évolutions de notre parcours professionnel ont limité le temps que nous pouvions consacrer à notre Thèse. Malgré cela, nous avons tout de même participé en 2016 au 7ème Forum International Francophone de Pédagogie des Sciences de la Santé où nous avions réalisé une affiche présentant le questionnement initial de notre recherche. A ce moment, il s'agissait d'une analyse de l'activité de formation au Brésil et en France sous le thème général « Maïeutique et Interculturalité ». Ce congrès avait donné lieu à une publication dans le revue Pédagogie

Médicale[2]. Puis, en 2017, nous avons publié un chapitre[3] portant sur la phase exploratoire de notre recherche dans un ouvrage collectif. Enfin, de 2015 à 2017, nous avons dispensé des cours dans deux Masters au sein de l'Université de Rouen : le Master 2 professionnel spécialité MEEF « Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation », pratiques et ingénierie de la formation, PEPAD « Petite enfance et partenariat éducatif » et le Master 2 professionnel spécialité IESET « Ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique ». Nous regrettons aujourd'hui la durée totale de notre thèse (huit années) mais ce temps a, malgré tout, été nécessaire pour continuer à nourrir le thème et le sens de ce Doctorat.

2. Quelques détours sémantiques pour poser et positionner le cadre de notre recherche

La présentation de notre itinéraire professionnel donne à voir que dès le début de notre parcours en Sciences de l'Education et de la Formation nous avons appris à nous doter d'une nouvelle posture et à la conjuguer avec celle que nous possédions déjà en tant que professionnelle de la maïeutique (nous définirons ce terme plus loin). Il y a alors, à notre sens, deux façons d'envisager cette situation : soit comme une difficulté permanente, soit comme une source d'enrichissement. La première expérience que nous en avons fait est de le vivre comme une difficulté car « il vient un temps où l'esprit aime mieux ce qui confirme son savoir que ce qui le contredit, où il aime mieux les réponses que les questions » (Bachelard, 2011, p. 17). Porter la double casquette de professionnelle de la maïeutique et de chercheure en Sciences de l'Education et de la Formation n'a donc pas toujours été chose aisée, du moins au commencement. En effet, cette double posture nous a constamment obligée à être vigilante à notre distanciation par rapport à notre objet d'étude alors que les points de départ de nos travaux de Master et de Doctorat en Sciences de l'Education et de la Formation ont toujours été des constats professionnels. Chaque début d'étape de recherche pour nous devait alors consister à lutter contre le premier obstacle épistémologique au sens de Bachelard à savoir l'expérience première et à effectuer une « catharsis intellectuelle et affective » (Bachelard, 2011, p. 21). Une fois cet obstacle dépassé grâce à nos démarches de problématisation, nous pouvions alors percevoir l'enrichissement de notre discipline première (les Sciences Maïeutiques) par la seconde (les Sciences de l'Education et de la Formation).

---

[2] Bourdin J. Maïeutique et interculturalité : analyse de l'activité de formation au Brésil et en France – Pédagogie médicale 2016; 17 (Suppl. 1): S 47-48

[3] Bourdin, J. (2017). Analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil. In Ardouin, T., Briquet-Duhazé, S., & Annoot, E. (coord.). *Le champ de la formation et de la professionnalisation des adultes : attentes sociales, pratiques, lexique et postures identitaires*. Paris : L'Harmattan, 165-183.

Nous donnons ci-après un exemple concret de cet enrichissement et ce dernier nous permet également d'initier notre travail de précision sémantique sur quelques termes que nous choisirons volontairement d'utiliser dans le reste de ce travail et qui méritent un détour.

2.1.« Naturel » et « Physiologique » versus « Normal »

En tant que professionnelle de la maïeutique, un accouchement dit naturel, physiologique ou même encore normal fait référence à la même chose. Ces termes étant admis comme des synonymes. En effet, si nous commençons notre exploration sémantique par de la littérature généraliste, nous trouvons beaucoup de similitudes dans les définitions de ces termes dans le dictionnaire Larousse (2019) de langue française :

Naturel (du latin *naturalis*) : qui appartient à la *nature*, qui en est le fait, qui est le propre du monde physique. Qui est directement issu de la nature, du monde physique, *qui n'est pas le fait du travail de l'homme*. Qui appartient à la nature physique des hommes, aux fonctions de l'organisme. Qui tient à la nature humaine, qui est imposé par la nature en tant que principe. Qui tient à la nature d'un homme, qui *n'a pas été acquis ou modifié*. Qui s'exprime ou agit selon sa nature profonde, qui exclut toute affectation, toute contrainte. Qui est conforme à l'ordre *normal* des choses, au bon sens, à la raison, à la logique.

Physiologique : relatif à la physiologie (du latin *physiologia* et du grec *phusiologia*, partie de la biologie qui étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants). Se dit des fonctions et des réactions *normales* de l'organisme.

En aparté, nous notons d'ores et déjà que les définitions de ces termes font plutôt référence, d'un point de vue biologique, à des phénomènes qui obéissent *aux lois du corps* sans aucune intervention de quelque nature que ce soit, et surtout pas humaine.

Normal (du latin *normalis*, de *norma*, équerre, règle) : qui est conforme à une moyenne considérée comme une *norme*, qui n'a rien d'exceptionnel (synonymes : régulier, ordinaire, courant). Qui est conforme à la *nature* d'un être, d'une chose, à l'organisation de quelque chose (synonyme : sain). Qui est conforme au plus habituel, qui ne surprend ni dans un sens ni dans un autre (synonymes : habituel, naturel). Qui est conforme à ce que l'on pense être juste, équitable (synonymes : habituel, traditionnel). Qui est prévisible, logique, compréhensible.

Normalité : état, caractère de ce qui est conforme à la *norme*, à ce qui est considéré comme *l'état normal*.

Si nous poursuivons cette exploration sémantique dans un registre plus spécialisé à notre sujet de recherche, nous trouvons dans le dictionnaire médical (2004), les définitions suivantes :

Naturel : le terme n'est pas référencé.

Physiologie : science qui traite des fonctions *normales* d'un organisme animal (physiologie animale) ou végétal (physiologie végétale).

Normal : se dit d'une solution renfermant, par litre, un poids de substance dissoute libérant une valence-gramme.

Maintenant, si nous nous tournons vers les Sciences Humaines et Sociales, nous percevons une différence entre les termes de naturel et physiologique d'un côté et de normal de l'autre. Tout d'abord, dans la première édition de 1943 de sa thèse de doctorat « Le normal et le pathologique », Canguilhem (philosophe et médecin) utilise tour à tour les trois termes que nous venons de caractériser sans vraiment marquer de différence. En effet, il commence par définir le normal comme « ce qui est tel qu'il doit être » ou encore « au sens le plus usuel du mot, ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue soit la moyenne soit le module d'un caractère mesurable » (Canguilhem, 2013, p. 101). Il indique également qu'en philosophie « au sens plein du mot, normatif est ce qui institue des normes » (Canguilhem, 2013, p. 102). Nous retrouvons là des éléments de définition similaires à ce que nous avons évoqué précédemment. Pour autant, au fil de la lecture et de sa réflexion, Canguilhem finit par marquer une différence entre ce qui relève du physiologique et du normal. En effet, il ne tient plus ces mots pour synonymes quand il écrit : « il apparait que définir la physiologie comme la science des lois ou des constantes de la vie normale ne serait pas rigoureusement exact » (Canguilhem, 2013, p. 177). Il indique alors qu'il est plus juste de définir la « physiologie comme science des conditions de la santé ou science des allures stabilisées de la vie » (Canguilhem, 2013, p. 179).

Mais alors quelle(s) différence(s) est (sont) faite(s) entre ces termes ?

Quand Canguilhem (2013) parle de la nature, il indique qu'elle « trouvera les voies vers la guérison. Mais dans une conception qui admet et attend que l'homme puisse forcer la nature et la plier à ses vœux normatifs » (p. 15). Il introduit là, de nouveau, le concept de normatif et donc laisse sous-entendre que le normal est autre chose que les simples phénomènes de la loi du corps en le différenciant ainsi des termes de naturel et de physiologique que nous continuons, concernant ces derniers, à tenir pour synonymes. Il poursuit en écrivant : « le sens des concepts de norme et de normal dans les sciences humaines, en sociologie, en ethnologie, en économie, entraîne à des recherches qui tendent finalement, qu'il s'agisse des types sociaux, des critères d'inadaptation au groupe, des besoins et des comportements de consommation, des systèmes de préférence, à la question des rapports entre normalité et généralité » (Canguilhem, 2013, p. 223). De ce fait, vingt ans plus tard, Canguilhem apporte de nouvelles réflexions à sa thèse de doctorat en marquant cette fois-ci l'importance de la sociologie dans les concepts de norme et de normal dont il précise que « nous pourrions dire des deux concepts de Norme et de Normal que le premier est scolastique tandis que le second est cosmique ou populaire » (Canguilhem, 2013, p. 225) autrement dit « le normal c'est l'effet obtenu par l'exécution du projet normatif, c'est la norme exhibée dans le fait » (Canguilhem, 2013, p. 232). Ainsi, en inscrivant plus fortement le normal dans une approche sociologique, il le différencie d'autant plus de la physiologie en indiquant qu'« il n'y a donc pas, à proprement parler, de science biologique du normal. Il y a une science des situations et des conditions biologiques dites normales. Cette science est la physiologie » (Canguilhem, 2013, p. 204). Par ailleurs, il donne quelques caractéristiques du normal comme le fait que « le normal n'est pas un concept statique ou pacifique, mais un concept dynamique et polémique » (Canguilhem, 2013, p. 227). Il avait pour

autant, déjà introduit cette caractéristique en 1943 quand il indiquait que l'homme était en proie aux fluctuations de son milieu : « l'état physiologique est l'état sain, plus encore que l'état normal. C'est l'état qui peut admettre le passage à de nouvelles normes. L'homme est sain pour autant qu'il est normatif relativement aux fluctuations de son milieu » (Canguilhem, 2013, p. 204). Il va même plus loin dans cette notion de fluctuations du milieu en indiquant qu'elles peuvent être, en quelques sortes, endogènes et exogènes. C'est ce qu'il nomme la normativité biologique : « s'il existe des normes biologiques c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même. C'est ce que nous appelons la normativité biologique » (Canguilhem, 2013, p. 203).

La référence faite par Canguilhem à cette idée que l'être humain est influencé par son milieu, mais qu'il agit également dessus, nous a alors orienté vers la psychologie sociale afin de continuer à étayer notre propos.

En effet, selon Fischer (2015), la psychologie sociale « étudie les relations et les processus de la vie sociale inscrits dans les formes organisées de la société (groupes, institutions, etc.), d'une part, et pensés et vécus par les individus, d'autre part ; l'approche du social comme ensemble de processus relationnels met en lumière la nature dynamique des conduites et des phénomènes sociaux, qui se traduit par l'importance des influences sociales et la valeur des représentations en œuvre dans un contexte déterminé » (p. 21). Ainsi, en étant au croisement de la psychologie (qui étudie les processus cognitifs de l'individu) et de la sociologie (qui étudie l'individu dans ses interactions avec les autres individus), la psychologie sociale analyse les phénomènes sociaux et les aspects relationnels de la vie sociale par l'étude du système d'influence sociale de et sur l'individu. Ainsi, il est possible d'envisager deux schémas :

- L'un descendant dans lequel la société agit sur les individus et influence leurs comportements via des normes afin de déterminer des comportements sociaux adaptés. Comme l'indique Canguilhem (2013) « une norme, une règle, c'est ce qui sert à faire droit, à dresser, à redresser » (p. 227) ;
- L'autre ascendant dans lequel les individus agissent sur la société via des tendances qui peuvent devenir normatives. Dans ce schéma, les acteurs sont agissants et construisants de la société. Comme l'indique Canguilhem (2013) « une norme, en effet, n'est la possibilité d'une référence que lorsqu'elle a été instituée ou choisie comme expression d'une préférence et comme instrument d'une volonté de substitution d'un état de choses satisfaisant à un état de choses décevant » (p. 228).

Parmi les théories de la psychologie sociale, nous trouvons celles de l'interaction symbolique particulièrement intéressantes car elles étudient la dynamique des systèmes culturels à travers leurs traditions, leurs normes et leurs valeurs et montrent comment « ils sont utilisés ou interviennent comme facteurs d'influence des comportements » (Fischer, 2015, p. 28). Ainsi, les normes et le normal sont indissociables d'une culture puisqu'ils la constitue. Et, au final, nous retrouvons ce postulat chez Canguilhem (2013) à plusieurs reprises quand il écrit « la norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie, dite science de l'homme normal, à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation

commune de la norme dans un milieu social un moment donné » (p. 98). Puis quand il écrit (2013) « la médecine, a dit Sigerist, est des plus étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque » (p. 79). Il y a, dans cette proposition, deux variables qui nous semblent intéressantes : la première est celle de la *culture* et la seconde est celle de *l'époque*.

Si nous traitons dans un premier temps la variable de la culture (et des traditions, normes et valeurs qu'elle implique), la question qui nous vient à l'esprit est la suivante : pour une même époque, peut-on indiquer qu'un accouchement dit normal implique les mêmes représentations pour les femmes de tous les pays du monde ?

Si nous prenons maintenant la seconde variable à savoir celle de l'époque, la question qui nous vient maintenant à l'esprit est la suivante : dans une même culture, peut-on dire qu'un accouchement dit normal dans les années 1950 véhiculent les mêmes représentations qu'un accouchement dit normal dans les années 2020 ?

Ainsi en suivant les approches de Canguilhem et de la psychologie sociale, nous arrivons aisément à distinguer et à différencier les termes de naturel et de physiologique d'une part et de normal d'autre part. Le concept du normal selon ces approches étant bien plus riche et fécond que les premières définitions généralistes que nous avions présentées, puisqu'il inclue maintenant une dimension socio-culturelle. Dans notre travail de recherche, nous nous inscrivons dans cette conception en ce qui concerne l'utilisation de l'adjectif de « normal » pour qualifier la grossesse ou encore l'accouchement des femmes. En effet, ces approches mettent en lumière le système d'influence dans lequel l'Homme en tant qu'être social prend place et évolue.

Nous arrivons au terme de cet exemple, qui nous a permis de mettre en avant le fait que notre posture de professionnelle de la maïeutique et de chercheure en Sciences de l'Education et de la Formation est une richesse. En effet, dans le cas de cet exemple, les Sciences de l'Education et de la Formation ont permis d'apporter de l'intelligibilité à nos pratiques professionnelles de sage-femme. Il est maintenant temps de nous arrêter sur le terme de maïeutique.

2.2.« Obstétrique » versus « Maïeutique »

Encore une fois, si nous débutons notre détour sémantique par de la littérature généraliste, nous trouvons comme définitions pour ces termes dans le dictionnaire Larousse (2019) de langue française :

Obstétrique (du latin *obstetrix*, *-icis*, accoucheuse) : branche de la médecine qui prend en charge la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Obstétricien, -ienne : *médecin* spécialisé en obstétrique.

Maïeutique (du grec *maieutikê*, art de faire accoucher) : dans la philosophie socratique, art de conduire l'interlocuteur à découvrir et à formuler les vérités qu'il a en lui. Partie de l'obstétrique qui concerne la pratique de l'accouchement, assurée essentiellement par les sages-femmes.

Si nous poursuivons cette exploration sémantique dans un registre plus spécialisé à notre sujet de recherche, nous trouvons dans le dictionnaire médical (2004), les définitions suivantes :

Obstétrique : branche de la médecine qui traite de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Maïeutique : le terme n'est pas référencé. Seul celui de maïeuticien l'est et correspond à la définition suivante : sage-femme de sexe masculin.

Enfin, toujours dans un registre plus spécialisé à notre sujet de recherche, nous trouvons dans le dictionnaire de pédagogie les définitions suivantes :

Obstétrique : le terme n'est pas référencé.

Maïeutique : dans la philosophie socratique, elle désigne l'art de faire découvrir à l'interlocuteur, par une série de questions, « les vérités qu'il porte en lui » (Raynal & Rieunier, 2012, p. 307).

D'un point de vue historique, les termes d'obstétrique et de maïeutique existent depuis l'Antiquité. Mais le terme de maïeutique n'était réservé qu'à la méthode d'instruction philosophique de Socrate dont la mère, Phénarète, était sage-femme. A-t-il fait un parallèle entre l'Art de faire accoucher les femmes et l'Art de faire accoucher les esprits ? Quoiqu'il en soit, historiquement, la « profession » (nous mettons d'ores et déjà ce terme entre guillemets car nous discuterons de cette appellation pour l'activité exercée par les sages-femmes au regard du concept de la professionnalisation) de sage-femme a été l'une des rares à avoir été dominée par des praticiennes pendant aussi longtemps. C'est durant la Grèce antique que l'obstétrique connait un progrès sans précédent en se sécularisant et donc en abandonnant petit à petit les pratiques relevant du magique, du sacré et du religieux (très présentes dans l'Egypte ancienne et la Rome antique) pour aller vers une compréhension plus scientifique des mécanismes de la parturition. La période moyenâgeuse n'a pas été des plus glorifiantes pour le développement de l'obstétrique en affichant des taux de mortalité maternelle et infantile records du fait d'un manque de formation de la majorité des personnes assistant les femmes en couches (alors appelées ventrières ou matrones). Les professionnelles qui étaient, elles, formées à l'Art des accouchements (qualifiées de sorcières) ont fortement subi l'inquisition car elles représentaient un danger en remettant en cause le pouvoir du divin et du religieux. En France, il a alors fallu attendre le XVIII^{ème} siècle pour véritablement sortir de ce marasme et connaitre une période fructueuse pour la discipline. Ceci grâce notamment à quelques sages-femmes emblématiques comme Mesdames Le Boursier du Coudray (1712-1789 ; pionnière de la simulation en santé) et Lachapelle (1769-1821) qui se sont employées à former à l'Art des accouchements aussi bien des sages-femmes que des chirurgiens sur tout ou partie du territoire français. Mais les évolutions étaient déjà en marche dès les XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles où l'enseignement se structurait déjà de plus en plus et petit à petit et où l'Art des accouchements devenait une discipline médicale et chirurgicale à part entière en même temps qu'elle se masculinisait. C'est

aussi durant le XVII^{ème} siècle, que la communauté des sages-femmes en France fut officiellement reconnue mais agréée à la corporation des chirurgiens (1660). Au début du XIX^{ème} siècle (1806), Napoléon créa la première Chaire d'Obstétrique et en fit une spécialité médicale dont le premier titulaire en sera Baudelocque. Ce dernier continuera alors à structurer l'enseignement de cette discipline devenue scientifique, aussi bien pour les sages-femmes que les médecins et au fil des évolutions des connaissances dans le domaine. Quant à la réglementation de la profession de sage-femme, elle débuta également à la même époque (1803) et commence, de ce fait, à distinguer le champ de compétence des sages-femmes de celui des obstétriciens (appelés à intervenir en cas d'accouchements dits difficiles). Deux corps professionnels se partagent alors le champ de la naissance. A partir de ce moment et surtout au XX^{ème} siècle, le développement incessant des connaissances et de la technicité médicale n'ont fait qu'accroitre l'essor de l'obstétrique entendue maintenant comme la discipline scientifique médicale et chirurgicale des grossesses et accouchements difficiles et, de ce fait, exercée par des médecins. Ces avancées ont largement participé à la médicalisation de la naissance. Ainsi l'accouchement tend de moins en moins à être considéré comme un fait strictement naturel ou physiologique et de plus en plus à être considéré comme un fait scientifique maîtrisable par les normes médicales en vigueur (nous faisons ainsi écho à notre précédente réflexion). C'est certainement là que la naissance dite moderne ou contemporaine s'illustre. En faisant entrer dans le champ du social des normes médicales répondant à des injonctions de sécurité et de qualité de soins bien plus fortes que dans le passé, la naissance est alors positionnée, de ce fait, dans une logique de normalisation technique plus qu'humaine[4]. Parallèlement à cet essor, l'activité des sages-femmes a connu, elle, en termes de reconnaissance, un déclin puisque son champ de compétence n'était, au final, qu'une pratique ancestrale non pourvoyeuse de progrès. C'est sans nul doute en réaction à cette crise identitaire que le terme de maïeutique est (ré)apparu pour décrire le champ professionnel des sages-femmes. En effet, il s'agit là de la volonté d'un corps professionnel de se doter d'une professionnalité c'est-à-dire de définir ses compétences et ses valeurs de façon à déterminer son identité professionnelle et donc d'entrer dans une logique de professionnalisation afin d'obtenir la reconnaissance sociale de son activité. En France, la maïeutique est maintenant la discipline médicale exercée par les sages-femmes comme l'a proposé, en 2011, la commission de terminologie et de néologie siégeant auprès du Ministère de la Santé. En effet, la profession de sage-femme en France fait partie des professions médicales au même titre que les médecins et chirurgiens-dentistes. Nous proposons et retenons dans ce travail de recherche, la définition internationale suivante de la maïeutique :

> Soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et les premières semaines de vie. Cette pratique

[4] Là est tout le débat actuel autour des violences faites aux femmes, y compris dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique et ceci à l'échelle internationale.

> consiste essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles. (*The Lancet*, 2014, p. 3)

Nous devons tout de même préciser que le terme de maïeutique proposé ci-dessus ne fait pas l'unanimité au sein de la communauté des sages-femmes francophones et des organismes des Nations Unies travaillant avec l'*International Confederation of Midwives* (ICM). En effet, certains auteurs comme Meyer et al. (2019) soutiennent la « perte d'une traduction » (p. 25) entre *midwifery* (terme anglais désignant l'activité professionnelle des sages-femmes et utilisé dans la série en langue originale du *Lancet*) et maïeutique (terme utilisé pour traduire *midwifery* en français dans la série du *Lancet*). D'un point de vue étymologique, le terme de sage-femme semble être apparu pour la première fois en France au XVI^{ème} siècle (1505). Dans l'appellation sage-femme (nom féminin), le professionnel est désigné par le mot sage : du latin *sapiens*, qui signifie « connaissance, expérience » et dérivé du verbe *sapere*, qui signifie « savoir ». Ainsi, ce terme désigne le professionnel qui possède la connaissance sur la femme qui accouche[5]. Nous retrouvons également cette signification dans le terme anglais pour sage-femme qui est *midwife*. « *Mid* » provient du vieil anglais *mit* (origine germanique) qui signifie « avec » et « *wife* », la femme. Nous nous situons donc également dans cette idée d'un professionnel qui est « avec la femme » et qui l'accompagne. Pour autant, Meyer et al. (2019) estiment qu'« en traduisant *midwifery* par maïeutique, nous passons d'un contenu professionnel pointu à un processus philosophique, un outil principalement pédagogique » (p. 29). Nous entendons ceci si nous ne nous situons que dans l'approche philosophique du terme de maïeutique. Or, en France, l'utilisation du terme de maïeutique a été envisagé comme un élément et une opportunité de professionnalisation de l'activité des sages-femmes (regroupant alors les dimensions pratiques mais également philosophiques, éthiques et pédagogiques de l'activité). Mais ce n'est finalement pas ce que concluent Meyer et al. (2019) qui indiquent que « sans littérature adéquate permettant une compréhension claire et une politique consensuelle sur l'utilisation du terme dans les différentes communautés de sages-femmes francophones, il semble difficile de croire que maïeutique, dans sa nouvelle acceptation, influencera

[5] En aparté, nous précisons que ceci explique pourquoi les professionnels masculins exerçant la maïeutique en France aujourd'hui sont aussi appelés sage-femme et non autrement. Bien qu'ils pourraient tendre à se faire nommer « maïeuticien », selon la définition trouvée dans notre dictionnaire médical (2004), ce terme est très peu usité par eux-mêmes et par l'ensemble de la profession. De plus, ceci serait alors très largement discutable si, dans le même temps et en parallèle, le terme de « maïeuticienne » ne se développait pas tout autant pour les professionnelles féminines.

positivement les soins dans les services de maternité ou qu'il apportera une plus-value à l'identité professionnelle, comme la série du *Lancet* l'a préconisé en anglais » (pp. 37-38).

Alors, que retenons-nous pour l'utilisation des termes d'obstétrique et de maïeutique dans notre travail de recherche ?

Il ressort que le terme de maïeutique en France est celui qui définit l'activité des sages-femmes. Il fait maintenant partie d'une rhétorique professionnelle qui s'inscrit dans une logique de professionnalisation de l'activité de ces dernières. Il en est de même pour leur formation initiale qui est dite en « Sciences Maïeutiques ». Ce terme tend même à s'internationaliser comme en atteste la définition de la maïeutique avancée par la revue médicale *The Lancet*. Cette définition laisse entendre qu'il existe une pratique universelle, la maïeutique, sans pour autant l'attribuer d'office et d'emblée au groupe professionnel des sages-femmes comme en France. En effet, il est précisé que « ce cadre s'appuie sur une définition de la maïeutique qui tient compte des compétences, attitudes et comportements plutôt que sur des rôles professionnels spécifiques » (*The Lancet*, 2014, p. 2). Il est seulement dit plus loin tout en nuances que « l'organisation internationale du travail (OIT) décrit les sages-femmes comme le principal groupe de professionnels à exercer la maïeutique. La confédération internationale des sages-femmes définit le travail des sages-femmes ainsi que les compétences et normes essentielles de leur formation et pratique » (*The Lancet*, 2014, p. 3).

Cependant, au Brésil, terrain d'étude de notre recherche, ni le terme de sage-femme ni le terme de maïeutique ne sont utilisés voire connu pour le dernier. Le terme retenu pour désigner ce que nous pouvons considérer comme les homologues professionnelles des sages-femmes en France au regard de leur champ de compétence est *Enfermeira Obstétrica* en langue originale soit infirmières obstétricales ou infirmières spécialisées en obstétrique. Cette dénomination laisse donc entrevoir d'ores et déjà la nature de la formation initiale de ces professionnelles sur laquelle nous reviendrons plus tard dans ce travail. Mais quoiqu'il en soit nous pourrions, au regard de la précédente analyse que nous avons mené sur la différenciation des termes de maïeutique et d'obstétrique, porté un regard critique sur cette appellation d'infirmière obstétricale. En effet, nous avons souligné les spécificités de ces deux disciplines et montré qu'elles étaient exercées par deux corps professionnels distincts, chacun doté de sa propre professionnalité c'est-à-dire de ses propres compétences, de ses propres valeurs et en soi de sa propre identité professionnelle et de sa propre culture professionnelle. Mais nous risquerions certainement de commettre une erreur en émettant une telle analyse qui pourrait être jugée comme trop hâtive et surtout trop professionnelle. En effet, ce serait aussi faire le raccourci que l'analyse sémantique que nous avons développé dans le contexte socio-culturel français puisse être universelle et se transposer dans les faits et les actes à tout ou partie du monde. Notre posture de chercheure en Sciences de l'Education et de la Formation nous permet de ne pas tomber dans ce piège et d'élargir notre pensée et notre réflexion à un désir de compréhension qui dépasse la simple constatation de différences en partant du principe qu'une culture (ici professionnelle) puisse être supérieure à une autre. En soit, les Sciences de l'Education et de la Formation nous ont offert une opportunité d'acculturation professionnelle. Non sans difficultés, certes, car « la perspective interculturelle nécessite de faire un "pas de côté" par rapport à ses références propres. Il ne s'agit pas de nier sa propre identité

culturelle/soignante, mais de composer avec l'identité de l'autre » (Brennetot dans Colinet, 2019, p. 144). Et ceci s'est complètement vérifié dans les faits puisque nous avons, tour à tour, expérimenté deux tensions identitaires professionnelles :

La première lors de notre arrivée au Brésil et au commencement de notre récolte de données : nous devions « lutter » contre nos standards et représentations de sage-femme française c'est-à-dire contre le modèle de soins que nous avions toujours connu et mis en pratique dans notre activité professionnelle.

La seconde à notre retour du Brésil et dans notre activité de sage-femme clinicienne en France : cette fois, nous devions « lutter » contre nos standards et représentations de sage-femme devenue franco-brésilienne. En effet, notre pratique professionnelle n'était plus la même. Elle s'était enrichie, dans ce nouveau contexte socio-culturel, d'un nouveau modèle de prise en charge des femmes et nous avions incorporé celui-ci sans nous en rendre compte. C'est en revenant dans notre contexte socio-culturel premier, que nous avons pris conscience de ceci car nous nous heurtions au regard de nos collègues sages-femmes et surtout à l'impossibilité de mettre en œuvre et en pratique ce nouveau modèle de prise en charge des femmes dans le contexte hospitalier français.

La première tension identitaire professionnelle décrite ci-dessus a été, au final, la plus rapide et la plus simple à résoudre car elle a été source d'un indéniable enrichissement professionnel et donc de plaisir. La seconde, par contre, a été bien plus longue et difficile à résoudre. Elle s'est finalement résolue par notre départ en Suisse c'est-à-dire dans un nouveau contexte de pratique professionnelle nous permettant de mettre en pratique notre identité professionnelle hybride de sage-femme. Nous refermons ici cette parenthèse réflexive qu'a suscité ce voyage de recherche chez la professionnelle de la maïeutique que nous sommes également.

Poursuivons notre effort de compréhension des différences en termes de sémantique qu'il y a entre la France et le Brésil pour une même activité professionnelle. C'est en nous intéressant au contexte d'émergence socio-culturel professionnel des infirmières obstétricales au Brésil que nous pouvons tenter de comprendre ces différences. En effet, là encore c'est l'Histoire qui nous donne le plus d'intelligibilité pour répondre à cette interrogation. Comparativement au contexte français, l'avènement de l'obstétrique au Brésil est extrêmement jeune car, au final, le Brésil est lui-même un pays jeune dont le début de la colonisation par les Portugais remonte à 1500. Avant cela, les femmes au Brésil étaient assistées dans leur accouchement par d'autres femmes qui fondaient leurs connaissances sur leurs propres expériences de la maternité et qui étaient appelées quand une femme entrait en travail car elles étaient reconnues par la société pour ces compétences. On les appelait « *parteiras*[6] ». Il s'agissait souvent de femmes noires ou

[6] Accoucheuses (traduction personnelle) sans connaissance scientifique.

d'esclaves. Les accouchements se réalisaient donc principalement entre femmes et à domicile. Leur savoir reposait alors exclusivement sur une connaissance pratique et intuitive de l'accouchement et restait encore très empreint de religiosité. Ce savoir se transmettait essentiellement oralement de génération en génération. Puis, la formation scientifique de ces *parteiras* s'effectua, dans un premier temps, dans les écoles de médecine. En effet, les premiers cours d'accouchement (d'une durée de trois années) furent créés en 1832 lorsque les premières académies médico-chirurgicales de Rio de Janeiro et de Bahia (dont l'origine remonte à 1808) devinrent des facultés de médecine[7]. Durant un siècle, soit jusqu'en 1949, tous les enseignements en lien avec l'accouchement dépendaient donc des cursus de médecine. Ce n'est que la Loi n°775 du 6 Août 1949 dans son article 22 qui officialisa l'activité d'infirmière spécialisée en obstétrique. Car parallèlement au développement de la médecine, la seule autre grande catégorie de professionnels de la santé s'étant développée fut celle des infirmières avec la création en 1890 de la première école en soins infirmiers à Rio de Janeiro (puis de nombreuses autres dans tout le pays à partir du début des années 1900). Durant la période de 1832 à 1949, de nombreux décrets[8] parurent pour déterminer la dénomination de l'enseignement destiné aux *parteira*, les critères d'admission pour les candidates, le contenu de l'enseignement et surtout le titre conféré : *parteira*, *enfermeira parteira*, *enfermeira especializada*, *obstetriz* et finalement *enfermeira obstétrica*. La dénomination d'infirmière spécialisée pour une *parteira* commença à apparaitre dans les années 1920 et celui *d'obstetriz* entre 1922 et 1925 après un cours d'obstétrique donné à la Faculté de Médecine et de Chirurgie de Pará. En 1955 réapparu un texte légal réglementant l'exercice professionnel des infirmières et qui permit donc de distinguer les *obstetriz* des *parteiras* et des infirmières. Pendant ce siècle, les exigences en termes d'admission ne cessèrent d'augmenter (âge minimum, connaissances en sciences humaines, biologiques et exactes), tout comme le nombre d'heures de formation pratique. En 1879, ces cours s'ouvrent aux hommes. En 1939 fut créé à São Paulo un cours d'infirmière obstétricale annexé à la clinique obstétricale de l'école de médecine. Cette formation, de courte durée (deux ans), fut jugée précaire et les responsables médecins de cette formation proposèrent alors que cette formation soit précédée d'une formation générale d'infirmière. Elle deviendrait alors une spécialisation de dix-huit mois. C'est dans cette dynamique qu'à partir de 1949, les écoles d'infirmières ont alors également pu former et officiellement diplômer des infirmières spécialisées en obstétrique après que ces dernières aient

[7] Il s'agissait d'une forme de contrôle de la pratique des *parteiras* puisque les formations qu'elles recevaient restaient dans les limites imposées par les médecins en se concentrant sur la pratique tandis que le versant du raisonnement clinique et des décisions thérapeutiques restaient du domaine des médecins. Du cours d'accouchement de la faculté de médecine de Rio de Janeiro fut diplômée en 1834 Maria Josefina Matilde Durocher, célèbre sage-femme au Brésil d'origine française, qui fut la première *parteira* à obtenir une licence d'exercice en tant que tel au Brésil.

[8] Décret n°3.902 du 12 janvier 1901 en lien avec l'obtention du titre de *parteira* ; Décret n°16.782-A du 13 janvier 1925 en lien avec l'obtention du titre d'*enfermeira-parteira* et le Décret n°20.865 du 28 décembre 1931 en lien avec l'obtention du titre d'*enfermeira obstétrica*. Il s'agissait de Décrets Fédéraux donc s'appliquant à tout le territoire brésilien.

obtenu leur diplôme général d'infirmière puis effectué une année de spécialisation en obstétrique. Mais les deux modèles de formation (par les facultés de médecine et d'infirmières) continuèrent d'exister simultanément ce qui créa des tensions entre les *parteiras* et les infirmières spécialisées en obstétrique, notamment dans les hôpitaux. En effet, les deux formations aboutissaient au diplôme *d'enfermeira obstétrica* bien que certaines (les *parteiras* ou *obstetriz*) suivaient le modèle de formation de type européen c'est-à-dire selon une filière directe (annexée aux facultés de médecine) sans passer par une formation d'infirmière générale au préalable. Alors que les autres défendaient le modèle de formation de type américain c'est-à-dire d'infirmières générales puis qui se spécialisaient en obstétrique après. Conjointement à ce débat, débutait dans les années d'après la seconde guerre mondiale, une augmentation des taux de mortalité maternelle et infantile ce qui accentua l'institutionnalisation des accouchements dans les hôpitaux (en parallèle du développement de l'urbanisme). La prise en charge des patientes à l'hôpital était donc également disputée avec le corps médical. En somme, à cette époque, les professionnels majoritairement formés du point de vue scientifique à l'accouchement au Brésil étaient les médecins[9] et la communauté des infirmières obstétricales et des *parteiras* se déchirait. Le débat entre *parteiras* et infirmières obstétricales fut clos avec la réforme universitaire de 1968 qui interdira la duplication des cours à des fins similaires et qui privilégiera, au fil des années, la spécialisation en obstétrique d'infirmières générales.

Finalement, au Brésil, contrairement à ce qui s'est produit en France, la formation des infirmières obstétricales n'a jamais vraiment été indépendante de celle des médecins avant 1949. Ceci explique en partie le modèle de soins dominant autour de la naissance au Brésil à savoir une médicalisation extrêmement forte et les enjeux actuels autour de la naissance dans ce pays. En effet, *The Lancet*, incite à réintroduire la maïeutique et les sages-femmes dans les systèmes de santé, y compris dans le système de santé brésilien :

> Les études de cas menées au Brésil, en Chine et en Inde montrent que les systèmes de santé qui se développent rapidement ont tendance à adopter un modèle reposant sur le recours systématique aux interventions médicales, sans l'équilibre apporté par la maïeutique. L'inde, la Chine et le Brésil se classent respectivement aux première, deuxième et huitième places pour le nombre annuel de naissances, représentant

[9] Il faut noter, qu'au cours de l'Histoire, c'est essentiellement l'invention du forceps obstétrical au XVI^{ème} par le chirurgien anglais Peter Chamberlen qui marqua la médicalisation de l'accouchement (à noter que l'utilisation du forceps était interdite aux femmes). Ceci, et le fait que le développement des connaissances scientifiques permit de comprendre le cycle menstruel de la femme. Ainsi, le corps de la femme fut davantage perçu comme une machine qui nécessitait de temps en temps qu'un mécanicien intervienne en cas de défaillance. Cependant, au fil du temps, le corps médical identifia de plus en plus de défaillances possibles au cours du mécanisme de la parturition, le faisant ainsi progressivement passer d'un processus physiologique à une procédure comportant des risques. Risques qu'il fallait prévenir dans des hôpitaux par des médecins. Le modèle d'attention à l'accouchement évolua donc vers une procédure technique corporelle (encouragé également par les progrès des techniques chirurgicales, de l'anesthésie et l'utilisation de l'asepsie) au détriment de ses dimensions psychiques et émotionnelles. L'autonomie et les volontés des femmes au cours de leur accouchement n'étaient plus au centre de l'attention.

> ensemble 35 % de toutes les naissances dans le monde. Néanmoins, sans l'effet équilibrant du champ complet de l'activité maïeutique, cette stratégie a également abouti à un nombre croissant d'interventions inutiles, coûteuses et potentiellement iatrogènes, ainsi qu'à des inégalités de disponibilité de prise en charge et de résultats. La Chine et le Brésil ont, ces dernières années, pris des mesures pour réintroduire les sages-femmes, dans le cadre d'une stratégie de réduction de la mortalité, de la morbidité et des interventions inutiles. (*The Lancet*, 2014, p. 8)

Or, il semblerait plus judicieux de parler d'introduire la maïeutique et les sages-femmes au Brésil, puisque comme nous l'avons déjà précisé, nos homologues brésiliennes connaissaient peu voire pas du tout le terme de maïeutique et semblaient intéressées par cette philosophie de soins.

En ce qui concerne la démographie professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil, en 2017, le recensement non officiel de ces dernières dans le pays faisait état de six mille professionnelles (2 049 selon la *National Health Workforce Accounts* en 2020) pour environ trois millions de naissances annuelles ; comparativement à la France où l'on pouvait compter 23 134 sages-femmes pour 740 000 naissances annuelles en 2020. Mais il faut noter que le recensement des infirmières obstétricales est une difficulté puisqu'il s'agit d'une profession très jeune (moins d'un siècle). Les infirmières obstétricales font partie du conseil de l'ordre infirmier et possèdent une association professionnelle l'*Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras* (ABENFO) créée le 04 Août 1954. 54% ont entre 35 et 54 ans et 34% ont moins de 35 ans. 88% sont des femmes et 12% sont des hommes selon le rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 (UNFPA. ICM et OMS).

La maïeutique semble être un champ d'activité unificateur car elle renvoie à une approche universelle de soins avec ses dimensions éthique et pratique. Et ceci indépendamment du fait que les professionnels qui la mettent en œuvre soient nommés sages-femmes comme en France, infirmière sage-femme ou sage-femme comme en Suisse, infirmières obstétricales, infirmières spécialisées en obstétrique ou *obstetriz* comme au Brésil. En effet, nous rejoignons Colinet (2019) quand elle écrit que « les notions d'éducation, de formation et de soins comportent une dimension universelle qui traverse les cultures au point d'en faire des piliers des sociétés traditionnelles et contemporaines » (p. 195).

Afin de poursuivre la présentation du cadre de notre recherche et d'expliciter notre travail d'épistémologue, nous avons structuré notre opuscule en cinq parties. Tout d'abord, notre première partie expose la construction de notre recherche à travers notre démarche de problématisation car « quoiqu'on en dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes » (Bachelard, 2011, p .16). Notre deuxième partie présente le cadre théorique retenu pour soutenir notre réflexion et abordera l'interculturalité, la professionnalisation et

l’analyse de l’activité à travers la didactique professionnelle. Notre troisième partie en décrivant notre protocole méthodologique nous amènera à présenter, décrire et analyser nos résultats dans notre quatrième partie. Puis nous les interpréterons au regard de notre cadre conceptuel dans notre cinquième partie. Enfin, nous conclurons notre réflexion et tenterons de l’élargir en proposant quelques ouvertures et perspectives à notre travail.

Partie 1 : La construction de la recherche et problématique

« Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit. »
Bachelard, 2011, p. 16

Dans cette première partie, nous reprenons les éléments du cheminement de notre réflexion scientifique dans une logique chronologique ce qui nous permettra d'identifier les différentes étapes de mise à distance par rapport à notre objet d'étude.

1. 2014-2015 : les années des premiers constats et des premières interrogations

Comme nous l'avons indiqué dans notre introduction, le point de départ de notre travail de recherche est professionnel. En effet, c'est dans le cadre d'une mission de coopération internationale entre le CHU de Rouen et l'*Hospital das Clínicas* de Belo Horizonte (UFMG) que nous avons découvert le Brésil. Cette dernière portait sur la mise en place de projets de télémédecine dans les champs de la neurologie, de la cardiologie et de l'obstétrique. Ces échanges entre la France et le Brésil se sont structurés en trois grandes étapes : la première en Décembre 2013, la seconde en Février 2015 et enfin la dernière en Octobre 2015.

1.1.Mission professionnelle de Décembre 2013 (durée de cinq jours)

Nous avions été choisie pour faire partie de la délégation de la Direction Générale du CHU de Rouen au Brésil. Au cours de ce séjour, nous retiendrons essentiellement que nous avons découvert l'activité professionnelle ainsi que la formation initiale et continue de nos homologues brésiliennes à travers les visites suivantes :

L'Hospital Sofia Feldman à Belo Horizonte : qui deviendra l'un de nos deux terrains de recherche. Nous présenterons cet établissement dans notre méthodologie mais lors de cette visite, nous avions rencontré une étudiante sage-femme franco-brésilienne qui effectuait ses études à l'école de sages-femmes de Grenoble et qui réalisait un stage dans cette maternité au titre de sa formation initiale. Plus tard, en 2015, nous avons réalisé un entretien avec elle dans le cadre de la phase exploratoire de notre recherche.

L'Hospital das Clínicas à Belo Horizonte : nous y avions rencontré deux infirmières obstétricales que nous avons accueillies par la suite au CHU de Rouen en Février 2015, c'est-à-dire lors de la deuxième grande étape de cette mission de coopération internationale.

La faculté en soins infirmiers de l'UFMG à Belo Horizonte : nous y avions rencontré la directrice ainsi que la Professeure Kleyde Ventura de Souza qui fut notre tutrice durant les quatre mois de notre période de recherche au Brésil.

Nous avions proposé, à l'issue de cette première rencontre, en ce qui concerne notre domaine d'expertise :

- D'accompagner la formation initiale et continue des infirmières obstétricales par un partage de formations à distance
- D'effectuer des échanges d'étudiants, de formateurs et de professionnels
- D'effectuer des publications communes dans le domaine de la recherche en soins

(même si ces deux dernières propositions sortaient quelque peu du cadre initial de la mission de télémédecine)

- D'effectuer un partage de pratiques entre obstétriciens par l'intermédiaire de visio-staffs ou encore de conseils à distance grâce à de la télé-surveillance et télé-expertise dans les domaines du télé-monitoring fœtal et de la télé-échographie obstétricale et gynécologique par exemple

Le sentiment prédominant après cette première découverte complète de la même activité professionnelle et de formation que la nôtre mais dans un autre contexte socio-culturel était : *« que tout compte fait, nous n'étions pas si différents*. *Eux parlaient le Portugais, moi le Français mais pour autant, sans l'aide de traducteurs, nous nous comprenions autour de la même rhétorique professionnelle issue finalement de deux langues latines »*. Nous avons vécu cette première expérience comme une très agréable surprise et nous voulions poursuivre notre collaboration dans une logique d'approfondissement de nos échanges et de nos découvertes. Mais ce fut une expérience purement professionnelle puisque nous n'avions pas encore le projet de débuter un doctorat à cette époque. Qui plus est, nous nous sommes aperçue au moment d'effectuer le bilan de cette première mission, que nos propositions de collaboration concernaient davantage le domaine de la formation et de la recherche (en lien avec notre découverte de la faculté en soins infirmiers) que le domaine de la pratique professionnelle. Nous rappelons alors que nous étions, à ce moment, sage-femme formatrice ce qui, finalement, explique assez bien ces constats.

1.2.Septembre 2014 : notre inscription en thèse et notre orientation générale vers l'interculturalité

Nous avons dans un premier temps orienté notre recherche sur les formations initiales des infirmières obstétricales au Brésil et des sages-femmes en France. En effet, l'opportunité que nous avions identifiée lors de notre première mission professionnelle était celle qu'en

France la formation initiale des sages-femmes avait commencé en 2010 à intégrer le cadre européen LMD et qu'au Brésil, une nouvelle formation de spécialisation des infirmières allait voir le jour. Ainsi, nous nous inscrivions dans une approche comparée de deux systèmes de formation à l'échelle internationale. Les échanges avec nos pairs sur cette approche ont fortement orienté notre démarche vers l'éducation comparée sur laquelle nous avons alors débuté nos lectures. Ainsi s'est initiée la phase exploratoire de notre recherche qui consista également à étudier le contexte brésilien de la formation et de l'activité professionnelle des infirmières spécialisées en obstétrique. Pour cela, nous avons réalisé deux entretiens exploratoires dont nous présenterons l'exploitation plus loin dans cette partie. Le premier entretien a été réalisé le 25 Février 2015 avec une infirmière obstétricale que nous avions rencontrée en 2013. Le second entretien a été réalisé le 06 Novembre 2015 avec l'étudiante franco-brésilienne que nous avions rencontrée en 2013. Enfin, nous avons réalisé un dernier entretien exploratoire (dont nous présenterons également l'exploitation plus loin dans cette partie) le 20 Novembre 2015 avec un expert de l'interculturalité. Notre orientation générale vers l'interculturalité émane directement de nos lectures sur l'éducation comparée. En effet, nous nous sommes aperçue au fil de la lecture que nous effectuions spontanément et en permanence une analogie entre deux phénomènes universels : l'éducation et la naissance.

1.2.1. L'éducation comparée comme départ

D'un point de vue historique : nous devons le terme d'éducation comparée à Marc-Antoine Jullien de Paris (1775-1848) qui séjourna notamment à plusieurs reprises entre 1811 et 1812, à l'Institut d'Yverdon (Suisse) que dirigeait Johann Heinrich Pestalozzi. De retour en France, il publia alors plusieurs articles sur la pédagogie de Pestalozzi qui le fascinait et écrivit en 1817 l'« Esquisse d'un ouvrage sur l'éducation comparée ». En effet, il avait entrepris de voyager dans les différents cantons suisses et il était convaincu, au moment où les systèmes éducatifs se mettaient en place un peu partout en Europe, que « la généralisation de l'éducation favoriserait le progrès et l'éclosion d'une nouvelle société plus équitable et plus soucieuse du bonheur des êtres humains » (Forster, 2007, p. 2). Pour cela il proposa alors la création d'une structure internationale qui permettrait d'« aider les instances éducatives nationales à améliorer leur système d'enseignement en les informant des réalisations effectuées dans d'autres pays » (Groux, 1997, p. 111). C'est ainsi qu'est née l'idée d'une éducation comparée (notons que Marc-Antoine Jullien de Paris est également le précurseur de « la science de l'éducation »). Cependant, il fallut attendre un siècle et demi pour que les recherches en éducation comparée gagnent en objectivité et en scientificité en se dotant des concepts et outils nécessaires à son développement en tant que science. En effet, au XIX^{ème} siècle les enquêtes en éducation comparée « s'apparentent davantage à des enquêtes sur l'enseignement dans un pays (monographies descriptives de l'état de l'enseignement dans celui-ci) qu'à des études comparées proprement dites » (Groux, 1997, p. 112). Puis au début du XX^{ème} siècle, ces enquêtes restent à l'état de descriptions mais commencent à s'accompagner de réflexions générales sur les contextes sociaux globaux dans lesquels les systèmes éducatifs prennent place. Ceci initie alors une approche explicative des phénomènes observés mais sans vraiment reposer sur des théories solides (historiques, sociologiques). En France et dans le monde, c'est

uniquement à partir des années 1960 que l'éducation comparée va connaitre un premier essor grâce à l'introduction de données statistiques. En effet, les organisations internationales en éducation commencent à publier des études comparatives reposant sur des données chiffrées liées à l'introduction des méthodes d'analyse quantitative et ceci sur les différents systèmes éducatifs dans le monde. Cependant, il faut préciser que ces données doivent être « pondérées par des références au contexte social, économique, historique et culturel » (Groux, 1997, p. 112). C'est donc à partir de la fin des années 1960 que l'on va commencer à s'interroger sur les aspects théoriques et les aspects méthodologiques de l'éducation comparée. Celle-ci va connaitre un deuxième essor dans les années 1990 sous l'effet cette fois-ci du phénomène de la mondialisation. En effet, « ce regard sur l'autre permet de satisfaire sa curiosité intellectuelle mais aussi de mieux comprendre sa propre situation mesurée à l'aune internationale et de réinvestir de sens ses propres pratiques » (Groux, 1997, p. 114). Les problèmes et thèmes traités sont donc maintenant abordés dans une perspective mondiale « mais l'éducation comparée est toujours le produit d'une histoire et d'une société » (Groux, 1997, p. 114). En effet, chaque système est un produit historique singulier qui possède ses propres spécificités. Ici se cristallise alors l'un des grands débats de l'éducation comparée : débat toujours en tension et qui est celui de l'universalisme et du particularisme. Malgré cela, il semble se dégager au sein de la communauté de l'éducation comparée, un consensus autour d'une approche interdisciplinaire des problèmes et thèmes traités.

D'un point de vue épistémologique : c'est donc à la fin des années 1960 que l'éducation comparée commença à se questionner sur les aspects méthodologiques de ses démarches comparatives. À ce moment, « on entendait alors par éducation comparée, une spécialité qui permettait d'établir des comparaisons entre systèmes éducatifs, qui favorisait les emprunts, les transferts possibles d'un système à l'autre » (Groux, 1997, p. 114). Mais comme le dit Forster (2007) en citant Pollack (1993) « des pratiques qui font merveille dans certains pays ne fonctionnent pas d'office dans d'autres. Il faut une connaissance approfondie de son propre système éducatif avant de procéder à des emprunts. Les transplantations ne réussissent pas toujours car les terreaux sont très divers » (p. 4). Partant de ce constat nous pouvons alors dire que l'éducation comparée est l'opportunité, non seulement de découvrir d'autres cultures dans leurs propres contextes, mais aussi d'approfondir la connaissance de son propre système culturel. En effet, « elle étudie des réalités pédagogiques diverses afin de mettre en lumière les différences et les similitudes et elle retient les réussites qui pourraient être transférables sous certaines conditions. A cet égard, les grandes enquêtes internationales d'éducation comparée (Pisa, etc.) ne s'avèrent utiles que si elles servent à introduire des réformes pertinentes qui s'insèrent dans les traditions et cultures nationales » (Forster, 2007, p. 4). Nous nous situons donc ici dans une approche particulariste de la culture rejoignant ainsi l'idée du relativisme culturel mais tout en partant du principe que des problèmes éducatifs similaires se rencontrent dans différents contextes culturels et que c'est justement pour cela qu'on les étudie à l'échelle internationale. Ceci rejoint maintenant une conception universaliste de la culture. En effet :

> Pour mieux comprendre ce que nous vivons, nous faisons appel à d'autres contextes où apparaissent des réalités, des problèmes semblables. Les problématiques, étudiées sous des angles différents, permettent une décentration de l'individu, une prise de recul et un changement de point de vue qui favorisent l'analyse et facilitent la compréhension.

> L'éducation comparée est à l'écoute des différences ; elle approche chaque système, chaque fait éducatif dans sa globalité. Elle en perçoit la cohérence, la spécificité, elle les relie à leur contexte, à leur histoire, à la société dont ils sont le produit. (Groux, 1997, p. 115)

La comparaison à travers différents systèmes culturels fait donc sens. D'une part, elle est une opportunité fructueuse de résolution de problèmes dans un contexte en particulier tout en reposant sur le principe de la richesse de la diversité des contextes. D'autre part, si l'un des constats de base est que des problèmes similaires se rencontrent dans différents contextes alors la comparaison ne permet-elle pas d'inférer des lois que nous pourrions qualifier d'universelles ? De plus, la comparaison peut revêtir un caractère économique si l'on pense qu'il n'est pas nécessaire de mener une étude sur un sujet qui a déjà été mené en d'autres lieux. Mais nous devons faire preuve de la prudence habituelle quand il s'agit de se questionner sur la transférabilité de données dans des contextes différents. En poursuivant sur la dernière citation de Groux, nous prenons conscience à quel point l'approche comparative se veut globale et donc par voie de conséquence, complexe. En effet, il apparait que les démarches comparatives s'inscrivent dans une complexité nécessitant les apports de disciplines diverses et variées : histoire, économie, politique, sociologie, ethnologie, anthropologie etc. Ainsi, l'éducation comparée fait bel et bien partie des Sciences de l'Education et de la Formation comme une spécialité de ces dernières et non comme une science à elle toute seule. Il est important de préciser que même si le phénomène de la mondialisation a permis à l'éducation comparée de connaitre un nouvel essor dans les années 1990 en effectuant des études comparatives à l'échelle mondiale, la démarche comparative peut également se situer à une échelle plus restreinte que cette dernière. En effet, rappelons qu'à l'origine Marc-Antoine Jullien de Paris avait notamment fondé son « Esquisse d'un ouvrage sur l'éducation comparée » en s'étant rendu et en ayant comparé les systèmes éducatifs des différents cantons suisses. Ainsi, les démarches comparatives peuvent également se situer à l'échelle nationale et permettre que des territoires intra-nationaux s'empruntent les uns aux autres des procédés. L'éducation comparée revêt une dimension pragmatique qui cherche à réduire les inégalités. En effet, comme l'indique Forster (2007) : « finalement, l'éducation comparée n'a de sens que si les résultats des recherches servent à améliorer les systèmes, à en accroître la qualité et la pertinence. Ses idéaux sont de remédier aux grandes inégalités planétaires quant à l'accès à l'éducation et de créer de nouvelles solidarités entre pays » (p. 4). Pour autant, chercher à réduire les inégalités ne signifie pas que l'éducation comparée cherche à unifier les systèmes. Elle cherche plutôt à les harmoniser. Dans le sens où la réponse qu'elle proposera à l'identification de problèmes communs comportera, à la fois, des propositions de remédiations au plan international mais aussi local. Pour conclure cette partie sur l'épistémologie de l'éducation comparée, nous proposons et retenons la définition qu'en donnent Porcher et Groux (1997) : « l'éducation comparée est une spécialité qui permet, en relation avec des champs disciplinaires variés, d'approcher des réalités éducatives internationales ou nationales, de les étudier par le biais de la comparaison, dans leur contexte global, à des fins cognitives, mais aussi pragmatiques, pour tenter de comprendre les problèmes rencontrés, mais aussi d'améliorer l'existant » (p. 117).

D'un point de vue théorique et méthodologique : en lien avec le caractère complexe que nous avons dégagé de l'éducation comparée, celle-ci fait appel à une pluralité d'approches, de théories et de méthodes et aucune, en soit, ne fait office de référence ou de spécificité pour cette dernière. En effet, les cadres théoriques et méthodologiques appartiennent plus globalement au champ des Sciences Humaines et Sociales. Ce que Raveaud (2007) nous explique quand elle précise de quel type de comparaison méthodologique il est question en éducation comparée : « la comparaison relève d'une démarche spontanée de l'homme qui, pour donner du sens à une situation nouvelle, la rapporte à quelque chose de connu. Cette comparaison comme opération mentale intuitive se distingue de la comparaison comme méthode de recherche en sciences sociales, à laquelle Durkheim a donné ses titres de noblesse » (p. 377). Il faut comprendre avec cette citation, que la méthode comparative globale doit reposer sur des méthodes de recherche reconnues en Sciences Sociales pour répondre aux critères de scientificité de ces dernières et que ces méthodes seront choisies au regard de la pertinence qu'elles représentent pour l'objet d'étude. Nous pouvons, malgré tout, présenter quelques cadres théoriques et méthodologiques qui sous-tendent l'éducation comparée. Encore une fois, nous précisons qu'il existe un « éclectisme pragmatique acceptant la coexistence de démarches scientifiques hétérogènes » (Debeauvais, 1989 reprit par Groux, 1997, p. 118). Ainsi, les cadres théoriques utilisés en éducation comparée peuvent être :

Le cadre fonctionnaliste : il décrit la ou les fonction(s), uniquement souhaitée(s) par les acteurs, les institutions au sein de la société représentant alors une réponse à un besoin de cette dernière. Les institutions ont alors un rôle de maintien du système. Tout cela étant volontairement déterminé par les acteurs. En effet, le fonctionnalisme n'étudie pas les conséquences du fonctionnement des institutions indépendamment de la volonté des acteurs. Comme le souligne Durkheim, le fonctionnalisme n'a qu'une visée descriptive des faits et n'explique pas comment ils sont nés ou sont ce qu'ils sont (démarches explicative et historique). Cela représente, selon lui, les limites du fonctionnalisme. Ainsi, en reprenant Groux : « l'approche fonctionnaliste, suffisamment globale et systémique, peut être opératoire. Mais il semble certes artificiel de se limiter à la description et à la fonction des parties au sein du tout, sans aborder à aucun moment le sens de l'organisation, son développement, son histoire » (Groux, 1997, p. 119).

Le cadre structuro-fonctionnaliste : dans la continuité du cadre fonctionnaliste et pour répondre aux limites de ce dernier, le cadre structuro-fonctionnaliste accorde une importance particulière au contexte dans lequel les faits émergent et prennent place. Ce cadre analyse donc les relations entre les faits et leur environnement et présente ainsi une dimension explicative.

Le cadre structuraliste : il relève d'une démarche constructiviste regroupant deux étapes essentielles qui sont le découpage et la découverte des règles d'association entre les fragments issus de la première étape. Ainsi, « cette activité opératoire aurait pour but de comprendre, en les décodant, la culture et d'exprimer en termes intelligibles une réalité complexe » (Groux, 1997, p. 119). Avec le structuralisme, le « sujet s'efface au profit de la construction. Il y a objectivation de la réalité grâce à des codes et des symboles qui garantissent une véritable coupure épistémologique. Les phénomènes étudiés (structures) doivent être appréhendés à partir des relations qui les caractérisent à un moment donné » (Groux, 1997, p. 120). Dans cette approche, la dimension synchronique est essentielle.

C'est également dans cette approche structuraliste que la démarche méthodologique anthropologique décrite par Claude Lévi-Strauss (1958) prend tout son sens. En effet, selon lui, la démarche anthropologique comprend trois étapes qui permettent de passer du particulier au général (il s'agit d'une démarche méthodologique purement inductive) :

L'ethnographie : qui est « l'observation directe d'une unité sociale et qui s'emploie à décrire et à classer sous forme de monographies tous les aspects de la société étudiée » (Perez et al., 2002, p. 61).

L'ethnologie : qui « s'emploie à faire la synthèse de ces descriptions, à dégager une compréhension générale de la société, géographique, historique, globale. Passer au niveau des systèmes politiques, religieux, familiaux et de production, en s'interrogeant sur leurs interrelations, c'est essayer de comprendre comment la société est organisée et comment elle travaille à son devenir » (Perez et al., 2002, p. 61).

L'anthropologie : qui utilise une démarche comparative pour analyser les différences et les similitudes de faits dans divers milieux. En effet, l'anthropologie « à travers la comparaison ou la mise en relation de divers domaines, de systèmes dégagés par l'ethnologie dans les différentes sociétés, cherche à manifester l'existence de propriétés générales de la vie sociale » (Perez et al., 2002, p. 61).

Ainsi :

> Nous pouvons comparer les méthodes d'éducation comparée avec celles de l'anthropologie culturelle qui sont essentiellement qualitatives. La méthodologie anthropologique est une façon particulière d'appréhender la réalité. Son approche holiste cherche à saisir la totalité d'une société avec une démarche de type monographique comme, par exemple, des unités sociales restreintes (villages, tribus ou quartiers) accessibles au regard d'un observateur. Le chercheur apprend à connaître les interviewés et à vivre avec eux. L'échantillon de son étude de cas ne représente pas toujours la population d'un pays. (Perez et al., 2002, p. 61)

Il en est de même pour l'éducation interculturelle qui s'approprie aussi la méthodologie de l'anthropologie culturelle pour analyser les faits éducatifs. En partant également du principe qu'on ne peut comparer que ce qui est comparable. Ceci implique d'être extrêmement vigilant à la qualité des données et à ce qu'elles recouvrent c'est-à-dire que cela implique d'expliciter le contexte dans lequel ces données ont été recueillies.

Ce que nous retenons des éléments méthodologiques essentiels pour une démarche scientifique en éducation comparée sont (Groux, 1997) :

La démarche première consiste à identifier les éléments du système : acteurs, pratiques, fonctionnements, outils, choix offerts et résultats.

La seconde démarche consiste à établir des analogies entre ces objets étudiés dans des contextes différents.

La démarche de l'analyse systémique est souvent utilisée car elle présente l'avantage d'approcher la réalité éducative dans son ensemble (finalités, objectifs, acteurs, pratiques,

fonctionnements, outils, résultats) et de l'étudier en relation avec son contexte. Elle s'apparente à la démarche structuro-fonctionnaliste et à l'approche structuraliste par la vision globale qu'elle propose et par l'étude des interrelations entre les éléments du système.

La méthodologie de la comparaison se conçoit par rapport à une prise en compte du contexte dans ses dimensions économique, historique, politique et culturelle. Le principe de contextualisation est essentiel en éducation comparée.

L'un des grands débats actuels de l'éducation comparée est celui de l'universalisme et du particularisme. Ce dilemme n'est pas propre à l'éducation. En effet, nous le retrouvons aussi en littérature, en droit ou encore en politique. Dans le domaine de l'éducation comparée, comme l'indique Raveaud (2007), « deux paradigmes[10] s'opposent : l'universalisme, consistant à traiter l'éducation comme phénomène transcendant les frontières, et le particularisme, insistant sur les spécificités sociales et culturelles » (p. 377). L'un permettant l'ouverture au monde et l'autre invitant à la prudence quant à la transférabilité des découvertes. En effet, l'utilisation de la méthode comparative doit être prudente, notamment dans la phase d'interprétation des données afin que ces dernières soient toujours bien prises en compte dans leur contexte original car « le problème de la transférabilité se pose alors : si un système est performant dans un domaine et que l'on en a analysé les raisons, peut-on reproduire dans un autre contexte les conditions de cette réussite ? » (Groux, 1997, p. 131). Selon la littérature scientifique sur l'éducation comparée, la prise en compte du contexte pour la mise en œuvre de compétences est importante. Ce qui rejoint l'une des caractéristiques principales de la compétence puisque celle-ci est toujours contextualisée. En effet, « il ne s'agit pas de transférer tels quels les choix et les pratiques des autres pays, mais de s'en inspirer si le contexte et les habitudes culturelles le permettent » (Groux, 1997, p. 131). C'est ainsi que pour certains auteurs comme Durkheim, la comparaison est aux sciences sociales ce que l'expérimentation est aux sciences exactes. Elle doit permettre de dégager des spécificités culturelles. Cette pensée s'inscrit alors plutôt dans le paradigme particulariste, où nous dit Raveaud : « les écoles tirent leur spécificité du contexte culturel qui les nourrit, et … c'est la culture, plus encore que l'école elle-même, qui doit être analysée car c'est la première qui détermine la seconde et non l'inverse » (Raveaud, 2007, p. 382). Ainsi l'influence de la culture peut être « désormais étudiée au travers de ses effets observables sur les pratiques éducatives » (Raveaud, 2007, p. 383). De cela découle des travaux comportant souvent une dimension ethnographique qui s'attachent à mettre en évidence l'effet du contexte sur les pratiques et les résultats scolaires (Raveaud, 2007, p. 383) : « en outre, ces travaux comparatifs montrent … combien les techniques pédagogiques, loin d'être neutres sur le plan des valeurs, véhiculent en elles-mêmes des conceptions de l'apprentissage, de l'élève, et même de la société » (Raveaud, 2007, p. 384). *A contrario*, pour d'autres auteurs, dans un souci de recherche de scientificité, « la comparaison doit … permettre de mettre à distance la

[10] « Un paradigme constituant un modèle de référence ou un système de représentations, de valeurs, de normes qui influent sur la perception du monde et qui guide l'action » (Audy, 2008, p. 4).

subjectivité de l'observateur, de s'extraire des spécificités locales et nationales pour dégager l'invariant, l'universel, par des méthodes inspirées de celles des sciences exactes » (Raveaud, 2007, p. 382). Au fond, il semble judicieux de ne pas opposer les paradigmes universaliste et particulariste mais plutôt de les rendre complémentaires et de voir en chacun d'eux une source d'apports possibles en fonction de l'orientation de l'objet de recherche. Nous retrouvons ceci chez Dasen (2002, p. 14) quand il écrit :

> Le choix « universaliste » était défini comme cherchant à mettre en évidence à la fois la diversité culturelle et les processus universels. La position centrale permet de considérer à la fois la diversité culturelle avec une approche suffisamment relativiste pour ne pas lui imposer un point de vue ethnocentrique, mais aussi, grâce à la méthode comparative, de dégager ce qui est commun à l'ensemble de l'humanité. Diversité et universalité ne sont pas en opposition mais en relations complémentaires.

Enfin, la comparaison de différentes cultures n'est possible qu'à la condition d'admettre que comparer ne signifie en aucun cas, hiérarchiser. Ce qui revient à dire qu'une culture ne doit pas être considérée comme supérieure à une autre. A titre d'exemple, « de nombreux pays africains supportent encore les conséquences de l'implantation sauvage du système éducatif occidental, qui était considéré comme la norme et la référence uniques » (Groux, 1997, p. 132). Ce qui parait alors être plutôt intéressant c'est que « les individus en présence entrent dans une négociation démocratique pour arriver à "l'acceptation du minimum de représentations et valeurs communes permettant l'émergence d'un groupe" (Camilleri, 1993, p. 37) » (Dasen, 2002, p. 17). En considérant alors ceci à tous les instants de la démarche scientifique, nous pouvons dire que « la démarche comparative, ou dialectique, de confrontation et de rencontre du même et de l'autre est extrêmement enrichissante. Elle permet à l'individu d'accroître ses capacités de compréhension de ce qui n'est pas lui, de s'ouvrir sur le monde et d'abandonner son ethnocentrisme, dans une démarche généreuse vers l'altérité » (Groux, 1997, p. 126). Mais aussi comme Jullien de Paris l'écrivait à propos de l'étude comparative qu'il avait entreprise en Suisse, que « le rapprochement et la comparaison des cantons entre eux sous les mêmes rapports leur feront naître l'idée de s'emprunter les uns aux autres ce qu'ils pourront avoir de bon et d'utile dans leurs institutions. A l'esprit cantonal, étroit et exclusif, succèdera un esprit national helvétique ; et par ce moyen, l'unité politique de la Suisse sera mieux établie et consolidée » (Groux, 1997, pp. 131-132).

Nos dernières considérations sur l'éducation comparée nous amènent à l'interculturalité que nous développons maintenant.

1.2.2. L'interculturalité comme arrivée

L'éducation interculturelle est apparue bien plus tardivement que l'éducation comparée. En effet, ce sont les études lancées par le Conseil de l'Europe dans les années 1980 qui marquent le début de l'éducation interculturelle. Ces travaux, placés sous l'égide de l'approche interculturelle, portaient alors sur l'éducation et le développement culturel des migrants. Pour aborder ce dernier point, le groupe de travail chargé de cette mission a alors posé comme principe que ce n'était ni des systèmes socioculturels ni des cultures qui avaient émigré mais

bel et bien des individus : « l'approche interculturelle confère une position centrale aux individus » (Perez et al., 2002, p. 52). Aujourd'hui, la mobilité des individus est permanente et porteuse d'enjeux non négligeables. C'est pourquoi l'interculturalité s'est finalement imposée d'elle-même et pas uniquement dans le domaine de l'éducation. Elle n'est ni plus ni moins qu'une conséquence du phénomène de mondialisation ou d'internationalisation. L'approche interculturelle, c'est s'insérer pour un moment dans un autre système que le sien. Cela « confère à celui qui la pratique un indéniable enrichissement personnel et intellectuel et une ouverture sur l'autre et sur le monde qui le préservent du dogmatisme et du fanatisme » (Groux, 1997, p. 134). C'est donc une approche active de l'autre et un dynamisme dans la rencontre qui « sont certainement le meilleur moyen de maîtriser la mondialisation au lieu de la subir » (Perez et al., 2002, p. 53). Pour en revenir à l'éducation, nous pouvons dire que c'est l'éducation comparée qui permet d'entrer dans l'éducation interculturelle. En effet, l'éducation comparée permet l'éducation à l'altérité et c'est ce qui définit l'éducation interculturelle : « l'éducation comparée est une école d'ouverture à l'autre, de tolérance, de respect des différences. Elle permet à l'individu de s'enrichir par la rencontre de l'autre, de mieux se connaître et d'avoir des relations sociales harmonieuses. Un enseignement d'éducation comparée est indispensable en ce sens qu'il est ouverture sur les cultures, réflexion sur l'interculturel, dépassement de soi-même, abandon de l'ethnocentrisme et ouverture sur le monde » (Groux, 1997, p. 128). Il est difficile d'identifier une frontière nette entre éducation comparée et éducation interculturelle à tel point que certains auteurs comme Van Daele estiment que l'éducation interculturelle appartient à l'éducation comparée. C'est pourquoi, nous retiendrons que « l'éducation comparée et l'éducation interculturelle sont deux champs des sciences de l'éducation qui par leur proximité conceptuelle se complètent, s'associent. … La rencontre des deux domaines se situe au niveau de l'altérité, de la connaissance et du respect de l'autre » (Perez et al., 2002, p. 62). Comment caractériser l'interculturalité alors ? Nous développerons l'interculturalité de manière générale dans notre cadre conceptuel mais, dans le cadre de l'éducation, Dasen (2002) nous rappelle que « les approches interculturelles de l'éducation ne sont pas seulement pluridisciplinaires mais réellement interdisciplinaires » (p. 9). Voilà peut-être ce qui peut caractériser l'interculturalité. En effet, cela sous-entend que l'approche interculturelle est, davantage que la mobilisation et la rencontre de plusieurs disciplines des Sciences Humaines et Sociales, le fruit d'un partage entre ces disciplines. Par extension, nous pouvons alors supposer que l'interculturalité, cette fois-ci du point de vue général, nécessite deux choses : plusieurs cultures et plus qu'une rencontre entre celles-ci, un partage menant à l'acculturation c'est-à-dire au fait d'emprunter à une autre culture des éléments modifiant sa propre vision du monde ou ses propres pratiques culturelles. De ce fait, Dasen et Retschitzki (1989) présentent la recherche interculturelle comme ceci :

> On peut distinguer deux approches complémentaires dans la recherche interculturelle. Premièrement, l'étude de la diversité culturelle, avec ou sans comparaison explicite entre les cultures, permet de mieux comprendre l'ensemble des sociétés humaines, et par le miroir de l'altérité, de mieux comprendre sa propre société. Dans les sciences humaines, une méthode comparative permet de remettre en question des théories établies dans un contexte particulier, mais trop souvent considérées *a priori* comme universelles. D'autre part, dans le monde actuel, les contacts entre groupes culturels se

> multiplient, dans des situations et pour des raisons fort diverses. Une grande partie de la recherche interculturelle porte sur l'ensemble des phénomènes liés à ces contacts (Dasen, 2002, p. 11)

Les éléments de présentation de la recherche interculturelle nous semblent intéressants puisque nous réalisons à leur lecture que, lors de notre première mission professionnelle au Brésil, nous avons comparé ce que nous découvrions à ce que nous connaissions déjà. Et nous avons alors certainement considéré, à ce moment-là, que tout ce que nous avions appris de notre pratique professionnelle dans le contexte français était universel puisque retrouvé outre-Atlantique. Cette phrase nous laisse donc penser que notre sentiment premier de penser *« que tout compte fait, nous n'étions pas si différents »* était certainement erroné.

Pour continuer de caractériser l'interculturalité, Dasen (2002), à partir de la définition de l'UNESCO de 1984, indique que les études interculturelles relèvent essentiellement de trois types qui correspondent à des approches disciplinaires différentes :

- Le premier type d'étude relève de l'ethnologie, de la sociologie et de la psychologie interculturelle. Il s'agit de « l'étude d'un phénomène à l'intérieur d'une seule culture, portant en particulier sur l'influence de la culture sur celui-ci, ou des interactions entre le phénomène en question et la culture » (Dasen, 2002, p. 11).
- Le second type d'étude relève de la méthode comparée que l'on retrouve dans l'anthropologie. Il s'agit de « l'étude comparative d'un phénomène dans plusieurs cultures » (Dasen, 2002, p. 11).
- Le troisième et dernier type d'étude relève de la psychologie sociale (que nous avons déjà mobilisée dans notre introduction). Il s'agit de « l'étude des processus mis en jeu par la rencontre de personnes d'origines culturelles différentes, ou se réclamant de deux ou de plusieurs cultures » (Dasen, 2002, p. 11).

1.2.3. Education et naissance sont des phénomènes universels permettant de mobiliser l'interculturalité pour les étudier

Pour reprendre les propos d'auteures du champ de la maïeutique, « les bases et les piliers qui fondent la pratique de la sage-femme sont aussi anciens que la société humaine et sont donc d'ordre anthropologique, philosophique et sociétal » (López & Gagnon, 2015, p. 3). Nous avons aussi retrouvé ces trois dimensions dans l'approche scientifique de l'éducation comparée et de l'interculturalité. En ce qui concerne la dimension philosophique de la pratique de la maïeutique, il est assez aisé d'effectuer un parallèle avec la méthode d'instruction philosophique de Socrate qui consistait en un « *dialogue* avec l'autre, [en] une *interaction* basée sur l'examen des questions essentielles et profondes pour arriver à accoucher de la vérité qui devrait contribuer à une connaissance universelle, philosophique » (López & Gagnon, 2015, p. 3). La dimension anthropologique de la maïeutique explique certainement sa particularité et sa singularité et la distingue des autres professions de la santé. En effet, contrairement à ces dernières, la mission première des sages-femmes n'est pas de prendre en charge une personne malade mais d'accompagner et d'optimiser un processus physiologique. C'est cette dimension qui fait de la sage-femme un « personnage qui trouve sa place automatiquement dans

l'imaginaire collectif » de toutes les cultures (López & Gagnon, 2015, p. 4). De cette perspective découle la dernière dimension de la pratique de la sage-femme mentionnée ci-dessus et qui est la dimension sociétale. Cette dimension peut même être étendue à l'échelle mondiale puisque c'est à ce niveau que « l'impact du rôle de la sage-femme se traduit par sa *contribution* à la santé des femmes et des enfants et par l'amélioration des indicateurs de santé publique et de développement d'un pays » (López & Gagnon, 2015, p. 5). Cela fait d'elle la professionnelle de première ligne dans le champ de la périnatalité à tel point que « les derniers rapports sanitaires à l'échelle globale ainsi que les récentes publications au sujet de l'impact du rôle des sages-femmes dans le monde concluent en faveur d'une augmentation de la disponibilité des sages-femmes comme une stratégie prioritaire pour améliorer la santé des femmes » (López & Gagnon, 2015, p. 5).

A l'issue de ces réflexions sur l'éducation comparée, l'interculturalité, la naissance et la maïeutique, nous affirmons que la naissance, tout comme l'éducation, revêt un caractère universel. A ce titre, l'approche interculturelle dans sa dimension recherche est légitime dans l'étude de la maïeutique et fait même sens au regard de nos premiers constats et questionnements. Elle est, de plus, une valeur ajoutée en termes de distanciation par rapport à notre objet d'étude. En effet, nos lectures sur l'éducation comparée nous ont fait prendre conscience de l'importance d'étudier un fait dans la globalité de son (ses) contexte(s) et il en est de même dans le cadre des soins. Comme l'indique Colinet, « le regard porté sur l'éducation, la formation et les soins, au sens du care, dépend pour partie des contextes historique, social et culturel, ainsi que des croyances qui y sont associées » (2019, p. 9). Du point de vue symbolique, en tant que rite de passage, la naissance est chargée de nombreuses croyances qui lui confèrent alors des significations culturelles différentes dans le monde. Du point de vue physiologique ou encore biologique, les mécanismes de la parturition sont les mêmes pour toutes les femmes et sont ceux de l'espèce *Homo sapiens*. Pourtant, comme nous l'avons abordé dans l'introduction de notre travail, nous pensons que la culture interagit avec la physiologie de la naissance et en fait un acte socialement marqué et donc normé (au sens de Canguilhem). Des anthropologues spécialisées dans la naissance comme Brigitte Jordan ou encore Robbie Davis-Floyd ont très clairement mis ceci en évidence. C'est pourquoi, il nous parait important dans une approche interculturelle, de nous défaire de notre propre culture pour entrer dans le système de représentation de l'autre. Car lors de notre première mission professionnelle de 2013 à l'origine de notre sujet de recherche, nous ignorions tout du contexte de la naissance au Brésil. L'interculturalité nous a permis et même incité à davantage explorer ce contexte. C'est ainsi que notre « quête d'universalisme se mue en volonté de découvrir et de comprendre l'autre dans sa singularité et sa différence » (Raveaud, 2007, p. 379).

1.3.Mission professionnelle de Février 2015 (durée de dix jours) et le premier entretien exploratoire de notre recherche

Cette fois, ce fut nous qui accueillîmes deux de nos homologues brésiliennes au sein du CHU de Rouen dans le cadre de notre mission de coopération internationale. Ces deux collègues travaillaient au sein de l'*Hospital das Clínicas* en tant qu'infirmières obstétricales et faisaient

alors partie des cinq seules infirmières obstétricales de ce centre universitaire. Elles n'occupaient donc que très peu de fonctions cliniques auprès des patientes. Elles occupaient plutôt des postes de cadres administratifs avec un versant managérial. Les objectifs de cette mission étaient multiples et différents pour elles et pour nous. En effet, alors qu'ils restaient professionnels du côté brésilien, de notre côté, nos intentions devenaient davantage scientifiques. Pour elles, il s'agissait donc précisément de découvrir comment nous prenions en charge les grossesses pathologiques au sein du CHU de Rouen, comment se répartissaient les tâches et les activités des sages-femmes ici en France et comment fonctionnait notre maternité y compris en termes de gestion des flux de patientes. Pour nous, il s'agissait surtout d'approfondir notre objet de recherche en développant notre connaissance du contexte de la naissance au Brésil et de confronter ceci à ce que nos collègues découvraient ici en France. A la fin de leur séjour, au regard de nos échanges et interactions, elles perçurent notre intérêt pour faire de notre rencontre et coopération un sujet de recherche et nous encouragèrent dans cette voie. Elles nous précisèrent alors que les sujets de recherche dominants sur la naissance au Brésil concernaient la médicalisation de l'accouchement (comprenant également le positionnement professionnel des médecins par rapport aux patientes) et l'humanisation de l'accouchement.

Notre premier entretien exploratoire a été réalisé avec l'une de nos deux collègues infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil. Nos objectifs s'inscrivaient dans une démarche exploratoire et descriptive (guide et transcription de l'entretien en Annexe 1). Nous souhaitions développer notre connaissance des compétences des infirmières obstétricales au Brésil et évaluer si elles jouissaient d'une reconnaissance sociale. Nous souhaitions également connaître le système de formation de ces professionnels aux niveaux macro (politiques), méso (institutions) et micro (individus). Enfin, nous souhaitions initier notre compréhension des contextes politique et démographique de la naissance au Brésil et savoir si une reconnaissance mutuelle des compétences entre sages-femmes françaises et brésiliennes était envisageable.

Pour analyser cet entretien, nous avons élaboré une grille d'analyse (Annexe 2) à partir de la lecture d'un article de John C. Flanagan sur la méthode de l'incident critique qui a notamment été reprise par Margalit Cohen-Emerique (1984) pour aider à la gestion de situations de rencontres interculturelles. Elle adapte alors la méthode originale au contexte interculturel puis l'appelle la méthode des « chocs culturels ». En effet, dans notre intention première de démarche comparative, nous cherchions à identifier les différences et les similitudes des activités professionnelle et de formation des sages-femmes entre la France et le Brésil[11]. C'est pourquoi cette grille d'analyse cherchait à « découper » ces activités aux niveaux des systèmes,

[11] Nous avions alors demandé à Marie d'effectuer une comparaison des pratiques qu'elle observait ici et de les mettre en regard avec celles du Brésil. Vous trouverez ce document en Annexe 4.

des dispositifs et des acteurs en situations types (c'est-à-dire génériques), spécifiques (c'est-à-dire particulières) et critiques (c'est-à-dire inhabituelles dans le sens hors-normes).

Ainsi, grâce à l'analyse de notre entretien (Annexe 3), nous avons appris qu'il existait au Brésil des maternités publiques et des maternités privées et que, seules les maternités publiques employaient des infirmières obstétricales du fait d'un taux de césariennes très important dans les structures privées. Or, la réalisation de la césarienne relève du champ de compétence de l'obstétricien. Dans certaines maternités publiques, les infirmières obstétricales sont davantage présentes mais peinent à appliquer leur champ de compétence puisqu'elles peuvent n'y effectuer que très peu d'accouchements (environ un par mois) quand l'activité y est trop importante pour que l'équipe des obstétriciens ne puisse y faire face seule. En effet, Marie nous a précisé que la reconnaissance sociale des infirmières obstétricales était quasiment inexistante. Pour autant, le champ de compétence des sages-femmes défini règlementairement par la Loi n°7.498 et présenté lors de notre entretien avec Marie, autorise les infirmières obstétricales à réaliser les actes suivants : le suivi des grossesses à bas risque, l'accouchement normal, l'accouchement dystocique dans l'attente du médecin, la réalisation ainsi que la réfection de l'épisiotomie sous anesthésie locale, la prescription d'antalgiques, la prise en charge à la naissance du nouveau-né à bas risque ainsi que la prise en charge du nouveau-né présentant une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine dans l'attente du médecin. Dans l'hôpital public où Marie exerce, la prise en charge des pathologies gravidiques et néonatales y est très importante. Marie y travaille principalement en unité de grossesses pathologiques, en salle de pré-travail ainsi qu'à l'accueil des urgences obstétricales. Le nombre annuel d'accouchements y est d'environ 3 600 et la ville de Belo Horizonte compte 35 000 naissances annuelles. Concernant le système unique de santé (SUS) et les politiques périnatales au Brésil, Marie nous a indiqué les volontés fédérales de diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales ainsi que le taux de césariennes et d'augmenter le nombre d'accouchements physiologiques. En lien avec la formation des infirmières spécialisées en obstétrique, Marie a évoqué le Réseau Cigogne comme étant un programme fédéral cherchant à améliorer la formation des professionnels. Mais elle a également évoqué le programme « Mères du Minas » qui est un programme spécifique de l'État du Minas Gerais visant à améliorer la prise en charge des mères et des enfants. La formation initiale, selon Marie, s'effectue essentiellement dans des universités publiques en soins infirmiers gratuites. Cette formation repose sur le principe de l'alternance après une formation générale de quatre années (deux premières années théoriques puis alternance sur les deux années suivantes avec des lieux de pratique dans les hôpitaux et centres de santé) et une spécialisation en obstétrique d'une année et demi au moment où Marie a été formée. Aujourd'hui, la durée de la formation d'infirmière générale est de cinq années et la spécialisation d'une année ou de deux ans selon la formation de spécialisation suivie.

En synthèse, cet entretien exploratoire nous permit d'en apprendre davantage sur le contexte global de la naissance au Brésil et surtout nous a marqué sur le point de la reconnaissance sociale des infirmières obstétricales au Brésil. En effet, lors de notre première visite au Brésil, nous avions visité la maternité Sofia Feldman dans laquelle la pratique des sages-femmes que nous avions pu rapidement observer semblait très similaire à ce que nous connaissions en France. Ce que nous ne savions pas, à l'époque, c'est que le choix de nous faire visiter cette maternité n'était pas anodin. En effet, nous avons appris par la suite que cette maternité faisait office de référence au Brésil en ce qui concerne l'exercice par les infirmières obstétricales de leur champ de compétence tel qu'il est réglementairement défini. Ce n'est absolument pas la pratique courante au Brésil, et ceci, nous avons commencé à le comprendre grâce à cet entretien exploratoire. C'est-à-dire qu'au-delà du taux de césariennes élevé, ce sont les obstétriciens qui effectuent les accouchements à bas risque au Brésil et la population les reconnait pour ceci. La population ne sait donc pas ou peu qu'il existe des infirmières obstétricales ni même ce qu'elles peuvent faire (certainement aussi parce que ce métier est « jeune », cadre légal de 1987). C'est pourquoi, en analysant plus précisément le parcours professionnel de Marie, sur ses vingt-quatre années d'exercice, elle a très peu mis en œuvre ses compétences d'infirmière obstétricale. Nous nous éloignions donc petit à petit de notre tout premier constat « d'être pareilles ». D'autant qu'à la question de la reconnaissance mutuelle des compétences entre sages-femmes françaises et brésiliennes, Marie nous répondit que cela lui semblait possible, car les formations et le travail étaient les mêmes, mais qu'il existait des différences culturelles qui l'avaient, par exemple, marquées. Elle donna l'exemple de la langue mais aussi de la communication entre le professionnel et la patiente qui occupe une place très importante dans l'accompagnement de la femme au Brésil et qui occupe une place beaucoup moins importante en France. Le concept de l'interculturalité semblait de plus en plus judicieux et celui de la professionnalisation commençait à apparaitre pour la suite de notre recherche.

1.4.Mission professionnelle d'Octobre 2015 (durée de quatre jours), le virage de notre rencontre avec le Brésil et de notre objet de recherche

Pour cette nouvelle mission, nous sommes retournée à Belo Horizonte. La fin de cette mission a marqué le basculement de notre rencontre avec le Brésil. Initialement professionnelle, cette rencontre devenait maintenant uniquement scientifique. Mais il fallut tout de même bien justifier notre séjour sur le sol brésilien auprès du CHU de Rouen dans lequel nous exercions toujours. C'est pourquoi, les objectifs de cette mission furent centrés sur l'obstétrique avec un volet hospitalier et un volet universitaire :

Tableau 1 : Les objectifs de la mission professionnelle d'Octobre 2015

Volet hospitalier	Volet universitaire
• Mise en place effective au Brésil de staffs gynéco-obstétricaux quotidiens servant l'évaluation des pratiques professionnelles et donc la qualité et la sécurité des soins. Mais servant aussi la formation continue des professionnels et la formation initiale des étudiants ainsi que le partage de connaissances. • Enrichissement des pratiques françaises dans le domaine de l'hospitalisation des nouveau-nés en « unité kangourou » par l'observation des pratiques brésiliennes. Nous étudierons la possibilité d'échanges de professionnels. • Découverte du développement d'un système informatisé (SISMater) d'indicateurs de qualité[12] des soins périnataux à l'*Hospital das Clínicas* dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes et des nouveau-nés.	• Mise en place effective de trois projets de téléformation sur les thématiques de l'enseignement-apprentissage du raisonnement clinique, l'analyse et l'interprétation du rythme cardiaque fœtal et la réanimation néonatale. • Poursuite de la réflexion sur les formations initiales en sciences maïeutiques et de l'échange d'étudiants et de formateurs avec un volet Santé Publique également envisagé. • Poursuite du développement de recherches scientifiques communes et donc internationales entre les universités de Rouen et de Belo Horizonte.

En ce qui concerne notre recherche doctorale, les éléments structurants amenant à des prises de conscience successives durant cette mission, furent :

La participation au lancement d'un programme de formation continue à destination des infirmières obstétricales de tout le Brésil et soutenu par le Ministère de la Santé à travers le Réseau Cigogne. Nous prîmes alors conscience des difficultés d'insertion des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité mais aussi de la nécessité qu'elles ont d'exercer, avant même de renforcer, leurs compétences afin de pouvoir pratiquer avec davantage d'autonomie.

La participation à Brasilia à la 7ème réunion de travail nationale pour l'élaboration de la Directive Nationale pour la prise en charge de l'Accouchement Normal en présence d'Esther Vilela (gynécologue-obstétricienne de formation initiale) alors coordinatrice générale de la santé des femmes au Ministère de la Santé et également coordinatrice du Réseau Cigogne au

[12] Les établissements de santé sont tenus de publier ces indicateurs chaque mois et chaque année.

niveau national. Cette Directive fût publiée en Janvier 2016 et nous la détaillerons dans la quatrième partie de notre travail puisqu'elle représente les « bonnes pratiques » actuelles pour les professionnels de la périnatalité au Brésil. Nous prîmes conscience lors de cette réunion de l'importance des enjeux qui entouraient l'accouchement normal au Brésil puisque c'était un véritable changement de paradigme dans lequel ce pays souhaitait s'inscrire. En ce qui concernait les enjeux, il s'agissait donc à la fois d'enjeux politiques mais aussi professionnels, de santé publique et de respect des droits humains individuels. Les débats furent animés mais constructifs et exemplaires en termes de collaboration et de collégialité entre tous les partis engagés.

La découverte de la bourse d'étude du REFEB permettant de soutenir la réalisation de projets de recherche sur le sol brésilien dans le champ des Sciences Humaines et Sociales.

En synthèse, cette mission fût pour nous une succession de prises de conscience sur le contexte global de la naissance au Brésil et surtout sur les enjeux entourant l'accouchement normal et les infirmières obstétricales. Nous avions identifié avec notre premier entretien exploratoire la faible reconnaissance sociale et la faible insertion professionnelle des infirmières obstétricales, mais tout ceci devenait « criant » tant les observations, réunions etc. auxquelles nous assistions nous apparaissaient comme des « luttes » permanentes de la part des acteurs (en tension). Les contextes globaux de la naissance en France et au Brésil nous apparaissaient maintenant tellement différents qu'il nous semblait plus pertinent de nous centrer uniquement sur une approche comparée des formations initiales des sages-femmes en France et au Brésil. Comprendre le fait « culturel » de la naissance uniquement au Brésil mais dans sa globalité devenait plus percutant au regard, notamment, des enjeux de professionnalisation des infirmières obstétricales qui se dessinaient de plus en plus pour nous. Pouvions-nous toujours, malgré tout, convoquer l'interculturalité puisque nous ne nous situions plus dans une approche comparée ? La réponse semblait « oui » puisque, selon Dasen, l'étude interculturelle peut aussi être « l'étude d'un phénomène à l'intérieur d'une seule culture, portant en particulier sur l'influence de la culture sur celui-ci, ou des interactions entre le phénomène en question et la culture » (2002, p. 11). Cette approche nous permettait alors également de questionner le caractère « universel » de la maïeutique. Malgré tout, nous avions encore besoin de poursuivre notre connaissance du contexte de la naissance au Brésil tout comme de valider l'approche interculturelle pour mener une recherche doctorale en Sciences de l'Education et de la Formation.

1.5.Les deux entretiens exploratoires de Novembre 2015

Dans la poursuite de notre démarche exploratoire, notre intention était de continuer à approfondir la faisabilité et la pertinence de notre objet de recherche d'autant plus que celui-ci évoluait. Pour cela, notre second entretien exploratoire a été réalisé auprès d'une étudiante sage-femme franco-brésilienne ayant effectué ses études de sages-femmes en France et accompli un stage de deux mois à Belo Horizonte dans la maternité Sofia Feldman.

Nos objectifs étaient de nouveau multiples avec cet entretien mais nous souhaitions nous positionner dans une démarche plus analytique que lors de notre premier entretien exploratoire. En effet, nous souhaitions pouvoir nous appuyer sur l'expérience d'Ana qui avait, à la fois travaillé en France et au Brésil, en tant qu'étudiante sage-femme. En plus de nous permettre de continuer à découvrir l'activité professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil, elle pouvait également nous apporter un regard sur les formations et surtout sur l'aspect comparatif des activités professionnelle et de formation entre la France et le Brésil. Ce regard comparatif allait nous permettre de nous positionner définitivement quant au(x) lieu(x) où mener notre recherche. En France et au Brésil ou uniquement au Brésil ? Ainsi donc, nous l'avons questionnée (guide et transcription de l'entretien en Annexe 5) sur son expérience de stage à l'étranger en termes d'objectifs, de modalités de déroulement, de vécu et d'apprentissages. Nous l'avons également interrogée sur les politiques de santé globales et périnatales au Brésil avant de terminer avec notre approche comparative des activités professionnelle et de formation ainsi que sur l'identification de spécificités socio-culturelles en lien avec la périnatalité au Brésil. Enfin, comme pour Marie, nous lui avons demandé si elle pensait qu'une reconnaissance mutuelle des compétences était envisageable entre les sages-femmes françaises et brésiliennes. L'analyse de l'entretien (Annexe 6), selon les mêmes modalités que celui de Marie, nous permet de mettre en avant ce qui a le plus marqué Ana durant son expérience brésilienne à savoir les représentations des femmes sur l'accouchement voie basse. Ainsi, Ana nous expliquait que la maternité Sofia Feldman, engagée dans l'humanisation de l'accouchement et le respect des processus physiologiques liés à celui-ci, était perçue comme forçant les patientes à accoucher voie basse : *« ils forçaient l'accouchement par les voies naturelles que c'était vraiment de la torture qu'elles subissaient … elles venaient là parce qu'elles avaient pas le choix d'aller dans un autre euh hôpital pour avoir une césarienne … c'était la la différence la plus marquante que j'ai que j'ai entendu là-bas »*. En effet, comme l'indique Ana, le modèle hégémonique de l'accouchement au Brésil est la césarienne, ce qui explique son taux record. Surtout dans les cliniques privées où la césarienne est un commerce : *« c'était vraiment beaucoup de césariennes euh ou le côté privé le c'est un commerce de d'actes »*. Cela implique donc que *« la césarienne étant plus une voie pour celles qui ont des ressources qui peuvent se permettre d'avoir une césarienne qui peuvent se euh qui peuvent payer qui peuvent euh voilà qui qui la césarienne représentant plus euh la voie sécurisée … pas trop souffrir »*. Mais en ce qui concerne les femmes les plus pauvres, le discours est tout autre et ces dernières disent : *« j'avais pas le choix donc je suis venue en sachant que c'était la torture mais après elles disaient euh très clairement que c'était vraiment pas du tout la torture et que elles avaient été euh vraiment contentes euh avoir pu accoucher naturellement et qu'elles s- se rendaient compte que avoir une césarienne pour celles euh qui observaient celles qui n'avaient pas eu le choix et qui avaient eu une césarienne finalement pour des raisons médicales elles observaient leur*

récupération après la césarienne et elles se rendaient compte même si euh pas je pense qu'elles se rendaient pas compte de toutes les implications d'une césarienne mais juste dans la discussion des différences de prise en charge entre la césarienne et l'accouchement qu'elles avaient pu avoir elles étaient contentes d'avoir eu l'accouchement (rires) oui voilà ». Les représentations des femmes concernant l'accouchement naturel sont donc très marquées mais visiblement évoluent après en avoir fait l'expérience. Concernant son stage, Ana, qui rappelons-le est franco-brésilienne, souhaitait se *« mettre vraiment euh dans la réalité euh au Brésil euh comme euh sage-femme là-bas … j'avais aussi cette curiosité de connaitre dans différents pays comment ça se passe et euh c'était aussi le Brésil parce que je je viens de là-bas »*. Elle envisageait alors de revenir travailler au Brésil près de ses parents après l'obtention de son Diplôme d'Etat de sage-femme en France et c'est pour ceci qu'elle avait effectué cette demande de stage. Elle indique qu'au début, pour elle, *« ça a été un peu le choc »* car *« au Brésil c'était vraiment un contexte complètement différent »*. En effet, elle identifiait beaucoup de différences d'avec sa pratique française. Cela concernait : la pose et la surveillance de l'analgésie péridurale, l'alimentation de la femme durant le travail, le contact et la relation avec les patientes, le rôle maternel que l'infirmière obstétricale a envers la patiente et enfin la prise en charge d'enfants à la naissance souffrant de pathologies rarement rencontrées en France du fait d'une politique de diagnostic anténatal complètement différente dans les deux pays (suivi échographique et procédure d'interruption médicale de grossesse). Ses objectifs de stage furent donc adaptés à a la réalité brésilienne : *« comme euh le contexte est très différent donc euh je pense que (rires) ce sont des objectifs qui ont été euh remplis à à la réalité du Brésil »*. Malgré ces différences identifiées, Ana indique aussi avoir pu grandement développer son accompagnement des patientes sans analgésie ainsi que sa « clinique » c'est-à-dire l'utilisation de ses mains. Et c'est même quelque chose qu'elle a pu conserver à son retour en France : *« à mon retour ici euh c'est quelque chose qui me revenait … je posais souvent ma main sur le ventre des patientes … ça m'a apporté beaucoup sur le point de vue clinique … même avec le le so- le petit sonar pour écouter le les battements du cœur du bébé »*. Elle précise néanmoins qu'une partie de la pratique qu'elle avait pu développer au Brésil n'a pu être réinvestie dans le contexte français : *« même si euh + ma pratique après en de retour en France correspondait pas trop à à toute cette pratique que j'ai connu du bah ça correspondait mais que certaines choses ça s'appliquait pas »*[13]. Concernant le système public de santé brésilien, il est complètement gratuit pour les patientes et avec une couverture géographique assez satisfaisante à Belo Horizonte mais Ana nous indiquait que ce n'était pas le cas partout au Brésil. Ce qui l'a marquée, c'est que les professionnels du système public *« font un travail quand même qui est assez euh qui est assez remarquable euh en investissant les ressources en d'une manière euh*

[13] A la relecture de cet entretien exploratoire, nous nous sommes rendue compte que nous avions vécu les mêmes étapes qu'Ana dans cette expérience de l'interculturalité. D'abord un « choc culturel » puis un enrichissement professionnel, mais difficilement compatibles avec la réalité professionnelle française.

en essayant de se baser sur des évidences scientifiques ». Elle indiquait alors que le peu de ressources disponibles était judicieusement utilisé et ceci au regard de l'*Evidence Based Practice* pour assurer de surcroit la qualité des soins auprès des patientes. Concernant la formation initiale des infirmières obstétricales, Ana nous a précisé qu'il s'agissait d'*« une spécialisation qui se fait sur deux ans … qu'ils appellent la résidence là-bas donc euh je pense que c'est vraiment une formation qui est très euh qui est très différente de la formation ici en France je pourrais pas trop comparer parce que je connais pas la formation qu'ils ont là-bas mais euh déjà la formation ici elle étant beaucoup plus longue … en terme d'actes euh les pour la pose des monitorings j'étais la première à y aller (rires) parce que les autres ils ne savaient pas trop comment le faire ou … ils avaient pas l'interprétation non plus donc euh après c'est pas quelque chose qui que les infirmières spécialisées en obstétrique là-bas elles sont pas chargées de d'analyser des monitorings elles doivent montrer au médecin qui doit signer mais euh juste le fait de de pouvoir euh déjà poser le monitoring et l'interpréter ah bah c'é- c'était euh c'était quelque chose qui m'a marqué comme différence de formation + ouais »*. Elle nous indiqua donc également qu'en termes de pratiques de formation, il y avait également des différences notables. Ce qu'elle nous confirma en toute fin d'entretien quand nous lui avons posé la question de la reconnaissance mutuelle des compétences des sages-femmes françaises et brésiliennes : *« je pense que l'affaire est pas simple … d'un point de vue des pratiques … c'est faisable mais euh ça demande beaucoup de adaptabilité des deux côtés (rires) … s'investir dans la formation des infirmières spécialisées en obstétrique pour qu'elles puissent interpréter ç- les monitorings sans sans avoir obligatoirement l'avis du médecin dans voilà et puis euh et puis du côté de la sage-femme … je pense que dans l'accompagnement de la douleur les sages-femmes pourraient beaucoup en gagner avec les infirmières spécialisées en obstétrique »*.

Toujours dans notre démarche exploratoire, il nous fallait également nous faire confirmer qu'une approche interculturelle pouvait être pertinente pour mener une recherche doctorale en Sciences de l'Education et de la Formation. C'est notre grand témoin sur l'interculturalité (guide et transcription de l'entretien en Annexe 7) qui nous conforta dans cette perspective dès le début de notre entretien : *« la réponse à la question que vous posez est oui »*. Même si la perspective d'une étude comparée France-Brésil s'éloignait de plus en plus, nous lui avions tout de même posé la question de la comparaison des cultures entre elles puisqu'à ce moment nous pensions plutôt à la comparaison de la culture médicale et soignante autour de la naissance au Brésil. Pour notre grand témoin, il est possible de comparer des cultures car *« comparer ça veut pas dire qu'on hiérarchise »* et puis pour lui *« le chercheur a tous les droits mais pas celui de hiérarchiser celui de comparer de mettre en parallèle oui bien sûr »*. Il nous a alors recommandé des auteurs à lire en *« ethnologie comparée »* et également en anthropologie *« d'ailleurs on dit euh anthropologie comparée donc ça dit bien qu'on peut comparer les cultures l'une à l'autre vous voyez en français en France vous en avez un qu'est très bien qui s'ap- mais qui est mort maintenant qui s'appelle Roger Bastide sur le monde brésilien Roger Bastide ouais sur l'identité brésilienne Roger Bastide »*. Sans le savoir, notre grand témoin touchait l'objet de notre recherche. Enfin cet entretien fût pour nous l'occasion de commencer à aborder le concept de la culture : *« qu'est-ce que c'est qu'une culture une culture c'est un un certain nombre de règles qui constituent un cadre dans lequel évolue un individu c'est ça une culture hein c'est un certain nombre de règles + qui constituent le cadre*

dans lequel un individu se comporte et vit alors il peut y avoir chez un même individu plusieurs cultures il peut y avoir une culture euh + de classe donc une culture religieuse une culture historique une culture de profession ». L'individu évolue donc dans plusieurs cadres que l'on appelle *cultures*. Il y a une variabilité de cadres qui s'ajoutent les uns aux autres et qui se conjuguent. *« Le mot culture il sous-tend un grand nombre de variables et que ces variables ne sont pas euh évidentes »*. En effet, *« le culturel c'est en fait un élément extraordinairement multifactoriel vous avez plein de facteurs différents dans le culturel donc il faut pouvoir définir les différents facteurs de culturel pour con-juguer ce que vous allez appeler l'éducatif + en clair quand vous faites de l'éducation bah vous êtes dans le cadre d'une culture particulière »*. Nous pouvons très facilement remplacer « l'éducatif » et « l'éducation » par la maïeutique dans cette phrase. Dans une approche plus psychanalytique sur la constitution du moi, notre grand témoin nous indiquait alors : *« le thème essentiel c'est que la constitution du moi est une constitution dans laqu- qui se fait de manière euh avec une dynamique spécifique et que cette dynamique elle est liée à euh plusieurs facteurs s- qui sont parmi lesquels vous avez la sédimentation des cultures »*. Ainsi, *« qui parle de culture parle forcément de mémoire et d'histoire donc euh qui parle de quoi au nom de qui et de quoi »*.

- Grâce à notre entretien exploratoire avec Ana, nous pouvions maintenant nous positionner avec certitude sur le sujet de notre recherche : la **maïeutique au Brésil dans ses dimensions professionnelle et de formation**. En effet, même si Ana avait souligné la dimension universelle de l'obstétrique en début d'entretien, elle avait aussi et surtout indiqué qu'il existait *« beaucoup beaucoup beaucoup de différences aussi euh de pratiques »*.
- Grâce à notre entretien exploratoire avec notre grand témoin sur l'interculturalité, nous pouvions également à présent positionner avec certitude ce sujet dans une **approche interculturelle**.

Dorénavant, il nous fallait poser avec précision le contexte de la naissance dans la culture brésilienne, et ceci, en le positionnant dans toutes les dimensions sociétales du Brésil afin d'en dégager les <u>enjeux</u>.

2. Le contexte de la naissance au Brésil

2.1. Présentation générale des politiques de santé périnatale prenant place au sein du Sistema Único de Saúde[14] (SUS)

Le SUS a été créé en 1988 et consolidé par la Loi 8.080 du 19 septembre 1990. Depuis cette consolidation, c'est-à-dire l'extension de la gratuité[15] des prestations de santé aux soins primaires, secondaires et tertiaires, l'implantation des politiques de promotion de la santé maternelle et infantile n'ont cessé de se développer.

Chronologiquement, nous pouvons citer[16] :

- En 1974 : le Programme National de Santé Materno-Infantile
- En 1978 : le Programme de Prévention des grossesses à haut risque
- En 1984 : le Programme d'Assistance Intégrale à la Santé de la Femme
- En 1994 : le Programme de la Santé de la Famille qui vise à réduire la mortalité maternelle en augmentant l'accès de la population la plus pauvre aux services de santé. Ce programme répond à la même logique de création en 1991 d'agences communautaires de santé afin d'offrir des soins de santé primaires (base de tout le système de soin brésilien) aux plus nombreux. Le Programme de la Santé de la Famille réintègre et incorpore fortement les principes de bases du SUS[17] à savoir : l'universalité et l'équité (accès aux soins pour tous), la décentralisation politique, l'intégralité des soins bio-psycho-sociale de la personne et la participation de la communauté dans le contrôle du système de santé (à hauteur de 50% et avec pouvoir de décision au conseil municipal).
- En 1995 : le Programme National de réduction de la Mortalité Infantile
- En 1996 : la Commission Nationale de Mortalité Maternelle a pour ambition de promouvoir des maternités sécuritaires
- En 1998 : le système de classification des grossesses en niveaux de risques est mis en place tout comme l'Ordonnance fixant la limite de tarification des césariennes au

[14] Système Unique de Santé (traduction personnelle).

[15] Le SUS est « financé par les impôts généraux, il n'y a pas de critère d'assurance ni de contribution sociale spécifique » (de Negri, 2001, p. 46). En parallèle de ce service public, il existe aussi un secteur privé mais dont une partie est intégrée au système public national (environ 60% des lits d'hospitalisation).

[16] Nous avons fait le choix, dans cette partie, de traduire directement en Français le nom des programmes des politiques de santé publique en lien avec la périnatalité pour faciliter la lecture.

[17] La particularité du système de santé au Brésil est qu'il a été pensé comme un droit politique et un bien public avec ses dimensions individuelles et collectives. Les politiques nationales et les gouvernements locaux sont donc ciblés sur les besoins sociaux de la population et entrent « dans un processus de construction de démocratie et de justice sociale » (de Negri, 2001, p. 43). Dans cette perspective, par exemple, travailler à la réduction de la mortalité maternelle consiste à examiner la « base des conditions de vie de la famille, de ses revenus, de son accès aux services mais aussi de son niveau d'éducation et de ses représentations de la grossesse » (de Negri, 2001, p. 44).

sein du SUS pour éviter les césariennes inutiles. En effet, cette Ordonnance prévoit le paiement à l'hôpital d'un nombre maximal de césarienne déterminé en fonction du nombre total d'accouchements.

- En 2000 : l'Organisation des Nations Unies (ONU) publie les huit objectifs du Millénaire pour le Développement à atteindre d'ici à 2015. L'objectif 3 concerne la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation/valorisation des femmes ; l'objectif 4 concerne la réduction de la mortalité infantile et l'objectif 5 concerne l'amélioration de la santé maternelle (femmes enceintes). La même année, le Brésil lance un Programme National d'Humanisation de la grossesse et de la naissance reposant sur deux grands principes : le premier est celui qu'il est du devoir des structures de soins d'accueillir avec dignité la femme, sa famille et le nouveau-né. Le second est celui de la promotion et de l'utilisation de pratiques reconnues comme bénéfiques pour l'accouchement en évitant donc les interventions inutiles (ce mouvement avait déjà été initié en 1988).
- En 2004 : le Pacte National de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et le Programme Bourse Famille
- En 2005 : la Loi sur l'accompagnement de la femme par un partenaire de son choix pendant toute la durée de son séjour hospitalier pour l'accouchement, la création de comités locaux pour la prévention de la mortalité infantile et la politique nationale sur les droits sexuels et reproductifs (expansion de l'offre contraceptive réversible, accès à la stérilisation volontaire et à la procréation médicalement assistée)
- En 2006 : le Pacte pour la Vie, toujours dans l'objectif de réduire la mortalité infantile
- En 2007 : la Loi qui prévoit le droit de la femme enceinte à la connaissance et à la mise en lien avec une maternité du SUS dès sa grossesse
- En 2008 : la réglementation de la vigilance sur la mortalité maternelle mais aussi le Pacte pour la réduction de la Mortalité Infantile dans les régions du Nordeste et de l'Amazonie et la Stratégie Nationale de Promotion de l'Allaitement Maternel et de l'Alimentation Complémentaire Saine
- En 2009 : le plan de qualification des maternités qui s'emploie de 2010 à 2012 à évaluer la qualité de vingt-six maternités du pays après une visite de leurs plateaux techniques et l'organisation de séminaires de bonnes pratiques
- En 2011 : la création du *Rede Cegonha* et la Politique Nationale de prise en charge Intégrale de la Santé de la Femme
- En 2012 : création des unités Kangourou pour les enfants prématurés et de faible poids
- En 2014 : la Politique Nationale de prise en charge Intégrale et Humanisée du nouveau-né au moment de la naissance et la nouvelle Certification des Hôpitaux Amis des Bébés

Grâce à ces mesures, le Brésil souhaitait donc répondre en particulier aux objectifs du Millénaire pour le Développement de l'ONU qui étaient de diminuer de 2/3 la mortalité infantile et de 3/4 la mortalité maternelle d'ici à 2015. Une partie de ces objectifs a alors été

atteinte puisque les indicateurs de mortalités maternelle et infantile entre 1990 et 2015 se sont nettement améliorés. En effet, en ce qui concernait la mortalité infantile (avant la 1ère année de vie), elle était passée de 46.8 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 13.8[18] en 2015 alors que les objectifs affichés par l'ONU d'ici à 2015 étaient de 15.7 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes. En ce qui concernait la mortalité néonatale (jusqu'au 28ème jour de vie), la même tendance avait été observée puisqu'elle était passée de 23.1 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 10.2 en 2012[19]. Par contre, en ce qui concernait la mortalité maternelle, elle était passée de 143 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 61 en 2012[20] alors que les objectifs affichés par l'ONU d'ici à 2015 étaient de 35 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes soit environ deux fois moins[21]. Des progrès restaient donc à faire et restent possibles puisque les instances internationales énoncent très clairement que la plupart de ces décès sont évitables par un accès opportun et de qualité aux soins. En effet, la majeure partie des décès néonataux fait suite à la prématurité et survient au cours de la période néonatale précoce (0-6 jours). Plus précisément, 40% de ces décès surviennent le premier jour dont un nombre significatif durant les premières heures de vie. Le moment de l'accouchement est donc considéré comme critique pour la survie et la qualité de vie de l'enfant, comme de la mère d'ailleurs, puisque 65% des décès maternels surviennent au moment de la naissance (complications de l'hypertension artérielle, des hémorragies de la délivrance, des avortements et des infections). En conclusion, même si le Brésil a réalisé des progrès considérables concernant la santé maternelle et infantile ces dernières décennies, les défis restent encore grands dans ce domaine et en font toujours une préoccupation de santé publique dans ce pays.

Les défis en question pour les prochaines années sont :

- La réduction des disparités régionales socio-économiques et ethniques encore persistantes
- L'inversion de la tendance excessive à la médicalisation de l'accouchement
- La diminution du nombre d'accouchements prématurés
- La réduction de la mortalité néonatale qui représente actuellement les 2/3 de la mortalité infantile et qui diminue moins rapidement que les autres indicateurs
- La poursuite du développement des soins prénataux et de l'accompagnement de l'accouchement

[18] Selon l'IBGE : *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (Institut Brésilien de la Géographie et des Statistiques, traduction personnelle).
[19] Elle est de 8.1 en 2020 selon *l'UN Inter-Agency Group for Child Mortality estimation*.
[20] Elle est de 60 en 2019 selon l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la *World Bank Group and UN Population Division*.
[21] A titre comparatif, le Brésil comptait 2 866 000 naissances en 2019 alors que la France en a compté 740 000 en 2020. La mortalité néonatale en France en 2020 y était de 2.5 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité maternelle de 8 pour 100 000 naissances vivantes en 2019.

- Par voie de conséquence de l'élément précédent, l'amélioration de la qualité des soins prénataux et de l'accompagnement de l'accouchement quand ceux-ci seront quasi devenus universels
- L'amélioration des problèmes persistants comme : le recours aux avortements insécures, les morts maternelles évitables, la syphilis congénitale, les grossesses chez les adolescentes et la réduction de la transmission verticale du VIH

Ces défis sont maintenant à mettre en regard des nouveaux objectifs dits de Développement Durable fixés par l'ONU cette fois à l'horizon 2030. Ce sont dix-sept objectifs à atteindre qui ont été présentés pour la période 2015-2030 et qui font suite à ceux qui avaient été déterminés pour la période 2000-2015. Parmi ces dix-sept objectifs, nous en trouvons deux qui concernent notre domaine.

L'objectif 3 qui doit permettre à tous de vivre en bonne santé et qui vise à promouvoir le bien-être à tout âge. Pour cela, les cibles à atteindre sont lui suivantes[22] :

- Faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- Eliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans. Tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
- Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
- Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable
- Mettre fin à l'épidémie du VIH, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées
- Accroitre considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits Etats insulaires en développement

L'objectif 5 qui vise à parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles. Pour cela, les cibles à atteindre sont lui suivantes[23] :

[22] ODD3 - Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges - L'Agenda 2030 en France (agenda-2030.fr).
[23] ODD5 - Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles - L'Agenda 2030 en France (agenda-2030.fr).

- Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
- Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
- Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi

Pour continuer à relever ces défis, le Gouvernement Fédéral Brésilien et le Ministère de la Santé continuent d'engager une politique de santé périnatale forte orientée sur l'amélioration de la qualité des soins auprès des mères et des enfants notamment au regard des résultats de la recherche nationale *« Nascer no Brasil*[24] » qui a été menée entre 2011 et 2012 et que nous présentons maintenant.

2.2.Les résultats de la recherche « Nascer no Brasil » : enquête nationale sur l'accouchement et la naissance

Cette recherche de grande envergure, puisque nationale, est le socle de toutes les recommandations concernant le changement de paradigme souhaité autour de l'accouchement et de la naissance au Brésil. Ces résultats fondent plusieurs politiques de santé qui se déclinent à toutes les échelles du pays. L'étude *Nascer no Brasil* a été effectuée entre février 2011 et octobre 2012 et a inclus 23 940 femmes dans 266 hôpitaux (réalisant au moins 500 accouchements par année) de 191 villes réparties dans tous les états du pays. Le statut des maternités pouvait être public, privé ou mixte c'est-à-dire privé mais ayant passé une convention avec le SUS. Dans chaque hôpital, les chercheurs ont assuré une présence permanente d'au moins sept jours et pouvant aller jusqu'à deux mois. Ils ont ainsi pu réaliser des entretiens auprès de nonante femmes dans chaque maternité au moment de leur accouchement, c'est-à-dire de jour comme de nuit et durant également les week-ends et les jours fériés. Les patientes ont de nouveau été interrogées par téléphone par les chercheurs au moins 45 jours après leur accouchement puis entre six et dix-huit mois après. L'objectif général de la recherche était d'étudier les déterminants, l'ampleur et les effets des interventions obstétricales au moment de l'accouchement et en incluant dans ces interventions les césariennes inutiles. Il s'agissait aussi de décrire les motivations des femmes concernant les options possibles en ce qui concernait la voie d'accouchement mais aussi de décrire les complications médicales en périodes per-natale et néonatale. Et enfin, il s'agissait également de décrire les

[24] Naitre au Brésil (traduction personnelle).

structures hospitalières en termes de qualification des ressources humaines, de disponibilités des équipements, des médicaments et des unités de soins intensifs pour la mère et l'enfant. Les résultats complets de cette recherche ont été publiés sous la forme de quatorze articles dans un numéro spécial de la revue « Cadernos de Saúde Pública » de 231 pages à l'occasion des trente ans de la revue en 2014.

Les principaux résultats sont :

En ce qui concerne la planification des naissances : 45% des femmes interrogées désirait leur grossesse, 30 % ne la désirait pas, 9% n'ont pas apprécié être enceinte et 2.3% indiquèrent avoir été tentées d'interrompre leur grossesse. Concernant les adolescentes, deux tiers ont déclaré ne pas avoir désiré leur grossesse et 3.4% déclarèrent avoir été tentées d'interrompre leur grossesse. Les femmes pour qui leur grossesse n'était pas désirée, ont moins bien fait suivre celle-ci durant la période prénatale soit en initiant plus tardivement leur suivi, soit en n'effectuant pas les six consultations recommandées par le Ministère de la Santé. Cela témoigne de l'importance de la planification des naissances pour augmenter l'adhésion des femmes au suivi prénatal et pour leur permettre de décider si et quand elles souhaitent être enceintes.

En ce qui concerne le suivi prénatal : 99% des femmes réalisèrent au moins une consultation prénatale grâce à la couverture universelle du pays mais 60% d'entre elles initièrent ce suivi après la 12ème semaine gestationnelle, 73% réalisèrent six consultations[25] ou plus et 75% des suivis prénataux furent réalisés dans le secteur public. Un quart des femmes enceintes furent considérées à risque, 59% furent orientées vers une maternité de référence au moment de leur accouchement et non durant la période prénatale comme le préconise la Loi n° 11.634 du 27 décembre 2007 et 16% durent chercher plus d'une maternité pour pouvoir être admise pour leur accouchement (par manque de médecins, de matériel ou d'équipements). Cela représente un risque non négligeable pour la mère et l'enfant.

En ce qui concerne l'accouchement physiologique : 80% furent réalisés dans le secteur public et 20% dans le secteur privé. De fortes disparités ont été relevées en termes de répartition géographique des maternités sur le territoire mais aussi en termes de possession d'équipements aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Cela représente autant de risques inutiles et évitables. Les recommandations de l'OMS pour encourager un accouchement physiologique pour une grossesse à bas risque obstétrical sont présentées dans le tableau ci-dessous :

[25] Le suivi de la grossesse au Brésil doit au moins comporter 6 consultations prénatales dont 3 consultations médicales. Les autres consultations peuvent être réalisées par des infirmières. La première consultation doit être réalisée par un médecin puisque les examens biologiques y sont prescrits. Cette première consultation doit avoir lieu au cours des 3 premiers de la grossesse. Puis le rythme des consultations est d'environ 1 par mois et 1 tous les 15 jours dans le dernier mois. La seconde consultation prénatale en cours de grossesse a pour objectif d'évaluer les risques de la grossesse. De plus, 3 échographies sont réalisées pendant la grossesse.

Tableau 2 : Les recommandations de l'OMS (2018) pour encourager un accouchement physiologique pour une grossesse à bas risque obstétrical

Promotion des bonnes pratiques obstétricales	Permettre à la femme de déambuler, de s'alimenter, lui proposer des moyens non pharmacologiques pour diminuer la douleur et utiliser un partogramme pour monitorer le travail. Offrir une analgésie péridurale si elle est demandée par la patiente (ministère de la santé brésilien).
Durant le travail	Eviter la pose systématique d'un cathéter veineux périphérique, éviter l'utilisation en routine d'ocytocine de synthèse et le recours à l'amniotomie pour accélérer le travail.
Durant l'accouchement	Favoriser les positions verticales d'accouchement et éviter l'épisiotomie de routine ainsi que les manœuvres de Kristeller. Recommander que le professionnel d'élection pour assister un accouchement physiologique soit une sage-femme parce que cela représente de meilleurs résultats obstétricaux.

Les résultats de la recherche concernant ces pratiques témoignent de la faible proportion à suivre les recommandations de bonnes pratiques et, *a contrario*, du nombre trop important d'interventions inutiles pendant la conduite du travail et de l'accouchement. Ces constats se retrouvent sur tout le territoire. Seules 5% des patientes ont reçu un accompagnement de leur accouchement dans les règles de l'Art. Un point positif cependant, 75% des patientes étaient accompagnées durant leur accouchement de la personne de leur choix comme l'indique la Loi n°11.108 de 2005.

Tableau 3 : L'usage des bonnes pratiques et interventions pendant le travail et l'accouchement (Nascer no Brasil, 2011)

Uso de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto - Brasil, 2011				
	Baixo Risco obstétrico I (ROH)	Risco obstétrico (NROH)	Todas as mulheres	P-valor[1]
	%	%	%	
Para mulheres que entraram em trabalho de parto (TP)				
Boas práticas durante o TP				
Alimentação	25,6	24,5	25,2	0,408
Movimentação	**46,3**	41,1	44,3	< 0,001
Procedimentos não-farmacológios para alívio da dor	**28,0**	24,7	26,7	0,012
Uso de partograma	**44,2**	36,9	41,4	< 0,001
Intervenções durante o TP				
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9	0,043
Ocitocina	**38,2**	33,3	36,4	0,001
Analgesia peridural	31,5	**37,8**	33,9	< 0,001
Amniotomia[2]	**40,7**	36,4	39,1	< 0,001
Para mulheres com parto vaginal				
Intervenções durante o parto				
Litotomia	91,7	91,8	91,7	0,946
Manobra de Kristeler	**37,3**	33,9	36,1	0,017
Episiotomia	**56,1**	48,6	53,5	< 0,001
Para todas as mulheres				
Cesariana	45,5	**60,3**	51,9	< 0,001
Parto natural[3]	5,6	4,2	5,0	0,845

1 P-valor de teste Qui-quadrado na comparação entre ROH e NROH.
2 Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização.
3 Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.
ROH - Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas, com idade gestacional

Concernant le professionnel idoine pour accompagner un accouchement à bas risque, la littérature scientifique indique que la sage-femme ou l'infirmière obstétricale est ce professionnel car elle diminue le risque d'interventions inutiles, augmente les chances d'accouchements spontanés et ceci sans compromettre la santé des femmes et des enfants. L'étude montre que seuls 15% des accouchements ont été effectués par des infirmières obstétricales et ceci dans les régions les plus pauvres où les médecins sont absents.

En ce qui concerne la césarienne : le taux annuel de césarienne au Brésil n'a cessé d'augmenter ce qui en fait, aujourd'hui, une véritable épidémie pour ce pays. Entre 1970 et 2010, ce taux a quasiment quadruplé le faisant ainsi passer de 14.5% à plus de 50% aujourd'hui. En 2014, le taux de césarienne au Brésil s'élève à 56.7% ce qui fait que ce pays occupe la première place au classement mondial alors que les recommandations de l'OMS (2015, p. 1) indiquent un taux idéal annuel de césarienne se situant entre 10 et 15%. Chaque année, le pays estime qu'un million de femmes ont recours à une césarienne sans indication médicale. Il est retrouvé un taux de césarienne de 46% dans le secteur public et un taux de 88% dans le secteur privé avec des femmes qui présentent un niveau supérieur de scolarité et un pouvoir d'achat certain. Les effets « néfastes » de la césarienne sont bien décrits dans la littérature scientifique, nous proposons de les synthétiser dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Les effets maternels, néonataux et sur le système de santé de la césarienne

Sur le nouveau-né	Augmentation de la morbidité respiratoire grave et modérée. Diminution de l'âge gestationnel. Augmentation du risque d'hospitalisation du nouveau-né dans des unités de soins intensifs et de la mortalité périnatale. A plus long terme, augmentation des syndromes métaboliques, de l'asthme, du diabète de type 2, des dyslipidémies, de l'hypertension artérielle, des maladies cardiovasculaires, des allergies et de l'obésité.
Sur la mère	Augmentation de la fréquence des hémorragies, des infections et de la mortalité maternelle. Augmentation des malpositions placentaires pour les grossesses futures représentant un risque de mort fœtale et maternelle.
Sur le système de santé	Augmentation des dépenses de santé inutiles

Pour revenir aux résultats de l'étude *Nascer no Brasil*, 28% des femmes désiraient déjà avoir recours à une césarienne en début de grossesse. La raison principale[26] invoquée par les femmes est la peur de la douleur[27] du travail et de l'accouchement. Concernant les primipares, cela représentait 15.4% des femmes dans le secteur public et 36.1% dans le secteur privé. En fin de grossesse, nous passions respectivement à 15% et 67.6% pour, au final, un taux de césarienne de 44.8% dans le secteur public et 89.9% dans le secteur privé. Concernant les multipares, cela représentait 29.2% des femmes dans le secteur public et 58.8% dans le secteur privé. En fin de grossesse, nous passions respectivement à 27.4% et 75.4% pour, au final, un taux de césarienne de 40.7% dans le secteur public et 84.5% dans le secteur privé. Cela témoigne donc de l'influence que les femmes subissent pendant leur grossesse concernant le choix de leur voie d'accouchement, notamment dans le secteur privé : « *O setor privado no Brasil adotou o modelo organizacional da "cesárea de rotina", substituindo a imprevisibilidade do parto a termo por um planejamento taylorista de grande eficiência e lucratividade, criando um fato*

[26] D'autres raisons peuvent être avancées concernant le choix de la césarienne comme l'organisation du rythme de travail et sa rentabilité financière pour les professionnels de santé mais aussi l'organisation de la vie de famille pour les patientes.

[27] Ceci est particulièrement intéressant quant à la perception culturelle que la population a sur la douleur. Elle est associée à la maladie et non à un processus physiologique comme c'est le cas dans le cadre d'un accouchement.

cultural[28] » (Diniz, 2009, p. 319). Le taux d'accouchement voie basse sur utérus cicatriciel est de 15% dans l'étude ce qui laisse à penser que, malgré les recommandations scientifiques sur le sujet, le précepte « césarienne un jour, césarienne toujours » prédomine toujours. Cela rend d'autant plus important l'objectif de réduire drastiquement le taux de césariennes inutiles et de soutenir l'accouchement physiologique auprès des femmes.

En ce qui concerne les adolescentes : elles représentaient 19% des femmes de l'étude et 27% d'entre elles se concentraient dans la région nord du pays. Elles sont plus pauvres, ont un niveau de scolarité inférieur à ce qu'elles devraient avoir au regard de leur âge et 11.8% d'entre elles travaillaient. 71% étaient noires ou métisses et 69% déclarèrent vivre avec un compagnon. 18.6% d'entre elles avait déjà accouché par le passé. Le taux de césarienne dans cette population a été de 42%. A noter que les enfants de mères adolescentes présentent davantage de petits poids de naissance.

En ce qui concerne les nouveau-nés : les résultats concernant les bonnes pratiques (peau à peau dès la naissance, proposer le sein en salle de naissance dans la première heure de vie et hébergement conjoint de la mère et de l'enfant) et les interventions (aspiration des voies aériennes supérieures, aspiration gastrique, administration d'oxygène et utilisation d'une couveuse) sont présentés ci-dessous :

[28] Le secteur privé brésilien a adopté le modèle organisationnel de la « césarienne de routine », remplaçant l'imprévisibilité de l'accouchement à terme par une planification tayloriste d'une grande efficacité et rentabilité, créant un fait culturel (traduction personnelle).

Tableau 5 : Les bonnes pratiques et interventions réalisées pour le nouveau-né (Nascer no Brasil, 2011)

Incidência de boas práticas e intervenções realizadas em recém-nascidos - Brasil, 2011

	RN's saudáveis [1]	RN's não saudáveis	Todos
	%	%	%
Boas práticas			
Contato pele a pele logo após o nascimento[2]	28,2	21,3	26,6
Ofereceu o peito na sala de parto	16,1	10,1	14,7
Alojamento conjunto	69,0	46,0	64,2
Mamou na 1ª hora de vida	44,5	26,5	40,9
Intervenções			
Aspiração de vias aéreas superiores	71,0	75,4	71,7
Aspiração gástrica	39,5	44,9	40,4
O2 inalatório	8,8	33,1	13,8
Uso de incubadora	8,7	30,5	13,2

1 Recém-nascidos a termo, com peso ao nascer ≥2500g, Apgar do 1o minuto ≥ 7 e de gravidez única. Foram critérios de exclusão nascidos de mães HIV positivo, recém-nascido com malformação congênita e necessidade de ventilação com pressão positiva nos primeiros minutos de vida.
2 Ficou com o RN no colo ou ofereceu o seio.

Encore une fois, ces chiffres témoignent de la faible proportion à suivre les recommandations de bonnes pratiques et, *a contrario*, du nombre trop important d'interventions inutiles chez le nouveau-né lors de sa naissance. Le taux de prématurité dans l'étude fut de 11.3% (naissances inférieures à 37 semaines gestationnelles) et 35% des enfants sont nés entre 37 et 38 semaines gestationnelles, principalement à cause des césariennes électives. Or, pour le développement de la maturité et le gain de poids de l'enfant, une naissance à partir de 39 semaines gestationnelles est le plus souhaitable et recommandée. L'étude a comparé deux modèles de prise en charge d'accouchements dans le secteur privé. Le modèle dit « hôpital innovant » repose sur les caractéristiques suivantes : il propose un accompagnement à l'accouchement à bas risque par des sages-femmes et des médecins mais en priorisant les sages-femmes pour les accouchements physiologiques ; il offre des ressources non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur au cours du travail ; il a réalisé un audit sur la fréquence de ses césariennes et il est hôpital ami des bébés. Ce modèle a été comparé à un autre modèle de prise en charge en secteur privé et la comparaison a été possible puisque les femmes des deux groupes présentaient des caractéristiques sociales et cliniques similaires. Dans l'hôpital innovant, 48% des naissances furent réalisées par césarienne contre 91% dans l'autre hôpital. Parmi les femmes qui présentaient une grossesse à bas risque, ce taux fut de 21% dans l'hôpital innovant et de 87% dans le groupe de comparaison. Les retours positifs sur l'allaitement maternel furent plus nombreux dans l'hôpital innovant. La plupart des enfants nés par césarienne dans l'hôpital innovant présentait au moins un âge gestationnel de 39 semaines contre 37 ou 38 semaines pour

plus de la moitié des enfants de l'autre groupe. La mortalité néonatale dans l'étude fut associée à de faibles poids de naissance, au risque gestationnel et à des prises en charge inadaptées pendant la grossesse et le travail (cas d'asphyxie perpartum) reflétant une qualité de prise en charge insatisfaisante et donc des morts évitables. Des lacunes dans l'organisation du réseau de soins (aussi bien pour l'obstétrique que la néonatalogie) ont également participé à ces morts néonatales quand cela est associé à la pérégrination des patientes qui cherchent un endroit où accoucher en sécurité, à un faible poids de naissance de l'enfant et à l'absence d'unité de soins intensifs dans l'établissement hospitalier. Les taux de mortalité néonatale les plus élevés furent dans les régions du Nord et du Nordeste et dans les classes sociales les plus pauvres. Les défis sont donc encore importants pour réduire les iniquités au Brésil.

L'étude s'est également intéressée au concept des « *near miss* » qui représente des situations de morbidité grave dans lesquelles les mères et/ou les enfants ont présenté des complications suffisamment importantes pour qu'ils engagent leurs pronostics vitaux et puissent potentiellement en mourir. En ce qui concerne l'incidence des *near miss* néonatales, elle a été de 39.2 pour 1 000 naissances vivantes soit environ 3 fois le taux de mortalité néonatale. Ces cas de *near miss* ont principalement été observés pour les enfants nés dans les capitales des Etats, dans les hôpitaux publics et par césarienne. En ce qui concerne l'incidence des *near miss* maternelles, elle a été de 10.2 pour 1 000 naissances vivantes et a majoritairement été observée dans le cas de femmes de plus de 35 ans présentant des antécédents multiples de césariennes. Cette observation est conforme à la littérature scientifique qui indique que le risque de mortalité maternelle augmente avec le nombre de césariennes antérieures. Elle a également été observée dans le cas de femmes ayant dû effectuer trois recherches ou plus d'une maternité pour accoucher alors qu'elles étaient déjà en travail.

En ce qui concerne la satisfaction des femmes avec le service de soin reçu : la prise en charge obstétricale doit être centrée sur les besoins des femmes et donc la satisfaction de ces dernières sur le service reçu est une forme indirecte d'évaluation de la qualité des services de santé. Tous les aspects de la relation entre les professionnels de la santé et les parturientes (temps d'attente, respect, intimité, clarté des explications, possibilité de poser des questions et de participer aux décisions) sont des facteurs associés à une meilleure satisfaction générale du service reçu. L'étude a montré des iniquités en termes de satisfaction et que la satisfaction la plus basse des prestations de soins reçues émanait de la part des femmes noires et métisses, issues de faibles niveaux social et scolaire, résidant dans les régions du Nord et du Nordeste, ayant eu un accouchement voie basse et ayant été prises en charge dans le service public. Cela reflète une certaine forme d'« élitisation » de soins au cours de la naissance.

En ce qui concerne la santé mentale maternelle : la dépression maternelle est rarement diagnostiquée mais 26% des femmes de l'étude présentaient des symptômes de dépression entre six et dix-huit mois après l'accouchement. Cette fréquence est plus élevée chez les femmes qui présentent un faible niveau socio-économique, qui sont noires ou indigènes, qui vivent seules, qui n'ont pas désiré leur grossesse et qui ont déjà trois ou davantage d'enfants. Comme facteur associé à la dépression maternelle, on retrouve également un mauvais vécu de l'accouchement ou de l'hospitalisation en post-partum. La dépression maternelle a une influence négative sur la santé de la femme, sur la relation avec sa famille et son nouveau-né, sur la mise en place du

lien mère-enfant, sur l'allaitement maternel et sur le développement de l'enfant sur plusieurs aspects.

La conclusion générale de cette recherche est que finalement, peu importe le niveau socio-économique de la femme, toutes les couches sociales de la société brésilienne sont exposées aux différents risques que le modèle de soins relatif à l'accouchement induit. En effet, les classes sociales les plus aisées s'orienteront vers le système privé et ses césariennes mais s'exposeront à des naissances d'enfants à moins de 39 semaines gestationnelles, à une séparation mère-enfant ainsi qu'aux complications possibles lors de futurs grossesses et accouchements ; perdant ainsi les « avantages » de leur situation sociale. Les classes sociales les plus pauvres, quant à elles, s'orienteront vers le système public et ses accouchements extrêmement médicalisés qu'elles vivront comme douloureux (physiquement et psychiquement) et avec un taux de satisfaction très bas en regard. Ces indicateurs périnataux et de la santé en général indiquent, par conséquent, la faible efficacité du modèle de prise en charge obstétricale et néonatale des femmes et des enfants dans les services publics et privés du Brésil. Ces résultats mettent alors en évidence ce que l'on appelle le « paradoxe périnatal » brésilien (Diniz, 2009, p. 316). Ce paradoxe étant d'afficher des taux de mortalité maternelle et infantile encore élevés alors que la médicalisation de l'accouchement et de la naissance de l'enfant ne cesse de croitre mais de manière inadaptée par le recours à des pratiques non fondées sur les preuves scientifiques. Ce qui fait dire à Diniz (2009, p. 316) « *No Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos : o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada* [29]».

Les recommandations, suite aux résultats de cette recherche, concernent donc tous les niveaux de la société (micro, méso et macro) et sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Les recommandations de la recherche Nascer no Brasil, 2011

Recommandation générale : les résultats de cette étude montrent l'urgence de réformer le modèle de prise en charge des grossesses, de l'accouchement et de la naissance au Brésil étant donné que de nombreux résultats défavorables sont associés à des problèmes de qualité dans les prises en charge des femmes et des enfants. Il est donc fondamental que l'implication des gestionnaires, des professionnels de la santé, des chercheurs, de la société civile et plus particulièrement des femmes soit effective pour changer la façon de naitre au Brésil.	
Recommandations aux gestionnaires et aux associations professionnelles	Organiser le réseau d'assistance obstétrical et néonatal de façon à garantir un accès adéquat et opportun à des soins appropriés pour toutes les femmes enceintes et pour tous les nouveau-nés.

[29] Au Brésil, dans la prise en charge de l'accouchement, nous pouvons vivre avec le pire des deux mondes : la maladie et la mort en raison du manque de technologie appropriée, et la maladie et la mort en raison de l'excès de technologie inappropriée (traduction personnelle).

	S'engager à mettre en œuvre des politiques publiques qui promeuvent les bonnes pratiques obstétricales et néonatales et recommandées par l'OMS et le Ministère de la Santé. Augmenter le nombre de lits et structurer les services de façon à créer une structure adéquate et sécuritaire avec la prise en charge de l'accouchement et de la naissance dans les zones négligées (salle PPP, bloc obstétrical). Elargir l'accès à la planification des naissances afin d'éviter les grossesses non désirées et prioritairement chez les adolescentes. Augmenter le recrutement précoce des femmes pour leur suivi prénatal et garantir l'adhérence à ce suivi prénatal conformément aux recommandations du Ministère de la Santé. S'engager dans des actions qui aboutissent à la diminution du nombre de césariennes électives et spécifiquement avant 39 semaines gestationnelles. Augmenter la place qu'occupent les infirmières obstétricales et les sages-femmes dans la prise en charge de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Garantir le droit de la femme au libre choix d'un accompagnant pour toute la durée de son séjour hospitalier conformément à la Loi. Promouvoir la formation continue des professionnels de la santé dans l'objectif de changer l'actuel modèle de soins obstétrical et néonatal. S'efforcer de favoriser le contact peau à peau et d'initier l'allaitement maternel dès la salle d'accouchement, s'efforcer d'éviter les séparations mère-enfant après la naissance. Elargir la certification des maternités « Hôpital Ami des Bébés » dans les hôpitaux publics et privés. Améliorer les processus de gestion pour garantir la disponibilité des équipements et des médicaments. Promouvoir le suivi et l'évaluation périodique des résultats obstétricaux et néonataux et établir des stratégies pour améliorer la qualité de la prise en charge et des soins délivrés. Promouvoir une meilleure collaboration entre le Ministère de la Santé, l'Agence Nationale de la Santé Privée et l'Agence Nationale de Surveillance de la Santé pour améliorer les prises en charge obstétricales et néonatales dans les secteurs publics et privés en vue de garantir l'équité, l'intégralité, la qualité des soins et la sécurité du patient dans tous les secteurs de la santé. Le Conseil Fédéral de Médecine et le Conseil Fédéral en Soins Infirmiers supervisent et uniformisent la pratique professionnelle dans son rôle politique de défense de la santé de la population en s'engageant à réduire les césariennes et les interventions inutiles concernant l'accouchement et la naissance. L'Association Brésilienne de Médecine, la Fédération Brésilienne de Gynécologie et Obstétrique, la Société Brésilienne de Pédiatrie et l'Association Brésilienne des Sages-Femmes et Infirmières Obstétricales élaborent les recommandations cliniques basées sur les preuves scientifiques et assurent le perfectionnement technique et scientifique de l'exercice professionnel dans le but de normaliser les conduites professionnelles et d'assister les équipes multiprofessionnelles dans la prise de décisions en lien avec la gestion de l'accouchement et de la naissance. L'Association Brésilienne de l'Enseignement Médical et l'Association Brésilienne en Soins Infirmiers contribuent au contrôle de la qualité de l'enseignement dans les facultés. Le Conseil National de la Santé en tant que plus haute instance de délibération du SUS et la Commission Intergestionnaire Tripartite promeuvent l'inspection, la surveillance et le suivi des soins obstétricaux et néonataux. Les Conseillers Nationaux des Secrétaires d'Etat et les Secrétariats Municipaux de Santé promeuvent l'articulation et la représentation politique de la gestion étatique et municipale en vue de diffuser les informations, de défendre la

	connaissance et d'encourager le partage d'expériences et la mise en œuvre des bonnes pratiques obstétricales et néonatales.
Recommandations aux professionnels de la santé	Promouvoir une relation respectueuse entre les professionnels de la santé et la femme lui garantissant un accueil, le respect de son intimité, de son autonomie et son implication dans les décisions relatives à sa grossesse et à son accouchement. Encourager l'accouchement voie basse auprès des femmes dès le début de la grossesse, soutenir et renforcer la décision de la femme concernant cette voie et ce type d'accouchement. Eviter le recours aux technologies inutiles et utiliser les bonnes pratiques obstétricales et néonatales basées sur les preuves scientifiques pour la gestion du travail, de l'accouchement et de la naissance. Travailler sous une forme collaborative et en équipe multidisciplinaire dans la prise en charge de l'accouchement physiologique. Être critique quant aux indications de césariennes, particulièrement pour les primipares et les adolescentes. Prioriser l'utilisation des images échographiques précoces comme méthode de détermination de l'âge gestationnel d'une grossesse. Améliorer la qualité de la documentation des dossiers médicaux afin de favoriser la communication des données cliniques de la patiente entre les équipes mais aussi afin de surveiller et d'évaluer la prise en charge offerte aux patientes. Valoriser la reconnaissance des signes prédictifs des near miss maternelles et néonatales afin d'agir agilement, rapidement et efficacement pour prévenir les morts évitables. Promouvoir la naissance spontanée et éviter le recours aux interventions non recommandées par l'OMS concernant le nouveau-né. Encourager et soutenir le contact peau à peau et l'allaitement maternel exclusif dès la salle d'accouchement.
Recommandations aux universités et aux institutions de recherche	Souligner, dans la formation des professionnels de santé, les aspects physiologiques de la grossesse et de l'accouchement et l'usage approprié des technologies fondé sur les données scientifiques probantes. Renforcer l'implication des centres hospitaliers universitaires dans la formation continue des professionnels. Intégrer dans la formation des professionnels de santé le travail interdisciplinaires et en équipe et accroitre le partenariat et la collaboration. Evaluer périodiquement la structure des maternités afin de procéder au redimensionnement des ressources, des politiques et des stratégies de gestion en fonction des données recueillies. Collaborer avec les institutions des services de santé pour mener des recherches opérationnelles afin d'identifier les failles dans l'accès et la qualité du suivi prénatal, dans la prise en charge de l'accouchement et dans l'intégration du réseau d'assistance. Mener des recherches évaluatives et de comparaison des modèles de soins de l'accouchement et de la naissance dans différents contextes et dans les secteurs public et privé. Développer et évaluer les stratégies capables de modifier les déterminants de l'excès de césariennes et de prématurité au Brésil.
Recommandations à la population, aux familles et aux femmes	Inciter l'autodétermination et l'autonomie de la femme dans la conduite de son travail. Participer aux instances du SUS et à son contrôle social dans les municipalités et les services pour influencer les priorités et l'implantation des bonnes pratiques de prise en charge.

	Renforcer la diffusion des informations concernant les recommandations de bonnes pratiques obstétricales et néonatales fondées sur les données scientifiques probantes. Rechercher les informations sur vos droits lors de la naissance de votre enfant en incluant votre droit à choisir et à renoncer (donner les directives choisies pour votre accouchement). Exiger la garantie au regard de la Loi de la présence d'un accompagnant de son propre choix pour toute la durée de son séjour hospitalier (pré, per et postnatal). Favoriser la création de groupes de soutien aux femmes enceintes dans les services de santé et dans les réseaux sociaux. Eviter l'augmentation du nombre de césariennes électives, notamment avant 39 semaines gestationnelles sauf s'il y a une indication clinique. En cas de doute sur la réelle nécessité d'anticiper la naissance de l'enfant, demander un second avis pour obtenir plus d'informations sur les possibles conséquences d'une naissance en dehors du travail et avant 39 semaines gestationnelles.
Recommandations aux autres secteurs de la société	Elargir le débat sur l'accouchement et la naissance aux domaines de l'éducation, du pouvoir judiciaire, du ministère public, de l'assistance sociale et autre. Investir dans l'éducation en santé sexuelle et en santé reproductive dans les écoles. Promouvoir le respect de l'équité entre les sexes. Réduire les inégalités régionales et sociales, avec des investissements spécifiques pour les zones et populations moins favorisées. Lutter pour l'élargissement du financement du SUS. Défendre, en tant que droit de l'homme, que toutes les institutions liées à la santé y compris les biens et services soient disponibles, accessibles, acceptables, appropriés et de bonne qualité.

A travers l'étendue des recommandations que nous venons de présenter, il est assez marquant de constater que le changement souhaité du modèle de soin autour de l'accouchement et de la naissance est profond, durable et qu'il s'inscrit avec un degré d'urgence important. Initier un changement d'une telle ampleur doit effectivement s'effectuer à tous les niveaux de la société et représente un enjeu majeur pour chacun des niveaux. Au niveau des politiques, cela permettra une amélioration des indicateurs de mortalité maternelle et infantile et de la satisfaction des femmes. Au niveau de la population, cela permettra une amélioration de la qualité des soins entourant l'accouchement et la naissance. Et enfin au niveau des professionnels infirmières obstétricales, cela représente une opportunité forte de professionnalisation. Le programme phare de la mise en œuvre, dès 2011, d'une partie de ces recommandations par le Ministère de la Santé est le *« Rede Cegonha*[30] *»* que nous présentons maintenant.

[30] Réseau Cigogne (traduction personnelle).

2.3.Le programme phare de santé périnatale brésilien : le Rede Cegonha

Cette politique se développa à partir de 2011 sur tout le territoire brésilien mais, progressivement selon les critères épidémiologiques des régions en termes de densité de population et de mortalités maternelle et infantile. Entre 2011 et début avril 2012, vingt-quatre des vingt-sept Etats du pays faisaient partie du *Rede Cegonha* ce qui représentait septante-sept régions sanitaires. Cette politique de santé publique périnatale est fondée sur les principes d'humanisation des soins et est une stratégie du Ministère de la Santé créé par l'Ordonnance n°1459 du 24 juin 2011. Elle prend place au sein du SUS et représente un marqueur politique fort d'accompagnement de la santé de la femme, des nouveau-nés et de la famille qui a engagé un budget de 9.4 milliards de *reais* entre 2011 et 2014. Elle est un défi car elle renverse les relations de pouvoir et la logique organisationnelle des maternités.

Mais avant d'entrer dans le détail de sa présentation, nous souhaiterions commencer par indiquer que ce programme, à son lancement, a suscité des controverses émanant surtout des mouvements féministes mais aussi, dans une moindre mesure, du corps de la santé. En effet, dans la mesure où ce programme prend place au sein du SUS, il répond à l'un des piliers de ce système de santé qui est l'universalité. Ainsi, du point de vue anthropologique, le dilemme de la prise en considération de la singularité des femmes au sein d'une politique universaliste s'est posé. Le débat s'est d'autant plus imposé que sur les environ trois millions de naissances annuelles au Brésil, environ deux millions sont réalisées dans le SUS. Ainsi, les mouvements féministes considéraient que « *a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a chamada mulher-mala, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto*[31] » (Carneiro, 2013, p. 50). En effet, pour elles, cette politique obligeait non seulement les femmes à rentrer « dans un moule » (malgré la pluralité du Brésil « *em termos de costumes, estilos de vida e, sobretudo, composto de mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, pobres, ricas, com distintas orientações religiosas, saberes tradicionais, crenças e modos de existência*[32] » (Carneiro, 2013, p. 51)) mais remettait également en tension le débat sur l'avortement ayant fait polémique lors de la campagne présidentielle de 2010 de Dilma Roussef (née à Belo Horizonte). Car le programme du *Rede Cegonha*, dans l'objectif d'améliorer la qualité du suivi prénatal des patientes, prévoit de leur attribuer une maternité (en fonction de leur lieu d'habitation et non de leur choix) mais oblige également les institutions de soins qui effectuent

[31] La santé de la femme ainsi que sa propre personne seraient orientées vers une maternité, vers la soi-disant *valise de la femme* (qui désigne ici finalement l'ensemble du dispositif du Rede Cegonha prévu pour les femmes enceintes), laissant de côté le débat pour la liberté du choix de la maternité, et donc aussi celui de la légalisation ou décriminalisation de l'avortement (traduction personnelle).

[32] En termes de coutumes, de modes de vie et, surtout, composé de femmes urbaines, rurales, autochtones ou indigènes c'est-à-dire indiennes, noires, pauvres, riches, avec des orientations religieuses différentes, des savoirs traditionnels, des croyances et des modes d'existence (traduction personnelle).

des procédures dans le cadre d'une grossesse, à transmettre des informations dans le système de surveillance du programme d'humanisation des soins prénataux et de la naissance (SisPreNatal). Or, toutes les maternités ne proposent pas des services d'interruption de grossesse et cela pose la question de la confidentialité des données sur une thématique hautement délicate au Brésil (pays fortement religieux). En effet, l'interruption de grossesse n'y est autorisée que dans trois conditions très spécifiques prévues par la Loi (grossesse issue d'un viol, malformation fœtale de type anencéphalie ou grossesse mettent en danger la vie de la mère). Le risque de discriminer les femmes faisant le choix d'interrompre leur grossesse est donc fort au Brésil. Or, la garantie d'une procédure d'interruption de grossesse de qualité est un enjeu majeur puisque nous rappelons qu'elle est l'une des principales causes de mortalité maternelle (notamment à cause du nombre d'interruptions de grossesse clandestines).

Le programme du *Rede Cegonha* a été le fruit d'un travail collaboratif entre des gestionnaires, des professionnels de la santé, des collaborateurs du Ministère de la Santé et de ses partenaires. Ce travail a ainsi permis d'élaborer ce programme, de le rendre opérationnel, de le financer, de le suivre mais aussi de l'évaluer. En effet, ce réseau est une contractualisation entre le Ministère de la Santé, les Etats et les municipalités car la régionalisation de cette politique est fondamentale pour la répandre sur tout le territoire brésilien et assurer sa cohérence. Après renseignement des indicateurs fournis pour évaluer la qualité des maternités, il s'agissait pour les municipalités de pouvoir justifier auprès du Gouvernement Brésilien de leurs demandes de fonds pour répondre aux objectifs de ce programme, assurer sa mise en œuvre effective et être certifiées. La justification de ce programme réside dans les défaillances identifiées en termes d'accès aux soins périnataux mais aussi de leur qualité (au regard des morts maternelles et infantiles évitables). Son objectif général, reposant sur la collaboration des gestionnaires, des professionnels de la santé et de la population, vise donc à implanter un réseau de soins et à changer le paradigme des soins de l'accouchement, de la naissance et de l'enfant durant ses vingt-quatre premiers mois de vie. Pour cela il s'agit d'assurer aux femmes leurs droits à la planification des naissances, à une prise en charge humanisée de leur grossesse, de leur accouchement et de leur période postnatale. En ce qui concerne le nouveau-né, cela consiste à leur assurer le droit à une naissance sécuritaire ainsi qu'à une croissance et un développement sain. Ce nouveau modèle de soins espère pouvoir permettre aux familles de vivre l'expérience de la naissance comme une expérience sécuritaire, digne, heureuse et socialement positive. Ainsi c'est la fonction physiologique et naturel de l'accouchement qui est mise en avant dans ce programme. Autrement dit, les objectifs affichés par le *Rede Cegonha* sont :

- De favoriser la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins pour la santé des femmes et la santé des enfants en mettant l'accent sur les soins à l'accouchement, à la naissance et pour assurer la croissance et le développement des enfants jusqu'à leurs deux premières années de vie
- D'organiser le réseau de soins en santé maternelle et infantile afin qu'il puisse garantir à la population un accès, un accueil et une résolution de leur problèmes de santé
- De réduire les taux de mortalités maternelle et infantile en mettant l'accès sur la composante néonatale de la mortalité infantile

Il repose sur les principes suivants : le respect, la protection et la réalisation des droits de l'Homme ; le respect de la diversité culturelle, ethnique et raciale ; la promotion de l'équité ; la

garantie des droits sexuels et reproductifs des femmes, des hommes, des jeunes et des adolescents ; la participation et la mobilisation sociale et la compatibilité avec les activités des réseaux de soins de santé maternelle et infantile en développement dans les Etats. Il est organisé à partir des lignes directrices suivantes : la garantie de l'accueil de la patiente avec une évaluation et une classification des risques et de sa vulnérabilité ; le développement de l'accès aux soins et l'amélioration de la qualité du suivi prénatal ; la garantie de mettre en relation la femme enceinte avec un centre de référence dès le début de sa grossesse et de lui assurer un mode de transport sécuritaire ; la garantie des bonnes pratiques et de la sécurité dans les soins lors de l'accouchement et de la naissance ; la garantie de la prise en charge des enfants de 0 à 24 mois avec qualité et enfin la garantie de l'accès à des actions de planification des naissances. Ces lignes directrices sont déclinées en quatre composantes pour lesquelles des actions de santé sont indiquées.

Tableau 7 : Les composantes et les actions de santé du Rede Cegonha

Composante PRENATALE	Réalisation des soins prénataux dans des unités de santé de base[33] et ils comportent l'accueil précoce des femmes enceintes ainsi que la présentation de la prise en charge. Diagnostic des complications de la grossesse avec évaluation et classification des risques et de la vulnérabilité. Accès aux soins prénataux en temps opportun en cas de risque élevé. Réalisation des examens prénataux de routine et en cas de grossesse à risque élevé et obtention des résultats en temps opportun. Mise en relation de la femme enceinte avec l'endroit où l'accouchement aura lieu. Gestion de l'information clinique (SisPreNatal). Mise en œuvre de stratégies médiatiques et de programmes éducatifs liés à la santé sexuelle et à la santé génésique. Prévention et traitement des MST/VIH et de l'hépatite B. Soutien aux femmes enceintes lors des visites aux consultations prénatales et à l'endroit où l'accouchement sera effectué.
Composante ACCOUCHEMENT et NAISSANCE	Nombre de lits suffisants dans les unités d'obstétrique et néonatales (soins intensifs et kangourou) selon les besoins régionaux. Restructuration des maternités guidée par la Résolution du Conseil Collégial n°36/2008 de l'Agence Nationale de surveillance de la santé (bloc obstétrical, salle PPP) : ambiance favorable à l'accouchement physiologique (aménagement des salles de travail en espaces privés par exemple et non plus communs) et à

[33] Les centres de santé.

	l'hospitalisation en post-partum avec l'enfant. Pratiques de soins fondées sur les preuves scientifiques en lien avec les recommandations de l'OMS de 1996 sur les « bonnes pratiques d'accouchement et de soins à la naissance ». Garantie de la présence d'un accompagnant pendant tout le séjour hospitalier (de l'accueil jusqu'au post-partum). Accueil avec évaluation et classification des risques dans les services de soins obstétricaux et néonataux. Stimuler la mise en œuvre d'équipes de soins pluridisciplinaires dans les services de soins obstétricaux et néonataux. Stimuler la mise en œuvre du management collégial dans les maternités et autres dispositifs de cogestion traités dans le cadre de la politique nationale d'humanisation. Création de maisons de naissance (gérées par des sages-femmes) et de maisons pour les femmes enceintes et les bébés.
Composante POSTNATALE et prise en charge intégrale de la santé de l'enfant	Promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire saine. Suivi de l'accouchée et de l'enfant avec visite à domicile dans la première semaine après l'accouchement et la naissance. Recherche active d'enfants vulnérables. Mise en œuvre de stratégies médiatiques et de programmes éducatifs liés à la santé sexuelle et à la santé génésique. Prévention et traitement des MST/VIH et de l'hépatite B. Orientation et offre sur les méthodes contraceptives[34].
Composante SYSTEME LOGISTIQUE avec le transport sanitaire et sa régulation	Promotion, dans les situations d'urgence, à un accès à un transport sûr pour les femmes enceintes, les femmes en travail et les nouveau-nés à haut risque, par l'intermédiaire du SAMU Cigogne, dont les ambulances doivent être correctement équipées d'incubateurs et de ventilateurs néonataux. Mise en œuvre du modèle « *Vaga Sempre* » qui vise à élaborer et mettre en œuvre le plan pour le transport de la femme enceinte vers son lieu d'accouchement. Mise en œuvre de la réglementation des lits obstétricaux et néonataux ainsi que de celle des urgences et de la réglementation des patients externes (consultations et examens).

[34] Consultation de planification familiale environ 45 jours après l'accouchement.

Nous voyons, à partir de ce tableau, que l'une des actions portait sur l'utilisation des bonnes pratiques au moment de l'accouchement et de la naissance de l'enfant. De ce fait, la formation des professionnels joue un rôle important dans le changement du modèle de soins proposé aux familles et c'est pour cette raison que le *Rede Cegonha* soutient les formations initiale et continue des infirmières obstétricales dans tout le pays et s'emploie à la création de centres de formation. Il a ainsi pu participer à la formation de plus de mille infirmières obstétricales ces dernières années dans le pays et les associations professionnelles travaillent ardemment à l'insertion (comme professionnels autonomes de la naissance physiologique) de ces infirmières obstétricales dans tous les services du pays. Son objectif est donc aussi très clairement de pouvoir s'appuyer sur des professionnels de la périnatalité compétents. Enfin, nous comptions en 2013, cinq maisons de naissance au Brésil et l'objectif du Gouvernement, grâce au *Rede Cegonha*, était d'en financer la construction de trois-cents autres.

En synthèse de cette partie, nous pouvons identifier le fait que les recommandations de la recherche *Nascer no Brasil* et les actions à mettre en place dans le cadre du *Rede Cegonha* sont en continuité les unes des autres. Cela marque une cohérence au niveau politique entre la réalité de la naissance au Brésil et les actions entreprises pour tenter de changer cette réalité. Ce qui s'inscrit également dans cette dynamique est la volonté d'humaniser le modèle de soins lors de l'accouchement et de la naissance de l'enfant.

2.4.L'humanisation de l'accouchement et de la naissance dans le monde et au Brésil

Selon l'OMS, la conception actuelle de l'humanisation des soins repose sur une approche plus globale de la personne soignée c'est-à-dire prenant en considération toutes les dimensions de la définition de la santé : un état de bien-être physique, mental et social. Elle vise à valoriser et à rendre acteurs, les différents sujets impliqués dans les processus de productions de soins de santé (les usagers, les professionnels et les gestionnaires). Ceci en mettant l'accent sur l'autonomisation de ces sujets, sur leur co-responsabilité, sur l'établissement de liens solidaires et sur la participation collective aux processus de gestion. En effet, l'intention d'humanisation des soins repose sur tous les niveaux de la société. Les changements doivent être simultanés pour être efficaces c'est-à-dire aussi bien dans les modèles de soins (répondre aux besoins et aux demandes des citoyens) que dans les modèles de gestion (production sanitaire).

Dans le cadre de l'accouchement et de la naissance, les prémisses de ce qui sera nommé humanisation plus tard, viennent essentiellement de professionnels de la santé (des médecins gynécologues-obstétriciens pour la plupart) qui se sont questionnés sur leurs pratiques et sur leur niveau d'interventionnisme dans les processus liés à l'accouchement et à la naissance. Ces questionnements aboutirent sur le développement de nouveaux modèles de soins qui furent expérimentés dans différentes maternités. En France, par exemple, Fernand Lamaze (1891-1957) fut le premier à développer dans les années 1950, au sein de la maternité des Bluets, sa technique d'« accouchement sans douleur ». Engagé politiquement (ce qui fut source de

polémiques pour ses détracteurs), c'est au retour d'un voyage en URSS que Lamaze développa sa technique dite de préparation psychoprophylactique à l'accouchement. Sa théorie repose sur celle du réflexe conditionné de Pavlov et indique qu'avec une préparation et un entrainement (techniques de relaxation, de respiration) de la femme à son accouchement, celle-ci pourra le jour de son accouchement utiliser ces réflexes conditionnés pendant la grossesse pour se détendre et ainsi gérer la douleur de son accouchement. Il s'agit donc d'une préparation anténatale du corps et de l'esprit qui vise à la rendre actrice de son accouchement tout en étant accompagné en continu par son partenaire et un professionnel. Pour la première fois, le rôle du partenaire comme facilitateur du processus physiologique est mis en avant. Son homologue contemporain britannique Grantly Dick-Read (1890-1959) prônait, quant à lui, l'accouchement naturel et « sans peur » par le biais de techniques d'hypno-naissance. A la suite de Lamaze, d'autres obstétriciens français continuèrent à développer une approche plus naturelle de la naissance. Ce fut le cas de Frédérick Leboyer (1918-2017) qui dans les années septante développa son concept de l'accouchement et de la « naissance sans violence ». Au début, son approche était essentiellement centrée sur l'accueil du nouveau-né à savoir créer un climat d'accueil doux pour cet enfant : contact en peau-à-peau directement après sa naissance sur le ventre de sa mère, clampage tardif du cordon, environnement calme et non agressif (peu de lumière et de bruits), massage et pas de séparation de la mère et de l'enfant. Puis il étendit son approche à la préparation maternelle à la gestion de la douleur de l'accouchement en développant des techniques de gymnastique corporelle, de chant mais aussi d'accès à la conscience de l'enfantement pour que cette expérience soit humaine, heureuse et positive. Dans sa lignée, Michel Odent (né en 1930) développe dans les années huitante, une approche de l'accouchement dite « comme à la maison » ou encore « écologique ». Chef de la maternité de Pithiviers, il est notamment à l'origine des piscines d'accouchement et de la mise au sein précoce de l'enfant durant sa première heure de vie. Michel Odent insiste sur l'importance de favoriser un climat d'accouchement qui permette aux femmes de pouvoir bénéficier de la cascade hormonale qui se déclenche lors de la parturition et qui est favorable au bon déroulement de ce processus. Il apparente les conditions optimales d'un accouchement à celles d'un rapport sexuel c'est-à-dire celles qui favorisent l'intimité, la spontanéité et la liberté. Il exprime le fait qu'il est important pour la femme de « renouer » avec ses instincts primitifs de mammifère en faisant appel à son cerveau reptilien. Dans cette logique d'approche, nous comprenons parfaitement, comment pour Michel Odent, les cultures sont extrêmement réductionnistes dans l'optimisation des processus les plus primitifs de l'accouchement. C'est justement la promotion de cette recherche de l'animalité perdue des femmes qui lui a valu des critiques par ses contemporains. En effet, Sheila Kitzinger (1929-2015) anthropologue et militante féministe britannique insistait, elle, sur le rôle de la femme dans son propre accouchement en tant qu'actrice et individu capable de faire ses propres choix. Elle défendit notamment l'accouchement à domicile pour les grossesses à bas risque et la promotion de l'allaitement maternel. Elle inscrivait donc la naissance comme phénomène culturel, biologique et psychologique empreint de nombreux rituels.

Ce sont donc ces différents mouvements qui, petit à petit, firent apparaitre le terme d'humanisation de l'accouchement et de la naissance. Au Brésil, ce concept commença à

apparaitre dans les années huitante[35] et prit de l'ampleur au regard de la littérature scientifique sur les différents modèles de soins dans le champ de la périnatalité et la mise au jour de cas de violences obstétricales envers les femmes dans les institutions de soins. En ce qui concerne la littérature scientifique sur les différents modèles de soins dans le champ de la périnatalité, ce sont les travaux de l'anthropologue américaine Robbie Davis-Floyd en 1998 qui permettent de considérer les différentes approches et possibilités-opportunités de faire évoluer les pratiques. Ainsi elle décrit trois modèles comprenant chacun douze caractéristiques (Annexe 8).

Le modèle technocratique, majoritairement présent dans le monde occidental, se caractérise par : la focalisation de l'attention du professionnel sur le corps du patient qui est séparé de son esprit et perçu comme une machine, un objet dysfonctionnant qu'il faut réparer ; l'aliénation du patient au professionnel ; l'organisation et la standardisation des soins de façon hiérarchique dans laquelle le patient n'a pas de pouvoir décisionnel ; l'utilisation acritique des nouvelles technologies ; l'intégration d'un grand nombre d'interventions dites agressives ; un système de soins axé sur le profit et intolérant aux autres modalités. Concrètement, dans le domaine de la périnatalité au Brésil, cela se manifeste notamment comme nous l'avons vu par un fort taux de césariennes et le recours à des interventions de routine comme la pratique de l'épisiotomie ou encore l'utilisation d'ocytocine de synthèse. En synthèse, il s'agit d'un modèle de soins très technique et hiérarchisé qui ne repose pas toujours sur les recommandations de bonnes pratiques. Par ailleurs, la relation à l'autre se caractérise par une relation soignant-soigné qui peut s'apparenter à un modèle autoritaire pouvant inclure des formes de traitements discriminatoires, déshumanisées et dégradantes.

Le modèle humaniste ou aussi appelé biopsychosocial, se caractérise par : la connexion du corps et de l'esprit du patient qui implique que le corps n'est perçu que comme un organisme et que la relation s'effectue avec la personne dans sa globalité ; la connexion entre le professionnel de la santé et le patient qui permet de faire participer le patient au processus décisionnel qui le concerne ; l'équilibre entre les besoins de l'individu et de l'institution de soins ; l'équilibre entre l'utilisation des technologies et les relations humaines ; un focus sur la prévention plutôt que sur la guérison ; un système de soins axé sur la compassion et l'ouverture d'esprit aux autres modalités. Concrètement, dans le domaine de la périnatalité au Brésil, ce modèle est celui qui va privilégier le bien-être et le respect de l'individualité de la femme et de son bébé, cherchant à être le moins invasif possible et considérant à la fois les processus physiologiques, psychologiques et le contexte socio-culturel de la femme. Il s'inscrit donc dans une dimension de prise en charge bio-psycho-sociale et spirituelle encourageant l'autonomie de la femme. Il cherche à faire un usage approprié des technologies et se caractérise par l'accompagnement en continu de la patiente lors du processus de parturition. Dans cette conception, en plus de l'hôpital, l'accouchement peut alors aussi s'envisager dans d'autres

[35] Nous précisons que l'OMS, en 1985, divulgue des recommandations pour le processus d'humanisation de la maternité.

structures comme dans des maisons de naissance ou encore comme dans des services ambulatoires. La présence d'un accompagnant est encouragée et la patiente peut choisir la position la plus confortable pour elle durant son travail et son accouchement. Dans ce modèle, au regard des champs de compétences des différents acteurs de la périnatalité, il semblerait que le professionnel de prédilection pour accompagner tout ce processus soit la sage-femme. Elle est alors responsable de l'accompagnement du travail de la patiente mais aussi du dépistage précoce des anomalies qui impliquent alors une bascule de responsabilité vers le corps médical et vers des unités adaptées à la prise en charge de ces complications. De plus, dans ce modèle, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des évènements physiologiques et sociaux qui intègrent également la vie sexuelle et reproductive des hommes et des femmes. C'est-à-dire qu'il s'agit d'un processus singulier, d'une expérience spéciale dans l'univers de la femme et de son partenaire et qui implique également les familles et les communautés. Les professionnels de la santé sont là pour soutenir cette expérience et ont ainsi la possibilité de mettre leurs connaissances et compétences au service du bien-être des femmes et de leurs familles.

Le modèle holistique, se caractérise par : une unité du corps, de l'esprit et de l'intelligence qui permet d'envisager le corps comme un système d'énergies en synergie avec tous les autres systèmes énergétiques ; la prise en charge de la personne s'effectue dans l'ensemble de son contexte de vie ce qui induit l'unité du praticien avec la personne ; le réseautage permet l'individualisation des soins dans laquelle c'est justement l'individu qui est responsable de ses choix et qui fait autorité ; les technologies sont au service de l'individu ; l'accent est mis sur la création et le maintien de la santé et du bien-être au long terme ; la guérison est un objectif qui peut être atteint par de multiples modalités. Ce modèle, plus difficile d'accès du point de vue conceptuel, l'est également dans les usages actuels.

Nous avions précisé précédemment que le mouvement d'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil faisait également suite à des cas de violences obstétricales dites *« violência no parto*[36] *»* (Carneiro, 2013, p. 51) décrits dans les institutions de soins. En effet, nous comprenons comment, par exemple, un modèle de soins basé sur le modèle technocratique que nous venons de décrire peut engendrer des situations de soins perçues comme des violences par les femmes. Concrètement, ces situations pouvaient être de différentes natures. Cela pouvait aussi bien être physique que psychique. En voici quelques exemples : « *exames de toques dolorosos, negativa para o alívio da dor, não-explicação dos procedimentos realizados, negativa de atendimento, gritos do profissional ao atendê-las, e até xingamentos ou humilhações vividas no momento do parto*[37] » (Carneiro, 2013, p. 51). C'est

[36] Violence dans l'accouchement (traduction personnelle).

[37] Touchers vaginaux douloureux, réponse négative (de la part des professionnels) pour le soulagement de la douleur, pas d'explication des procédures réalisées, déni de soins, cris des professionnels quand ils répondent à la demande de soins, allant même jusqu'à des insultes ou des humiliations vécues au moment de l'accouchement (traduction personnelle).

pourquoi en 1993 naquit le « *Rede de Humanização do Parto e do Nascimento*[38] » (ReHuNa) qui critiquait déjà le modèle technocratico-hospitalier de l'accouchement. En effet, selon les recommandations de l'OMS de 2018 que nous verrons ultérieurement, il faut avoir une raison valide pour interférer dans le processus naturel de l'accouchement. Contrairement à cela et comme nous l'avons vu au Brésil, l'accouchement n'est pas considéré comme un évènement physiologique et l'usage en routine de pratiques visant notamment à accélérer le travail, indépendamment du niveau de risque de la grossesse, est le modèle de prise en charge dominant de l'accouchement dans les hôpitaux. Le modèle hégémonique alors en vigueur pour l'accouchement au Brésil reste celui d'un modèle médico-technique. Les violences obstétricales ont donc principalement été l'expression de négligences dans la prise en charge des patientes, de discrimination sociale et de cas de violences verbales, physiques et psychiques. Elles ont également appuyé l'utilisation inappropriée de technologies et la réalisation de gestes sans avoir informé les femmes ni même obtenu leur consentement pour leur réalisation. Des gestes qui peuvent aller à l'encontre même du respect des droits individuels de la femme.

Le concept d'humanisation de l'accouchement et de la naissance, en se fondant sur le modèle de soins « humaniste » décrit par Davis-Floyd, permet donc davantage de garantir le respect des droits des femmes et des processus physiologiques liés à l'accouchement. En effet, la santé y est envisagée comme un phénomène multidimensionnel qui inclut des aspects physiques mais également psychiques, spirituels et émotionnels importants. L'humanisation de l'accouchement et de la naissance implique de la part des professionnels un ensemble de connaissances, de pratiques et d'attitudes qui visent la promotion de l'accouchement physiologique et celle de la naissance sans violence. Par voie de conséquence, elle devrait également participer à la prévention de la morbi-mortalité maternelle et infantile. Cette prise en charge débute dès le diagnostic de la grossesse et apporte la garantie aux citoyens que les professionnels réalisent des soins conformes aux données scientifiques du moment, évitent de réaliser des procédures inutiles, préservent l'intimité des sujets et encouragent leur autonomie. Pour que le modèle de soins change, il faut que les prises de conscience et les analyses s'effectuent à tous les niveaux dans une approche systémique. En ce qui concerne les professionnels de la santé, ce changement d'attitude implique de devoir discuter des pratiques professionnelles actuellement en vigueur et de consciemment vouloir prendre part à ce changement. En effet, l'humanisation des soins repose sur le bien-être des patients mais aussi sur celui des travailleurs ; sur le travail en équipes pluriprofessionnelles favorisant la transversalité et la mutualisation d'expériences collectives significatives ; sur le soutien à la construction de réseaux coopératifs, solidaires et engagés ; sur le renforcement du contrôle social du système de soins par ses usagers (avec un caractère participatif à toutes les instances gestionnaires) et enfin sur l'engagement à la démocratisation des relations de travail et sur la

[38] Réseau d'humanisation de l'accouchement et de la naissance (traduction personnelle).

valorisation des professionnels de la santé en stimulant leur formation continue. Passer par une analyse contextuelle des systèmes culturels dans lesquels les soins s'insèrent permet de mieux connaitre leur fonctionnement puis d'identifier les freins et les leviers au changement.

En conclusion, avec l'objectif de dispenser des soins professionnels, de qualité, sécures et offrant du plaisir aux femmes mais aussi aux autres acteurs comme les gestionnaires et les professionnels de la santé, nous pouvons avancer que l'humanisation des soins en obstétrique reposent sur :

- Le respect des droits humains et de ceux de la femme : respect des questions de genre, d'ethnie, de race, d'orientation sexuelle ; respect des populations spécifiques ; respect de l'autonomie des femmes
- Les recommandations de bonnes pratiques
- Le travail en équipes pluridisciplinaires respectant l'autonomie et le savoir-faire de l'ensemble des disciplines
- L'implication des institutions de soins et des politiques

3. Le contexte local de la naissance à Belo Horizonte (Etat du Minas Gerais)

3.1. Bref historique de l'Etat du Minas Gerais et de la ville de Belo Horizonte

La ville de Belo Horizonte (BH) est la capitale de l'Etat minier appelé « Minas Gerais » qui se situe dans la région montagneuse du sud-est du pays. Cet Etat a été constitué par la vague migratoire des « hommes pauvres du bourg déshérité de São Paulo » (Bastide, 1999, p. 140) qui se sont enfoncés dans les terres du pays à la recherche de la « mystérieuse ville d'or dont leur parlaient les Indiens » (Bastide, 1999, p. 140). Ce sont donc eux (essentiellement des Africains) qui découvrirent les premiers les sables aurifères de l'Etat et qui furent à l'origine d'un nouveau cycle économique pour le Brésil (après celui de la canne à sucre et avant celui du café) qui s'objectiva essentiellement au XVIII^{ème} siècle. En effet, même si la première découverte de l'or datait de 1694, c'est en 1720 que les terres de l'or formèrent cette nouvelle province, dite des « Mines Générales » en se séparant de la province de São Paulo. S'en suivit d'autres découvertes de pierres précieuses (comme les diamants en 1729) et semi-précieuses dans tout l'Etat. La production de l'or commença cependant à décliner dès le début du XIX^{ème} siècle et c'est une nouvelle exploitation importante qui marqua alors le développement de l'Etat : celle du fer et des minerais dont le sol des montagnes regorgeait en tous genres. Aujourd'hui, l'Etat du Minas Gerais compte environ vingt et un millions d'habitants.

Belo Horizonte, quant à elle, fut l'une de ces capitales complètement artificielles, construites à partir de zéro pour des raisons politiques au moment du nouvel essor de l'Etat grâce au fer. Elle fut inaugurée en décembre 1897 (après trois années de construction) et remplaça ainsi la capitale de l'Etat qui était alors *Ouro Preto* (Or Noir en langue originale), trop difficile d'accès. Belo Horizonte se trouve donc au centre géographique et démographique de l'Etat et fut construite sur le modèle de la ville de Washington. Ses deux grands créateurs furent

l'architecte Oscar Niemeyer et le peintre Portinari. Elle connut une croissance rapide faisant d'elle aujourd'hui la 3ème ville du pays (après São Paulo et Rio de Janeiro) par l'importance de sa population. En effet, le centre de la ville compte actuellement deux millions et demi d'habitants et six millions avec son agglomération.

3.2.Le contexte de la naissance dans l'Etat du Minas Gerais et la ville de Belo Horizonte

Le paradoxe périnatal brésilien au niveau national à savoir : des taux de mortalités maternelle et infantile encore élevés et une médicalisation[39] importante de l'accouchement, se retrouvent également aux échelles de l'Etat du Minas Gerais (taux de césarienne de 58% en 2014) et de la ville de Belo Horizonte. En témoigne les différentes politiques de santé publique mises en place pour la famille (exemple du Programme de l'Etat du Minas Gerais : Mères du Minas « *Mães de Minas* »). En effet, nous rappelons que dans l'esprit de décentralisation politique du SUS, celui-ci cherche à répondre au plus près aux problématiques des populations. De ce fait, ce sont les municipalités qui sont responsables de la mise en œuvre des soins de santé primaires (à la base de tout le système de santé brésilien) grâce au déploiement des Equipes de Santé de la Famille (ESF) qui quadrillent ainsi le territoire dans les centres de santé (1er niveau de soins). Chaque ESF est censée prendre en charge environ 3 500 personnes et est constituée d'un médecin, d'une infirmière, d'une ou deux aides-soignantes et de quatre à six agents communautaires de santé. La ville de BH en compte 544 ce qui représente une couverture d'environ 80% de la population du centre-ville et réparties dans neuf districts sanitaires et 147 centres de santé (on trouve en moyenne quatre ESF dans chaque centre de santé et un policier municipal). Un centre de santé couvre environ 20 000 habitants et accueille chaque jour de 07H00 à 19H00 entre 300 et 400 patients (sur rendez-vous ou en urgence) pour des soins de médecine générale, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et des soins dentaires. Ainsi les missions des centres de santé, véritables portes d'entrée du système de soins, sont : d'assurer les urgences ; de dispenser des médicaments gratuitement comme la pilule contraceptive par exemple (rôle dans la planification familiale) ; d'assurer l'éducation thérapeutique du patient (diabète et maladies cardio-vasculaires par exemple) ; d'assurer la vaccination infantile (qui permet aux parents de toucher la Bourse Famille et qui a ainsi permis de réaliser d'énormes progrès dans l'amélioration de la mortalité infantile) ; d'assurer les soins de puériculture jusqu'aux cinq ans de l'enfant (en période néonatale ces centres assurent le dépistage néonatale au 3ème jour de vie[40] ainsi que le dépistage auditif[41] des nouveau-nés

[39] Par médicalisation, nous entendons comme l'indique Miles (1991) le processus de transformation des aspects de la vie quotidienne en objets de la médecine, afin d'assurer le respect des normes sociales.
[40] Dépistage sanguin systématique des maladies suivantes : drépanocytose, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie congénitale, phénylcétonurie et mucoviscidose.
[41] Dépistage néonatal de la surdité.

puisque les séjours à la maternité sont d'environ vingt-quatre à quarante-huit heures) ; d'effectuer des missions de prévention en matière de cancers (sein, col de l'utérus) et enfin d'assurer des missions d'assistance sociale. En plus des personnes composant l'ESF nous pouvons donc également trouver dans les centres de santé d'autres professionnels comme des assistantes sociales, des psychologues, des psychiatres, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes etc. qui se réunissent hebdomadairement pour un staff. Des visites à domicile peuvent aussi être organisées. En cas de nécessité de transfert du patient vers un centre spécialisé (2ème niveau de soins) ou un hôpital général ou spécialisé (3ème et 4ème niveaux de soins), le centre de santé peut faire appel au SAMU (exportation du principe français mis en place au Brésil en 2003). Ainsi, BH compte également trente-quatre hôpitaux et cinq centres spécialisés. Les centres spécialisés sont aussi sous l'autorité de la municipalité et sont des unités qui vont assurer l'accueil d'urgences moyennes nécessitant une observation prolongée qui peut se transformer en hospitalisation (durée variable, parfois jusqu'à cinq jours). Un centre spécialisé peut avoir jusqu'à environ septante lits d'observation et peut réaliser jusqu'à dix hospitalisations par jour. Le nombre de médecins y est donc entre huit le jour et cinq la nuit. Plus spécifiquement à notre domaine, BH compte quinze maternités dont sept appartiennent au SUS. En ce qui concerne ses taux de mortalité maternelle et infantile, BH présentait un taux de mortalité infantile en 2015 de 10.07[42] pour 1 000 naissances vivantes (11.44 pour l'Etat du Minas Gerais) et un taux de mortalité maternelle en 2012 de 62.5 pour 100 000 naissances vivantes (dont la moitié a été enregistré dans le secteur privé). Il y a environ 35 000 naissances chaque année à BH.

En lien avec le taux de mortalité infantile de la ville, une équipe de chercheurs a mené, en 1999, une étude sur la relation entre les morts périnatales et les prises en charge des patientes et des nouveau-nés dans les maternités du SUS de la ville de BH. Cette équipe de chercheurs était composée d'un membre du secrétariat municipal de la santé de BH, de trois membres de la Faculté de Médecine de l'UFMG, d'un membre de l'Institut de Sciences Exactes de l'UFMG et d'un membre de l'Ecole Nationale de Santé Publique Sergio Arouca de Rio de Janeiro. La thématique de la recherche a été déterminée au regard de deux constats. Le premier constat était celui que la majorité des morts périnatales se concentrait dans les premières heures de vie de l'enfant et le second constat était celui que la majorité des morts fœtales se produisait en fin de grossesse ou durant le travail. La relation étroite entre cette mortalité infantile et les prises en charge maternelles et néonatales dans les maternités était assez aisée à mettre en évidence puisqu'au Brésil 98% des accouchements s'effectuent dans des structures hospitalières et par des médecins à hauteur de 85%. Cette étude avait donc pour objectif d'évaluer la qualité des prestations de soins obstétricales et néonatales des maternités du SUS de la ville de BH tout en identifiant les causes de morts périnatales évitables. Elle a concerné quinze maternités de la ville et portait sur l'analyse de 118 cas de décès périnataux et 492 cas contrôles répertoriés entre

[42] Selon l'IBGE : *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*.

janvier et septembre 1999. Grâce à des analyses univariées et à trois tests de régression logistique, l'équipe de chercheurs a ainsi pu mettre en évidence les causes ou facteurs de risques suivants dans la survenue des morts périnatales (et le lien ou non avec des prises en charge hospitalières inadéquates) : le sexe masculin de l'enfant, la prématurité, le faible poids de naissance de l'enfant c'est-à-dire inférieur à 2 500 grammes, l'asphyxie per partum modérée ou sévère, le non accès rapide aux structures hospitalières, l'absence de suivi en période prénatale, la présence de pathologies gravidiques maternelles, la présence de pathologies néonatales et de malformations congénitales, la non utilisation du partogramme pour la surveillance du travail, moins d'une évaluation fœtale par heure durant le travail et les maternités de type 1. De ces conclusions sont nées des actions dont le but était d'améliorer les prises en charge maternelle et néonatale et les pratiques des professionnels (en les fondant sur l'*Evidence Based Practice*).

Nous pouvons citer les actions suivantes :

- La fermeture de 9 maternités à BH entre 2000 et 2007 et la restructuration d'autres maternités ayant fait partie de l'étude
- L'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation pour les nouveau-nés à haut risque
- L'amélioration de la formation des professionnels de la périnatalité
- L'amélioration de l'accès rapide aux hôpitaux pour les patientes en travail (création du SAMU en 2003 au Brésil)
- L'amélioration à l'accès et à la qualité du suivi prénatal afin de dépister les pathologies de la grossesse (maternelles et/ou fœtales). Ceci permet alors de classer la grossesse en « risque habituel » ou en « haut risque » et donc d'orienter au mieux les familles dans le réseau de soins, vers les maternités adéquates et d'adapter les prises en charge pré, per et postnatales
- L'amélioration de la surveillance du travail en augmentant la fréquence de surveillance de la mère mais surtout celle du fœtus et en ayant recours à l'utilisation du partogramme comme outil de surveillance de l'évolution du travail et donc de diagnostic

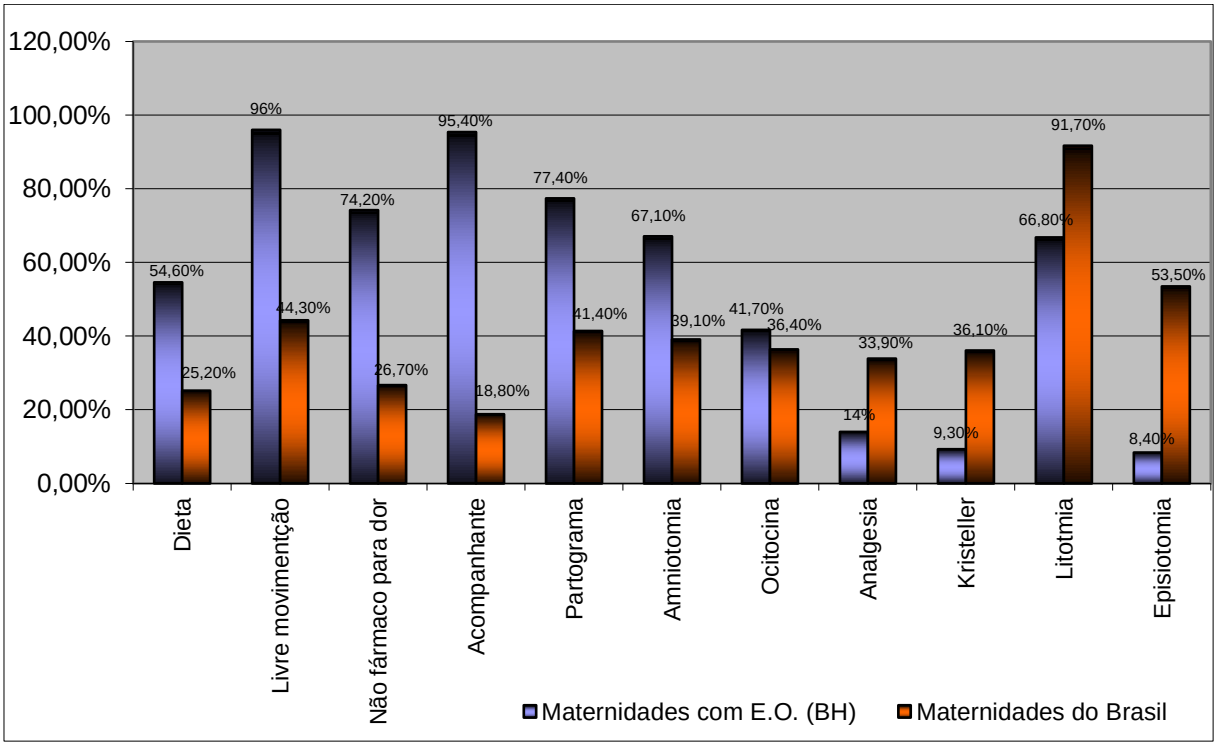
Nous précisons d'ailleurs qu'après cette étude, le taux de mortalité périnatale par asphyxie per partum est passé de 4.2 pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à 1.3 en 2007. Malgré tout, elle représente 25% des morts périnatales évitables.

La mortalité maternelle à BH est quant à elle composée de 95% de morts maternelles évitables quand ces causes sont d'origine obstétricales. Parmi les causes retrouvées, nous pouvons citer : les complications d'un avortement, les hémorragies du post-partum, les complications de l'hypertension artérielle maternelle à type d'éclampsie, les infections puerpérales et les accidents thromboemboliques. Nous retrouvons également des risques socio-démographiques associés comme les femmes célibataires, ayant effectué moins de huit années d'étude, ayant plus de 35 ans ou moins de 20 ans.

Aujourd'hui à BH, les maternités du SUS sont au nombre de sept et elles emploient toutes des infirmières obstétricales mais avec des niveaux d'autonomie différents. En termes de pratiques obstétricales, voici leur fréquence durant le travail et l'accouchement dans ces

maternités, comparées à celles dans les maternités brésiliennes (Sousa et al., 2016 ; Leal et al., 2014)[43] :

Figure 1 : Fréquence des pratiques obstétricales dans les maternités de BH en comparaison des maternités brésiliennes (Sousa et al., 2016 ; Leal et al., 2014)



Ces pratiques reflètent la mise en œuvre des volontés politiques d'humanisation des soins et de réduction de la médicalisation de l'accouchement que nous verrons à l'échelle locale juste ci-dessous avec le mouvement « *Belo Pelo Parto Normal* ». Les maternités au Brésil, tout comme en France, sont classées en 3 niveaux en fonction de leurs équipements de prise en charge néonatale. Les maternités de type 1 (souvent des petites structures) ne sont pas équipées d'unités néonatales de soins. Les maternités de type 2 sont équipées d'unités néonatales de soins intermédiaires ou semi-intensifs et les maternités de type 3 (souvent les centres universitaires) sont équipées d'unités néonatales de soins intensifs. Par conséquent, en fonction de l'identification de la grossesse à « haut risque » ou non qui est faite durant la période prénatale, les femmes seront orientées vers les maternités appropriées à leur situation mais également en fonction de leur lieu d'habitation (Annexe 9). En effet, à chaque centre de santé correspond une maternité de référence et si le jour de l'accouchement cette maternité affiche un taux

[43] Sur l'axe horizontal de ce graphique, il faut lire :
- Movimentação à la place de Movimentção
- Litotomia à la place de Litotmia

d'occupation complet, la patiente est normalement redirigée vers une autre maternité par une « centrale des lits » au niveau de la ville.

Le secrétariat municipal de la santé de la ville de BH tient en son siège une commission périnatale qui se réunit mensuellement depuis 1999 et qui assure un rôle dans la santé de la femme et de l'enfant, dans la régulation du système de santé périnatale (épidémiologie, information, contrôle et évaluation des secteurs ambulatoires et hospitaliers, réalisation d'audits) et de vigilance sanitaire. Ses missions, fondées sur les principes généraux du SUS, sont notamment : d'assurer la responsabilité des rencontres interinstitutionnelles en assurant la participation de la société civile à ces rencontres, de promouvoir la santé et la qualité de vie des mères et des enfants, d'être le garant du droit à une prise en charge digne et de réduire la mortalité maternelle, infantile et périnatale. Parmi les moyens dont dispose cette commission pour organiser ses missions nous trouvons différents groupes de travail et forums comme : un groupe de travail sur le monitorage des indicateurs de qualité des soins, un groupe de travail sur l'humanisation des soins et les doulas[44], un groupe de travail sur le contrôle social, un forum trimestriel de néonatalogie et un forum d'obstétrique trimestriel également. Enfin, la commission possède également deux Comités de Prévention des Mortalités maternelle (créé en 1998), fœtale et infantile (créé en 2002). En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des soins dans les maternités[45], nous rappelons qu'il s'agissait d'une politique nationale de 2009 mais que la ville de BH s'était déjà appliquée à effectuer ces supervisions hospitalières depuis 1999 en effectuant des entretiens avec des patientes ainsi que des observations dans les lieux de pratique sur la base de quinze indicateurs. Nous notons que, parmi ces indicateurs, figurait la présence ou non d'infirmières obstétricales dans les maternités. De 1997 à 2012, la municipalité n'a eu de cesse de développer une politique globale périnatale visant à mettre en place un modèle humaniste d'accompagnement de l'accouchement et de la naissance basé sur les meilleures preuves scientifiques et les meilleures directives. Cette politique trouve alors son apogée en 2007 avec la création du mouvement « *Belo Pelo Parto Normal* » (Annexe 10). Ce mouvement vise à soutenir l'accouchement normal auprès de la population. En effet, les taux élevés et croissants de césariennes à BH (41.7 % en 1999, 47.3 % en 2009 et 52.7% en 2012) méritent une attention particulière. Dans les hôpitaux privés, les taux de césarienne atteignent des niveaux très élevés (70 à 80%). Ces chiffres démontrent donc également le paradoxe périnatal brésilien à l'échelle de la ville de BH. En effet, même si ces chiffres se sont légèrement améliorés ces dernières années, il n'en reste pas moins que l'utilisation excessive de la technologie est toujours importante dans le cadre d'un événement le plus souvent, physiologique. En 2015, le taux de césarienne à BH est de 47.9%. Celui des sept maternités publiques est de 29.3% et va de 23% à l'HRTN à 36% à l'HC. Le taux de césarienne dans les

[44] Les doulas sont des femmes volontaires qui prennent soin et qui aident d'autres femmes quand celles-ci accouchent.

[45] Nous précisons que la commission périnatale de la municipalité de BH publie les indicateurs de qualité des maternités publiques de la ville mais nous avons fait le choix de ne pas les présenter afin de ne pas densifier la lecture de notre travail.

huit maternités privées est de 69.9% et va de 54% à l'IPSEMG à 84% à Semper (Annexe 11). En ce sens, le Pacte national du Ministère de la Santé, qui recommande à 25% le taux de césarienne pour les municipalités, devient également un objectif pour BH. Compte tenu du niveau de complexité de cet objectif, il est nécessaire que les efforts pour l'atteindre soient conjoints et impliquent les acteurs à tous les niveaux : participation active des gestionnaires, des entités scientifiques et professionnelles, des établissements de santé, des établissements de formation, et de la population. Un exemple de ceci est l'exposition *« Sentidos do Nascer*[46] *»* créée à Belo Horizonte, que nous présentons à présent.

3.3.L'exposition « Sentidos do Nascer »

L'exposition *Sentidos do Nascer* est un projet qui a été lancé par le Ministère de la Santé Brésilien, notamment après les résultats de l'enquête *Nascer no Brasil* et la XV^{ème} Conférence Nationale sur la Santé à Brasilia en 2015. Ce projet a également été lancé en partenariat avec la ville de Belo Horizonte et l'UFMG. Concernant son financement, l'exposition a été financée par le CNPq (*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*), le Ministère de la Santé Brésilien et la Fondation Bill et Melinda Gates. Cette exposition combine à la fois l'art, la science et la technologie (elle est ludique et sensorielle) et sa coordination est assurée par une équipe multidisciplinaire dans les champs de la santé mais aussi de l'éducation. En plus d'être une exposition, *Sentidos do Nascer* est également une recherche. En effet, elle utilise des méthodes de recherche-action (focus groupes) pour promouvoir les transformations des représentations sociales sur l'accouchement et la naissance au Brésil mais aussi pour analyser les répercussions de l'exposition dans la perception des visiteurs. Et les premiers résultats de l'étude montrent que 67.5% des visiteurs ont beaucoup ou totalement changé d'opinion sur l'accouchement normal (y compris des femmes enceintes) et 60.1% sur la césarienne. La cause de cette exposition comme l'indique ses créateurs est donc « plus que sociale. C'est une incitation à un changement culturel pour assurer le bien-être et les droits des femmes et des enfants au moment de l'accouchement et de la naissance ». Cette exposition, depuis son début en 2015, est un véritable succès dans tout le pays (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia et Brasília) avec près de 37 000 visiteurs. En 2020, elle se tenait de nouveau à Belo Horizonte. La durée et l'itinérance géographique de cette exposition témoigne donc véritablement de son intention d'inciter à un changement culturel à l'échelle du pays tout entier. Enfin, cette exposition est reconnue au niveau national puisqu'elle a reçu en 2015 l'InovaSUS (récompense de projets dans le domaine de la santé).

En termes d'objectif général, cette exposition a pour but de contribuer au changement de perception de la naissance au Brésil en encourageant la valorisation de l'accouchement

[46] Sens de la Naissance, traduction personnelle. Ceci est un jeu de mot puisque le mot « sens » peut, à la fois, indiquer les sens au sens des raisons explicatives mais aussi des sens humains (odorat, touché etc.).

normal et la diminution du césariennes inutiles c'est-à-dire sans indication médicale. Cette exposition vise surtout la population générale puisque la logique de sa construction encourage à élargir le débat sur les questions autour de la naissance notamment en ce qui concerne la médicalisation de l'accouchement et le rôle de la femme comme actrice de son accouchement. Pour cela, il s'agit de démystifier les perceptions de la population brésilienne entourant la naissance en les informant d'un autre modèle de soins possible que celui de l'hyper-médicalisation de l'accouchement. Il s'agit donc de la mission d'éducation de la population proposée par les résultats de l'étude *Nascer no Brasil*. Mais cette exposition fait également appel aux preuves scientifiques sur la naissance afin de remettre en question les pratiques professionnelles actuelles dites inappropriées et entrant dans le cadre des « violences obstétricales ». C'est d'ailleurs au Brésil, lors de notre séjour de recherche en 2016, que nous avions entendu ce terme de « violences obstétricales » pour la première fois. Puis nous n'avons cessé de le rencontrer, dès lors, dans les différents pays où nous sommes allée exercer à savoir la France et la Suisse. Cette exposition vise également un public de professionnels de la périnatalité. La conception de cette exposition permet de balayer les périodes allant de la grossesse jusqu'à la naissance en associant différentes méthodes didactiques :

- Des panneaux d'affichage simples (Annexe 12)
- Des vidéos sous forme de débats de société sur les questions vives entourant la naissance (controverses)
- Un logiciel de reconstruction permettant aux visiteurs de s'imaginer enceinte (même les hommes)
- Une reconstitution à l'échelle humaine du parcours que doit emprunter le fœtus pour naitre. Le visiteur marche donc dans cette reconstitution
- Mais aussi des cycles de conférences avec des invités prestigieux reconnus internationalement dans le champ de la périnatalité comme Isabelle Brabant (sage-femme québécoise)

En 2016, lors de notre séjour de recherche au Brésil, nous avons eu l'occasion de pouvoir visiter cette exposition à Belo Horizonte. Elle se situait dans un parc sur les hauteurs de la ville, le « *Parque das Mangabeiras* ». Lors de cette visite, nous avions assisté à la rencontre d'Isabelle Brabant et des dix-huit étudiants du *CEEO II* qui avaient débuté leur formation le mois précédent. Durant le tour de table des présentations, les étudiants ont tous quasi unanimement exprimé leur volonté de participer au changement du modèle de soins proposé aux femmes pour la naissance de leur enfant.

A l'issue de cette partie sur la contextualisation de la naissance au Brésil, nous avons pu mettre en évidence ce que Diniz (2009) nomme le « paradoxe périnatal brésilien ». Paradoxe que nous retrouvons également à l'échelle locale de Belo Horizonte. Ces éléments de contexte nous ont également permis de présenter les stratégies mises en œuvre par le Gouvernement Fédéral Brésilien pour tenter d'« enrayer » ce paradoxe périnatal. Il s'agit alors d'opérer à tous les niveaux de la société brésilienne un véritable changement paradigmatique du modèle de soins de l'accouchement et de la naissance. Les enjeux sont donc à la fois d'ordre politiques, économiques, sanitaires, sociaux, éthiques, culturels mais aussi scientifiques et professionnels. En effet, l'une des stratégies du Gouvernement Fédéral est d'insérer davantage les infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité en assurant leur formation initiale et continue.

4. De la naissance de notre problématique, aux hypothèses et la construction de la méthodologie

La structuration de notre travail s'est opérée au travers des missions professionnelles, des échanges avec nos pairs, des lectures et des entretiens exploratoires et ceci nous a permis de déterminer notre sujet de recherche à savoir : **la maïeutique au Brésil dans ses dimensions professionnelles et de formation avec une approche interculturelle**. L'analyse contextuelle approfondie de la naissance au Brésil a permis de confirmer que des enjeux de professionnalisation étaient bien présents pour les infirmières obstétricales. Notre orientation première d'effectuer une approche comparée des formations universitaires en maïeutique en France et au Brésil[47] a donc progressivement cédé sa place à une orientation plus micro de type monographique et ethnographique. De plus, centrer notre objet d'étude uniquement sur le Brésil fut également pour nous une opportunité de distanciation par rapport à celui-ci et nous y avons trouvé plusieurs avantages. Tout d'abord, celui d'adopter plus sereinement notre posture de chercheure. Ensuite, celui de nous permettre d'avoir un questionnement plus vaste, plus ouvert et plus libre.

Arrivée au stade où nous avions identifié, précisé et délimité notre sujet de recherche ainsi que les enjeux qui l'entouraient, **l'enjeu de professionnalisation** des infirmières obstétricales était celui qui venait le plus souvent faire intuitivement sens dans notre démarche intellectuelle de compréhension de la maïeutique au Brésil. En effet, quand Wittorski indique que « la professionnalisation est donc non seulement une intention sociale (côté organisation) finalisée par la quête d'une évolution des personnes au travail mais aussi un jeu identitaire ou une transaction entre une "mise en reconnaissance de soi" (côté individu, au travers des actes produits) et une reconnaissance effective par l'environnement (attribuant ainsi les "qualités" de compétent et de professionnel à un sujet) » (2007, p. 147), nous pensons que c'est de ceci dont il est question pour les infirmières obstétricales au Brésil. En effet, si nous repositionnons les éléments de cette définition dans notre contexte d'étude nous retrouvons :

- L'intention sociale côté organisation : elle est portée par le Gouvernement Fédéral brésilien mais également par les instances internationales comme l'OMS
- La quête d'une évolution des personnes au travail : nous pensions, grâce à nos observations lors de nos missions professionnelles et notre premier entretien exploratoire, qu'il se jouait ceci mais nous devions le confirmer
- Un jeu identitaire ou une transaction entre une « mise en reconnaissance de soi » et une reconnaissance effective par l'environnement : encore une fois, comme ci-dessus, nous pensions qu'il se jouait ceci mais nous devions le confirmer

[47] C'est dans cette dimension que nous avions alors présenté sous forme de poster le début de notre recherche doctorale lors du 7ème forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé à Québec en Mai 2016 (Annexe 13).

Comment aller vérifier les éléments qu'il nous manquait de cette définition ? Dans la mesure où : « formation et professionnalisation sont finalisées par l'activité. … L'analyse des activités souhaitables (activités de référence) comme celle des activités en cours constitue un ressort essentiel de l'ingénierie de la formation et de la professionnalisation » (Barbier cité dans Jorro, 2014, p. 22), alors nous venions de trouver notre entrée. Il s'agissait de celle de **l'analyse de l'activité** car comme le confirme Champy-Remoussenard « le lien qui se dessine entre ce développement des démarches de production de connaissance sur l'activité professionnelle et la préoccupation sociale de professionnalisation mérite d'être analysé et mieux compris afin qu'un ensemble de pratiques sociales courantes puissent être analysées » (dans Clénet et al., 2012, p. 151).

En ce qui concerne la professionnalisation, dans quelles approches nous situons-nous ?

Pour Bourdoncle, il faut distinguer plusieurs sens dans l'utilisation du mot professionnalisation. Il précise que les *formes* de professionnalisation correspondent aux buts recherchés tandis que les *dispositifs* de professionnalisation sont les processus correspondant aux moyens permettant d'atteindre ces buts. Ainsi, pour ce qui nous intéresse dans notre recherche, nous retenons que la professionnalisation peut avoir comme but de professionnaliser :

L'activité elle-même : l'activité devient rémunérée et est exercée à titre principal. Pour cela, le principal dispositif à mettre en œuvre « semble être l'universitarisation de sa formation professionnelle » (Bourdoncle, 2000, p. 121). Mais ce n'est pas un élément suffisant, il s'agit surtout d'articuler la formation universitaire à la pratique professionnelle par l'intermédiaire de stages et donc par le recours à l'alternance.

Le groupe qui exerce cette activité : grâce à son action propre en faveur de la professionnalisation, le groupe verra son statut social, son autonomie professionnelle et ses revenus augmenter. Pour cela, les groupes professionnels vont passer par des étapes comme « la création d'une association professionnelle nationale, l'apparition d'un conflit entre les anciens et les jeunes professionnels qui veulent faire progresser la profession, la compétition entre ce groupe professionnel et les groupes qui exercent des activités voisines, l'activisme politique pour obtenir un monopole légal et enfin la diffusion de règles ou la création d'un code de déontologie propre à la profession » (Bourdoncle, 2000, p. 121).

Les savoirs liés à cette activité : ces savoirs atteignent alors une spécificité, rationalité et efficacité en même temps qu'une diversification et se reformulent alors en termes de compétences. Pour cela, les caractéristiques que doivent avoir les savoirs professionnels pour participer à la professionnalisation de l'activité sont qu'ils « doivent être relativement abstraits et organisés en un corps codifié de principes, être applicables aux problèmes concrets, être crédibles quant à leur efficacité, être en partie crées, organisés, transmis et, en cas de conflits, arbitrés en dernière instance par la profession elle-même, être enfin suffisamment sophistiqués pour ne pas être aisément accessible à l'homme ordinaire, ce qui confère au groupe professionnel une espèce de mystère » (Bourdoncle, 2000, p. 123). Bourdoncle précise également que ces savoirs doivent être fortement reliés aux compétences et encourage l'élaboration de référentiels de compétences mais aussi de référentiels de formation car ils

permettent d'éviter plusieurs dangers comme « une centration excessive sur le comprendre plutôt que sur le faire, une décontextualisation trop forte, alors que l'action est toujours située et enfin une décomposition excessive qui risque de faire perdre à l'action son sens et sa finalité » (Bourdoncle, 2000, p. 124).

L'individu exerçant l'activité : l'individu adopte « les manières de faire, de voir et d'être de son groupe professionnel » (Bourdoncle, 2000, p. 128) lui permettant ainsi de se construire progressivement une identité professionnelle par identification au rôle professionnel et de s'inscrire dans une dynamique de développement professionnel.

La formation à l'activité : c'est une formation qui s'oriente vers l'activité professionnelle, qui propose des programmes en termes de compétences, qui repose sur une pédagogie de l'alternance, qui repose sur des méthodes spécifiques comme l'analyse de pratiques ou encore qui repose sur un lien fort et étroit avec le milieu professionnel d'où viendraient les formateurs. C'est « la construire de manière à ce qu'elle rende apte à exercer une activité économique déterminée » (Bourdoncle, 2000, p. 128).

Pour Wittorski, les enjeux de la professionnalisation peuvent également se situer à plusieurs niveaux. Pour ce qui nous intéresse dans notre recherche, nous retiendrons :
Les enjeux pour les groupes sociaux-professionnels : ils « se situent clairement au niveau de la constitution des professions. … où les acteurs économiques ressentent le besoin de développer une rhétorique concernant leur contribution au marché pour conquérir et accroître leur place » (Wittorski, 2007, p. 17).
Les enjeux pour les personnes : ils « s'expriment, dans les faits, sous la forme d'une quête de "professionnalité[48]" dans les organisations … ou d'identité dans la sphère sociale » (Wittorski, 2007, p. 20).
Les enjeux pour la formation : il est question, dans la même idée de Bourdoncle, d'articuler de façon forte l'acte de travail et l'acte de formation afin de faciliter l'entrée et le maintien des personnes sur le marché du travail en facilitant « le développement des compétences et non la seule transmission de savoirs qui pourraient demeurer éloignés des situations de travail » (Wittorski, 2007, p. 27).

En ce qui concerne l'analyse de l'activité, dans quelle approche nous situons-nous ?

Vous avez dit « analyse » ? Pour Barbier, « l'analyse est une démarche à intention de connaissance ; elle a un caractère historique, social, processuel, construit » (Barbier, 2011, p. 10). *Vous avez dit « activité »* ? Pour Champy-Remoussenard, l'activité fait « écho à la notion de *travail réel*, c'est-à-dire à l'intérêt porté à l'activité effective des professionnels dans les contextes et les systèmes de contraintes dans lesquels ils évoluent » (2005, p. 12). *Qu'est-*

[48] « Cette professionnalité est désignée socialement comme étant composée de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel comme étant les caractéristiques d'un "vrai" professionnel » (Wittorski, 2007, p. 91).

ce que l'analyse de l'activité ? Comme nous l'a indiqué Champy-Remoussenard, l'« activité » est le terme utilisé pour faire référence au travail réel des acteurs[49] en opposition à la « tâche » qui désigne, elle, le travail prescrit oralement ou par écrit, comme par exemple à travers des référentiels métier et compétences ou encore de formation. En effet, comme l'indiquent Leplat et Hoc (1983) : « d'après les acceptations courantes, la tâche indique ce qui est *à faire*, l'activité, ce qui *se fait*. La notion de tâche véhicule avec elle l'idée de prescription, sinon d'obligation. La notion d'activité renvoie, elle, à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations » (Reuter, 2010, p. 12). La tâche pouvant elle-même être décomposée en *tâche prescrite* (comme nous venons de le définir), en *tâche redéfinie* (qui correspond à ce que le sujet compte faire de la tâche prescrite, cela reflète son intention) et en *tâche effective* (qui correspond à ce qui a réellement été fait par le sujet). Ainsi, en couplant ceci à la définition de Barbier sur l'analyse, nous pouvons donc dire que l'analyse de l'activité est une démarche active et construite visant la production de savoirs dans un but d'intelligibilité du travail réel des acteurs. Par intelligibilité de l'activité, nous entendons comme l'indique Barbier « la production de représentations relatives à l'établissement de liens entre phénomènes repérables au sein de ces activités » (Barbier, 2011, p. 11). Ainsi, nous mobiliserons des concepts d'intelligibilité puisque notre démarche d'analyse a précisément pour objet « des actions "situées" dans leur environnement et dans leur dimension dynamique » (Barbier, 2011, p. 12).

Nous nous arrêtons à présent sur la notion de concept puisque nous venons de l'utiliser. Plusieurs définitions sont à même de nous éclairer. Dans son acceptation la plus commune, un concept est une « idée générale et abstraite, attribuée à une catégorie d'objets ayant des caractéristiques communes et permettant d'organiser les connaissances » (Raynal & Rieunier, 2012, p. 147) ou encore une « construction rendant compte de caractéristiques communes à un ensemble d'objets, de faits ou de phénomènes. … Il s'agit par conséquent d'un élément important dans les processus de construction des connaissances » (Reuter, 2012, p. 35). Étant donné qu'il existe différentes catégories d'objets, de faits ou de phénomènes, nous pouvons ainsi dire qu'il existe, dans la même logique, différentes catégories de concepts : des concepts scientifiques, des concepts scolaires ou encore des concepts quotidiens. Les concepts scientifiques sont des outils du travail théorique. En effet, ils « sont élaborés pour organiser le regard des chercheurs sur des faits ou des objets et pour construire des modèles explicatifs » (Reuter, 2012, p. 36). Ils ne sont jamais isolés, ils sont liés au sein d'un réseau à d'autres concepts. Ce qui les différencie des concepts quotidiens qui, eux, ne sont pas organisés dans un système ni liés entre eux. En effet, l'élaboration de ces concepts se base « sur des opérations de pensée non conscientes et surtout ne reposent pas sur une définition explicite » (Reuter, 2012, p. 37). En ce qui concerne le concept scolaire, Vergnaud, le définit selon trois caractéristiques qui sont : « l'ensemble des situations qui lui donnent du sens ; l'ensemble des formes langagières et non langagières qui permettent de représenter symboliquement le concept, ses

[49] Entendus au sens de « sujets socialement reconnus comme interagissant » (Barbier, 2011, p. 24).

propriétés, les situations et les procédures de traitement et l'ensemble des invariants opératoires » (Reuter, 2012, p. 36). Les invariants opératoires sont ce qui désigne ce qui peut être considéré comme fixe ou permanent dans le concept. C'est-à-dire des éléments en lien avec ce concept qui se retrouveront dans différents contextes ou différentes situations. Pour Pastré, les caractéristiques d'un concept sont qu'il est abstrait, général et issu d'un mouvement d'abstraction. En reprenant Douady (1986), Pastré indique : « un concept, … peut être traité comme un outil, qui sert à résoudre des problèmes, mais aussi comme un objet, dont on peut identifier les propriétés et les relations » (2014, p. 150). Pastré marque une différence entre « concept » et « conceptualisation » quand il indique, que contrairement au concept, « la conceptualisation n'est ni un outil, ni un objet ; c'est une activité, qui a pour but de produire des concepts, qui permettent à un sujet de mieux s'adapter au réel, de mieux adapter le réel à lui-même, mais aussi de mieux connaitre le réel » (Pastré, 2014, p. 150). En continuité de ceci, Maulini définit le concept comme étant « à l'interface de la formalisation du savoir et de son usage dans des situations réelles » (2016, p. 45).

Parmi les théories de l'activité, nous nous sommes plus spécifiquement appuyée sur le courant de la didactique professionnelle. C'est pourquoi c'est en partie le vocabulaire de ce champ que nous avons mobilisé pour la formulation de notre problématique et de nos hypothèses. Nous avons donc dans cette partie uniquement défini *a minima* les termes utiles à la compréhension de notre problématique et de nos hypothèses mais ces thèmes feront l'objet d'un développement plus conséquent dans notre cadre conceptuel en seconde partie d'opuscule.

4.1.Notre problématique, nos hypothèses et leurs explicitations

Notre sujet d'étude porte sur la maïeutique au Brésil dans ses dimensions professionnelle et de formation avec une approche interculturelle. L'entrée choisie est celle de la professionnalisation des infirmières obstétricales et l'analyse de leur activité à travers la didactique professionnelle. Notre problématique est la suivante :

La conceptualisation de la maïeutique dans le contexte brésilien permet-elle de caractériser et de promouvoir l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales dans ce pays et en quoi permet-elle d'interroger son universalité ?

Par « conceptualisation », nous entendons la démarche de conceptualisation décrite pas Pastré précédemment. Nous avons fait le choix d'utiliser le terme de « contexte » et non de « milieu » dans la mesure où la notion du « contexte » renvoie à une *relation de sens* que le sujet entretient avec les éléments d'une situation. La notion de « milieu » ne se référant qu'à la relation qu'entretient le sujet avec les éléments de la situation.

Les objectifs opératoires de notre recherche sont d'analyser l'activité maïeutique dans ses dimensions professionnelle et de formation au niveau local de la ville de Belo Horizonte et d'interroger l'universalité de cette dernière par la mise en évidence d'invariants opératoires. Cette analyse des activités professionnelle et de formation contextualisée permet de dégager les potentialités et les fragilités de ces dernières et de permettre aux acteurs de mieux connaitre les contextes dans lesquels ils évoluent et les éléments pouvant servir la professionnalisation de l'activité professionnelle et de formation.

Pour cela, nos interrogations sont les suivantes :

- Pourquoi, à l'échelle du Brésil et ce malgré les volontés politiques fédérales, l'exercice de la maïeutique par les infirmières obstétricales n'est pas répandu ?
- Comment se caractérisent les activités professionnelle et de formation en maïeutique au Brésil ?
- Comment la maïeutique au Brésil se donne-t-elle à voir à travers les infirmières obstétricales ?
- Pourquoi les infirmières obstétricales sont-elles si peu visibles dans le champ de la périnatalité au Brésil ?
- Quels sont les enjeux pour le métier d'infirmière obstétricale et les formations en maïeutique au Brésil ?
- Quelles interactions sont possibles avec d'autres contextes culturels ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons élaboré trois hypothèses.

Hypothèse 1 : L'analyse du travail réel et du travail prescrit des infirmières obstétricales permet de caractériser une culture de la maïeutique.

Avec cette hypothèse, nous souhaitons dégager les éléments théoriques et pratiques de la maïeutique au Brésil mais aussi évaluer leur cohérence. Nous cherchons à savoir si le travail réel est proche du travail prescrit. A partir de ceci, nous souhaitons déterminer si cela permet de caractériser une identité culturelle de la maïeutique entendue comme « l'ensemble de caractéristiques que des sujets d'un même groupe partagent et mettent en avant pour se définir et se différencier des membres d'autres groupes (Guerraoui & Troadec, 2000, p. 89) » (Plivard, 2014, p. 49). En effet, du point de vue des sujets « l'analyse des activités peut également constituer un outil puissant d'affirmation de soi et d'accroissement de leur pouvoir sur le même de leur présence » (Barbier, 2011, p. 22).

Ceci nous amène à notre deuxième hypothèse :

> *Hypothèse 2* : La culture maïeutique est un levier de professionnalisation des infirmières obstétricales.

Avec cette hypothèse, nous souhaitons savoir si la culture maïeutique telle qu'elle aura été caractérisée avec l'hypothèse 1 promeut ou non la professionnalisation de ses acteurs notamment en apportant de la visibilité et de la légitimité sur son activité auprès de la société civile. En effet, « être reconnu ; c'est aussi se faire connaître, ce qui implique en matière d'activité professionnelle de se montrer, de (se) dire, de recourir à des modes de formalisation » (Champy-Remoussenard dans Clénet et al., 2012, p. 165).

Enfin, notre troisième hypothèse est :

> *Hypothèse 3* : La dimension universelle de la maïeutique permet la production de savoirs transposables dans différents contextes culturels.

Par « savoirs », nous entendons à la fois les savoirs théoriques et les savoirs d'action tels que Barbier les a définis : « la théorie, c'est ce qui appartient à l'ordre de l'universel, de l'abstrait, des "hautes terres", du déductif, de l'applicable, du transposable dans la pratique. A l'inverse, la pratique, c'est ce qui appartient à l'ordre du contingent, du local, de l'éphémère, du complexe, de l'incertain, des "basses terres", de l'inductif, de ce qui nourrit la théorie » (2014, p. 6). Nous rappelons que nous avons analysé que la naissance revêtait un caractère universel tout comme l'éducation et la maïeutique. Avec cette hypothèse, nous souhaitons évaluer ce qui peut être ou non transposable dans d'autres contextes socio-culturels et ainsi débattre de son caractère dit « universel » à travers l'identification d'invariants opératoires.

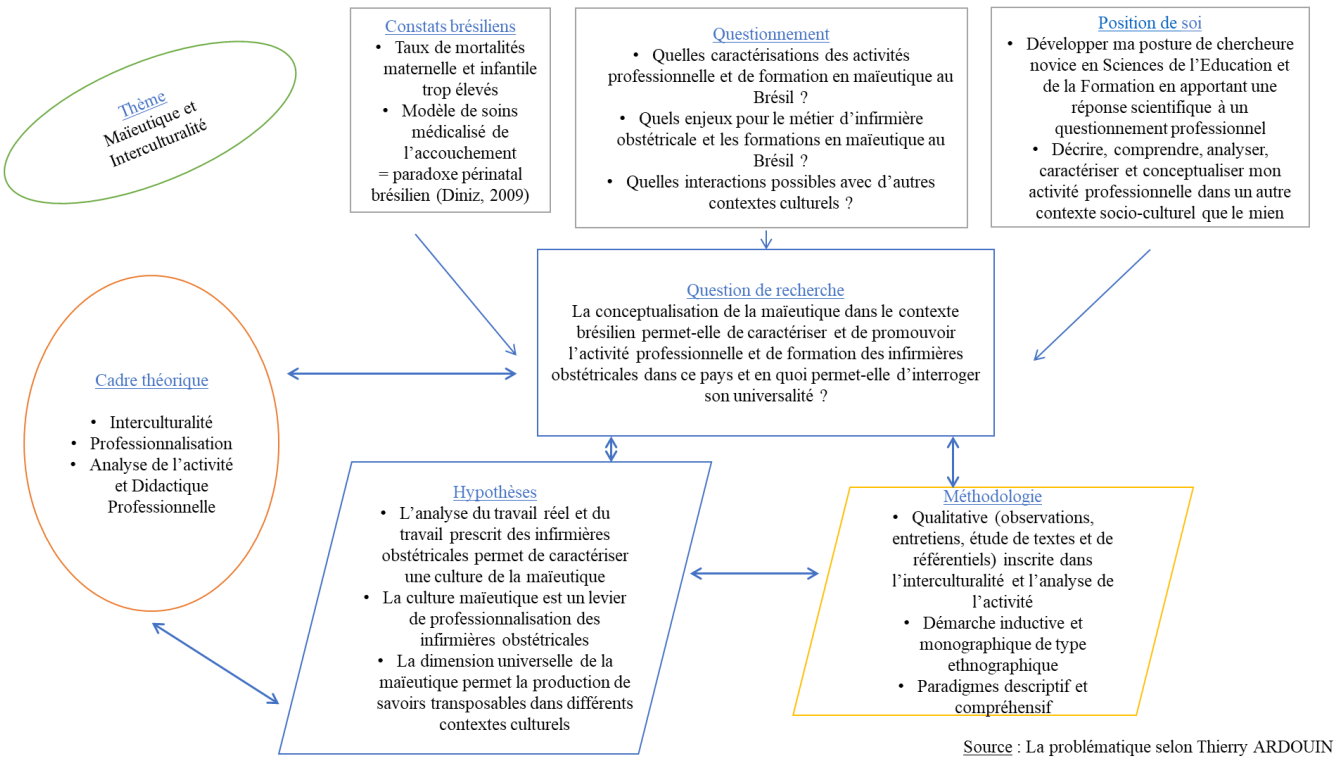
4.2.Notre approche méthodologique

Notre démarche méthodologique fera l'objet d'une présentation et d'une explicitation plus précises dans la troisième partie de cet opuscule mais nous pouvons solliciter notre cadre conceptuel pour commencer à la définir. En effet, comme l'indique Champy-Remoussenard (2005, p. 32), l'analyse de l'activité est une « méthode d'analyse pilotée par des experts qui auraient construit des concepts et des méthodes d'investigation scientifique pour explorer les activités humaines au travail, avec ou sans la participation des professionnels ». De son côté, Pastré indique lui qu'« analyser le travail, c'est principalement aller observer l'activité, même si pour entrer dans l'analyse de l'activité il faut commencer par une analyse de la tâche. Pour

faire une analyse du travail, il faut aller sur le terrain, observer et enregistrer ce que font les acteurs. On peut, bien sûr, compléter cela par des entretiens ; mais, que l'on procède par observation ou par entretien, le primat de l'activité est central » (Pastré, 2014, p. 35). Ainsi, en ce qui concerne notre approche méthodologique, que nous sollicitions le champ de la didactique professionnelle ou celui de l'interculturalité avec une approche ethnographique, nous retrouvons les mêmes outils méthodologiques à savoir des observations, des entretiens et l'étude de textes et de référentiels. C'est en utilisant ces trois outils méthodologiques que nous avons effectué notre récolte de données. Nous avons effectué des observations directes et des entretiens semi-directifs auprès des acteurs suivants : des infirmières spécialisées en obstétrique, des professeurs et coordinateurs de formation, des étudiants et des patientes. Mais comme nous l'indique Pastré, nous devions aussi analyser la tâche. C'est pourquoi nous avons également étudié des textes et des référentiels. Notre méthodologie est donc exclusivement qualitative et s'inscrit à la fois dans l'interculturalité et l'analyse de l'activité. Il s'agit, par ailleurs, d'une démarche inductive et monographique de type ethnographique. Enfin, nous nous situons dans les paradigmes descriptif et compréhensif de la recherche scientifique.

4.3.Synthèse de la recherche en schéma

Figure 2 : Schématisation de notre recherche



Source : La problématique selon Thierry ARDOUIN

De part les enjeux du « paradoxe périnatal » brésilien, nous pensons que ce pays était celui qu'il fallait étudier pour tenter de conceptualiser la maïeutique. En effet, cette tentative de conceptualisation prend place dans un système complexe et en ce sens nous rejoignons Colinet (2019, p. 10) quand elle écrit :

[…] le système de représentations de l’éducation, de la formation et des savoirs est une construction sociale et culturelle transmise, apprise et intériorisée dès la naissance. Pour autant, on peut se demander comment la diversité culturelle, par-delà les discontinuités, les dissemblances et les singularités historiques qui la constituent, peut présenter une certaine unité dans le rapport à l’éducation, à la formation, aux soins, par le prisme des cultures, qu’elles soient territoriales ou encore institutionnelles. On peut également s’interroger sur l’intégration des discours sociétaux et culturels et, à l’inverse, sur la prise de distance des acteurs qui mettent de façon effective en œuvre ces pratiques et ces usages. En effet, l’éducation, la formation et les soins, par le vecteur des cultures constituent "un phénomène social total qui ne peut s’appréhender qu’en situation", pour emprunter l’idée proposée par Marcel Mauss.

Partie 2 : Le cadre conceptuel convoqué pour notre recherche

Notre cadre conceptuel est celui qui sous-tend notre démarche scientifique sur la maïeutique au Brésil. Ainsi nous mobilisons les concepts de l'interculturalité, de la professionnalisation et la didactique professionnelle. Les concepts de l'interculturalité et de la professionnalisation étant des concepts scientifiques, ils en appellent d'autres que nous présenterons également car ils représentent des éléments constitutifs de notre démarche d'intelligibilité de la maïeutique. En effet, « c'est seulement cette interdisciplinarité qui nous permet d'analyser en profondeur les problématiques des différents terrains pratiques de l'interculturel » (Demorgon et Lipiansky cités par Dasen, 2002, p. 8).

1. L'interculturalité

> « Ceux-ci[50] étaient attirés par les réflexions passionnées et passionnantes d'un étranger cherchant à comprendre une société en ébullition et si différente de la sienne ! »
> Préface de Maria Isaura Pereira de Queiroz, p. IV dans Brésil Terre des Contrastes de Roger Bastide (1999).

1.1.Définition de l'interculturalité

Nous proposons de définir l'interculturalité en la différenciant tout d'abord de la multiculturalité ou de la pluri-culturalité. En effet, nous pouvons d'abord caractériser le multiculturalisme comme étant le fait que des cultures différentes soient co-présentes (perspective statique) dans un même ensemble humain. L'existence de plusieurs cultures dans le même système humain n'implique pas obligatoirement le partage de quelque chose entre elles. Ceci est notamment la conséquence de réalités territoriales et/ou également d'une organisation sociale. Par exemple, ce serait un non-sens d'observer une situation de partage et donc d'interculturalité entre la culture ouvrière et la culture bourgeoise puisque la création de ces deux cultures est le résultat d'un raisonnement économique : « c'est la relation dialectique sur le plan économique qui amène ici la création de deux cultures différentes et opposées et non en situation d'emprunts réciproques » (Renaud, 2019, p. 68). Nous pouvons ainsi dire que le multiculturalisme désigne « un système social où coexistent divers groupes socio-ethniques qui maintiennent leurs particularités respectives ; à la fois en raison du volontarisme des acteurs

[50] Concernant le public de Roger Bastide quand celui-ci était professeur à l'Université de São Paulo.

sociaux, préoccupés par la sauvegarde des identités distinctives, et en raison de l'impossibilité concrète de réaliser une intégration (ou leur assimilation) dans le corps social élargi » (Vinsonneau, 1997, p. 180).

Ce qui va donc en partie définir l'interculturalité est l'idée d'un partage et d'une coopération entre des systèmes culturels différents qui se rencontrent, entrent en contact de manière continue et prolongée et qui vont produire, de part et d'autre, des changements et des transformations. Il s'agit donc d'une démarche dynamique et volontaire de la part des acteurs (individus, groupes, institutions etc.) d'entrer dans une réciprocité des échanges. Ce terme est apparu dans les années septante aux Etats-Unis puis dans les années huitante au Québec et en Europe. En France, c'est Camilleri qui, en 1989, commencera à utiliser ce terme en parlant de psychosociologie interculturelle dans le cadre de l'étude des populations immigrées. Ainsi, nous pouvons définir l'interculturalité comme étant l'« ensemble des processus – psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels… – générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation » (Clanet, 1993, p. 21). L'interculturalité nécessite des conditions pour sa réussite car elle met en exergue la complexité des relations – interrelations et interactions entre des cultures différentes. Il faut dans un premier temps être en capacité d'identifier une culture comme étant différente de la sienne. Reconnaitre une culture comme étant différente de la sienne implique alors de savoir également connaitre et reconnaitre sa propre culture au regard de ses valeurs et de ses normes donc d'être en capacité d'avoir une méta-connaissance de sa propre identité culturelle. Il s'agit avant toute chose d'un travail en profondeur de connaissance de soi puis de distanciation par rapport à sa propre culture pour s'en décentrer et rechercher la comparaison avec d'autres systèmes culturels dans une perspective relativiste. En effet, entrer dans une démarche interculturelle nécessite de se détacher de son ethnocentrisme pour se diriger vers l'altérité ou la reconnaissance de l'autre dans ce qu'il a de différent et de spécifique. Mais il s'agit aussi de prendre conscience et connaissance de l'autre dans ce qu'il a de similaire. Cette recherche objective est la garante de vérité générale et d'universels car elle permet d'identifier l'identique dans la variabilité des cultures et donc de dégager un principe d'unité dans la diversité. A partir de l'identification de ceci et de la volonté d'un partage dans une perspective de développement et d'enrichissement mutuel, les ensembles distincts vont devoir entrer en communication en instaurant un dialogue afin d'aboutir à une production commune. Cela relève d'une négociation des limites des éléments qui composeront cette production commune. Il se produira alors une rupture puis une restructuration des éléments culturels qui aboutiront à une nouvelle identité culturelle. Cela sous-entend encore une fois, qu'au début de la démarche interculturelle, chaque système entrant en contact dans une volonté de partage soit doté d'une identité culturelle suffisamment forte pour ne pas prendre le risque d'un rapport dominant-dominé. La culture doit ici être appréhendée sous un angle ethno-psychologique. Ainsi, l'interculturalité pose la différence comme partage et mise en commun. Elle favorise alors les ressemblances et les rapprochements. La reconnaissance des différences culturelles passe par la reconnaissance de l'égalité des cultures. Cette égalité doit relever d'une décision volontaire et d'un choix de la part des individus et doit être posée comme un principe. Comme toute décision, tout choix ou même

tout principe, cela peut être instable et relever d'un équilibre précaire ce qui implique d'être vigilant quant à la pérennité du principe d'égalité des cultures.

> Pour Carmel Camilleri, l'interculturel ne pouvait être que construction en cours, cheminement et non pas fin à atteindre mais aussi élaboration commune d'un sens commun permettant de faire communiquer entre elles des identités culturelles différentes. Il précisait enfin que la "démarche interculturelle" ne pouvait avoir pour fondement qu'une philosophie humaniste. Il écrivait " [...] c'est par la gestion correcte, non pas des différences, mais du couple essence humaine universelle / différences particularisantes que l'option interculturelle apparaît comme la nouvelle figure de l'humanisme, qui ne fait que compléter l'ancienne" (1995, p. 101) (Costa-Lascoux et al. dans Costa-Lascoux et al., 2000, pp. 8-9)

Pour illustrer la différence entre interculturalité et multiculturalisme, nous prenons l'exemple de l'éducation. En effet, dans le cadre de l'éducation, « l'éducation multiculturelle n'induit pas le rapprochement mais permet d'affirmer une position égalitaire et démocratique en aidant l'enfant ou l'élève à formuler une identité culturelle au sein d'une diversité d'individus à accepter » (Renaud, 2019, p. 69). Ici, la différence est posée comme un principe de séparation permettant la reconnaissance des écarts. Tandis que « l'éducation interculturelle … promulgue le partage, le mélange, voyant l'acculturation comme créatrice d'une culture métissée donc commune » (Renaud, 2019, p. 69). Le projet interculturel relève donc véritablement d'une volonté. En effet, l'organisation sociale, économique et politique de plusieurs pays a historiquement été fondée par la multiculturalité. C'est notamment le cas de la Belgique et de la Suisse sur le continent européen et des Etats-Unis, du Canada et du Brésil sur le continent nord et sud-américain. Pour autant, dans ces pays, il n'y a pas spécifiquement de projet d'éducation interculturelle de la population (sauf au Canada et plus particulièrement au Québec). La définition du concept d'éducation interculturelle est parfois plus idéologique que pragmatique ou opératoire. Ainsi, multiculturalité et interculturalité sont liées mais la première n'entraine pas nécessairement la seconde.

Si nous revenons à l'interculturalité d'un point de vue général, nous avons vu que dans cette approche la culture devait être envisagée sous un angle ethno-psychologique. En effet, une autre approche de l'interculturalité peut être celle qui permet de faciliter les relations entre individus quand la différence des systèmes culturels et de leurs codes respectifs engendre de l'incompréhension. C'est dans cette perspective et dans le cadre de la communication

interculturelle[51] que le terme de compétence interculturelle[52] se développe de plus en plus. Nous avions précisé dans notre première partie que Cohen-Emerique s'était inspirée de la méthode de l'incident critique de Flanagan pour aider à la gestion de situations de rencontres interculturelles. Car du point de vue psychologique, la rencontre de plusieurs cultures peut engendrer ce qu'on appelle un « choc culturel » ou encore le phénomène de dissonance cognitive[53]. Selon Cohen-Emerique, le choc culturel est « une réaction de dépaysement, plus encore de frustration ou de rejet, de révolte et d'anxiété […] ; en un mot, une expérience émotionnelle et intellectuelle, qui apparaît chez ceux qui, placés par occasion ou profession hors de leur contexte, se trouvent engagés dans l'approche de l'étranger […]. Ce choc est un moyen important de prise de conscience de sa propre identité sociale dans la mesure où il est repris et analysé » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176). Le choc culturel peut concerner le langage verbal, non verbal mais aussi le système de normes, de valeurs et la conception du monde et des choses (croyances). C'est pourquoi la communication interculturelle ne concerne pas uniquement la connaissance ou la « maitrise » du langage de l'autre. Elle nécessite aussi la connaissance de ses référents et codes culturels car les mêmes mots peuvent ne pas renfermer la même signification ou la même représentation dans les différentes langues : la communication interculturelle doit pouvoir permettre de décoder un discours indexé à la culture de l'autre si l'on veut véritablement comprendre et saisir ce qu'il dit. En effet, dans toute communication[54] se met en place un système inconscient de décodage, d'anticipation et d'adaptation du discours qui facilite et influence l'échange mais uniquement à la condition que les interlocuteurs partagent le même univers langagier. L'interaction interculturelle permet donc alors de prendre conscience de l'existence de ce processus inconscient notamment dans

[51] La langue est le premier signe d'appartenance à une culture : « selon les mots, la tournure employée dans telle circonstance, selon l'accent, celui qui parle signifie son identité culturelle revendiquée ou imposée par les faits sociaux » (Renaud, 2019, p. 72). De plus, c'est souvent le langage verbal et non verbal qui est source de quiproquo ou de malentendus culturels. « C'est indéniablement dans ce domaine que l'interculturalité est la plus dynamique puisque c'est par l'échange langagier que se rencontrent, se confrontent et s'empruntent les cultures » (Renaud, 2019, p. 73).

[52] Nous pouvons définir la compétence interculturelle « comme cette capacité qui permet non seulement de savoir analyser et comprendre les situations de contact entre personnes et entre groupes porteurs de cultures différentes mais aussi de savoir gérer ces situations (Flye Sainte Marie, 1997). … Ce développement fait écho aux processus psychologiques en œuvre dans la communication interculturelle » (Plivard, 2014, pp. 100-101). En effet, le contexte mondial actuel est très fortement marqué par l'internationalisation des phénomènes économiques et politiques, l'extension de la communication grâce aux nouvelles technologies ainsi que par la mobilité des individus. Ceci implique un contact quasi permanent entre cultures (comprenant leurs dimensions sociales) qu'il faut pouvoir et savoir appréhender. La compétence interculturelle semble donc être une nécessité aujourd'hui.

[53] La dissonance cognitive est un processus psychologique qui se manifeste en cas de désaccord, d'opposition ou encore de contradiction entre des connaissances, des opinions, des représentations, des croyances, des valeurs, des normes etc. « Le malaise ainsi provoqué pousse à éviter tout élément qui crée la dissonance et à réduire celui qui l'augmenterait » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 177).

[54] Cela concerne ce qui est dit mais aussi le contexte dans lequel les choses sont dites. Un contexte ou un capital commun partagé aboutira à une communication langagière succincte. Ce qui ne sera pas le cas si le contexte n'est pas partagé ou que le capital commun est faible. A ce moment, en effet, le discours langagier devra combler ceci en étant plus élaboré en termes d'explications et d'informations sur ses intentions et les mots choisis.

le cas où nous n'arrivons pas à nous adapter dans l'interaction à l'autre. Cela nous permet ainsi de nous questionner sur nos propres procédures langagières et comportements en situation de communication qui ne sont, finalement, que des construits sociaux liés à la transmission d'une culture. Voici un exemple de décentration par rapport à son propre système culturel qui permet alors d'aborder l'interaction interculturelle sans *a priori* et dans un esprit de coopération.

Pour revenir au « choc culturel », il est composé de quatre étapes :

La première étape est celle du contact initial avec la personne étrangère : « c'est à ce moment qu'interviennent nos préjugés dans la perception de la situation nouvelle. Les réactions peuvent être très variables selon les personnes (malaise, enthousiasme, curiosité…) » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176).

La seconde étape est celle des premiers ajustements par rapport à la situation initiale : « l'individu se trouve désarmé face aux résultats obtenus ; il ne les comprend pas car ceux-ci ne répondent pas à ses attentes » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176).

La troisième étape est celle de la confrontation et du stress : « la personne ressent diverses émotions. Le problème de l'identité se pose souvent à ce moment » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176).

La dernière étape est celle de l'ajustement au stress : « les modalités peuvent être multiples. L'individu peut décider d'éviter cette tension. Il peut également préférer le face-à-face ou encore l'harmonisation. Dans les trois cas, il a la possibilité de choisir entre une attitude positive ou négative. Par exemple, la confrontation peut se dérouler sur le mode de l'agressivité ou bien avoir pour but l'affirmation de sa culture » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176).

Comment gérer un « choc culturel » ?

L'approche interculturelle de Cohen-Emerique est un modèle opérationnel qui permet de dépasser un choc culturel. Elle comporte trois étapes qui sont les étapes d'une démarche interculturelle :

La première étape est celle de la décentration : cette étape consiste à prendre conscience de son propre mode de fonctionnement et de son propre cadre de références à travers ses valeurs, ses normes, ses croyances, ses représentations etc. C'est la rencontre avec l'autre qui permet à l'individu d'identifier les fondements et les zones sensibles de sa propre culture.

La seconde étape est celle de la prise en compte du cadre de référence de l'autre : cette étape doit se réaliser dans une logique d'ouverture et d'empathie pour comprendre ce qui fait sens pour l'autre. Il s'agit de découvrir ce qui sous-tend son comportement, son rôle ou encore son statut et ses croyances. L'idée est de connaitre le cadre culturel de l'autre « du dedans ».

La dernière étape est celle de la négociation ou de la médiation interculturelle : par le dialogue et l'écoute, en cas de conflit entre les codes culturels des acteurs, cette négociation doit permettre aux individus de trouver une zone d'entente partagée et commune. Cela nécessite alors que chacun voit l'autre comme un partenaire égal pour que chacun puisse modifier son cadre.

Ce qui peut également être envisagé dans le cadre de la résolution d'une situation difficile en cas de multiculturalité est la confrontation des représentations des uns et des autres sur les uns et les autres. Ceci aboutit certes à une réflexion sur les stéréotypes de chacun mais les stéréotypes peuvent être utiles car composés de deux versants opposés : « d'une part, ils sont nécessaires car ce sont des schémas cognitifs indispensables à la compréhension et à la production des discours (Dufays, 1993). D'autre part, ils constituent une vision généralisante et réductrice de la réalité qui entraîne souvent un manque de tolérance vis-à-vis d'autrui » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176). Cependant, la personne qui entre dans un tel processus de confrontation des représentations et des stéréotypes permettra aux individus concernés de « prendre connaissance de certains codes culturels propres à la culture cible et il leur apprendra à les manipuler (Blondel et al. 1998) : ce premier apprentissage permettra de prévenir un certain nombre de malentendus. Ensuite, il s'agira d'exercer les apprenants à prendre conscience du caractère relatif de leur rapport aux valeurs » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 176). Travailler dans l'interculturalité est un processus réflexif.

L'interculturalité, démarche volontaire vers l'altérité, est une compétence sociale qui vise le partage à la recherche d'un enrichissement mutuel. Elle est fondée sur la (re)connaissance mutuelle et une implication des deux parties. Elle nécessite donc :

- Une méta-connaissance de son propre système culturel et de ses stéréotypes vis-à-vis des autres cultures
- Une décentration par rapport à son propre système culturel (décentration de son ethnocentrisme premier) pour aller à la rencontre de l'autre dans une perspective relativiste, d'ouverture et d'empathie
- Un échange et un partage en s'appuyant sur une communication interculturelle efficace, à la fois dans la maitrise de la langue et des référents culturels et une écoute active

L'interculturalité produit une nouvelle identité culturelle mais n'induit pas de perte des repères identitaires. Au contraire elle est une source d'enrichissement et apporte une plus-value par la connaissance de l'autre. Elle aboutit à un savoir partagé et à un capital commun de références et de codes.

Si l'interculturalité est une compétence alors, comme toute compétence, elle doit être entretenue par un processus continu pour ne pas se perdre. La démarche interculturelle n'est donc jamais acquise. De plus, comme toute compétence, elle nécessite d'être apprise et développée dans le cadre d'une formation (initiale et/ou continue). C'est ce que nous présentons maintenant dans le cadre des formations de santé, bien que ceci concerne finalement et plus largement, toutes les formations en lien avec les métiers de l'interaction humaine (éducation, social etc.).

1.2.Interculturalité et milieu de la santé

La question de la formation à l'interculturalité s'est d'abord posée dans le champ de l'éducation en lien avec la scolarisation des enfants migrants. Mais l'école n'est pas la seule institution à recevoir un public socio-culturellement hétérogène. C'est aussi le cas dans le champ de la santé où les conceptions de la maladie, de la vie, de la mort, des soins voire même de la santé peuvent être tellement différentes que source d'incompréhensions et même d'impasses dans les situations de soins[55]. En effet, « les soins articulent les signifiants de vie et de mort, et la manière dont ils sont traités socialement est orientée de façon décisive par les représentations individuelles et collectives de l'éducation, de la formation et de la santé, représentations façonnées par une histoire culturelle. Ce système de représentations à l'œuvre dans différentes cultures joue donc un rôle de matrice sociétale » (Colinet, 2019, p. 9). Dans les situations de soins, deux cultures vont se rencontrer : celle de l'individu qui vient se faire soigner et celle du professionnel de la santé qui va le soigner. « Il convient alors de trouver un espace (au sens physique et symbolique) de rencontre où pourront être négociées les différences de valeurs, les différences de conceptions de la maladie et les identités de chacun » (Heine et al. dans Parent & Jouquan, 2013, p. 133).

Quelles sont les caractéristiques de la personne soignée et du professionnel de la santé ?

Le cadre de référence de la personne soignée : elle se trouve en prise avec ses traditions culturelles (rites, religion, coutumes, esprits, croyances), très souvent la solitude, l'isolement et les nouvelles normes et représentations de l'institution dans laquelle elle se trouve maintenant et qu'elle ne comprend pas toujours car ne correspondant qu'à une partie de ses perceptions. Cela nécessite donc de la part des professionnels de la santé une compréhension intégrée des individus soignées. Cette compréhension intègre les dimensions psychologique, familiale, sociale, administrative et culturelle de la personne. Le nombre de ces dimensions témoigne de la complexité de ces situations, pour autant, chacune des dimensions doit être explorée par le professionnel idoine car chacune de ces dimensions représente une pierre à l'édifice de la prise en charge globale de la personne soignée. Ce qui semble se dégager comme élément essentiel est le fait que ces situations ne pourront pas être prises en charge que par une seule et même

[55] Nous avons vu qu'au Brésil les femmes issues de groupes minoritaire étaient les moins satisfaites de leur prise en charge au moment de leur accouchement (étude *Nascer no Brasil*). Une autre étude menée par Schouten et Meeuwesen en 2006 aux Pays Bas montre la même chose : « qu'il existait une disparité entre les Hollandais et les membres des minorités ethniques dans l'accès aux soins de santé ainsi que dans les résultats médicaux, moins favorables pour les derniers. Ils ont mis en évidence que la relation entre soignants et soignés donnait lieu à davantage de malentendus, à moins de compliance et à un moindre sentiment de satisfaction à l'égard des soins reçus. Ces auteurs ont étudié plus précisément les interactions entre soignants et soignés. En comparaison des communications avec des patients hollandais, les actes de communication entre le personnel soignant et les personnes issues de l'immigration étaient moins affectivement chargés et étaient en moyenne moins longs. Ces patients avaient moins tendance à exprimer leurs inquiétudes, symptômes, ressentis ou attentes et cela débouchait sur une moins bonne compréhension mutuelle, entravant l'administration des soins » (Heine et al. dans Parent & Jouquan, 2013, pp. 131-132).

personne. Chacun avec son expertise participera à la prise en charge de la personne (sage-femme, médecin, infirmier, psychologue, psychiatre, assistante sociale, prêtre, interprète, avocat etc.) dans une perspective de travail en réseau pluridisciplinaire.

Le cadre de référence des professionnels de la santé, autrement dit, leur culture biomédicale (qui peut être qualifiée de culture à part entière selon les sociologues et les anthropologues) : elle est essentiellement dominée par un esprit scientifique cartésien[56] ce qui rend parfois difficile la considération des conceptions de la maladie, des soins ou encore de la famille des personnes soignées. Ces conceptions et représentations socio-culturelles peuvent ne pas être prises au sérieux alors qu'elles doivent être considérées comme des vérités en soi car elles ont une fonction pragmatique : « le soin dans un contexte d'interculturalité est complexe. La pratique interculturelle s'appuie sur l'idée que la tolérance et le respect à l'égard des individus et des groupes de cultures différentes ne peuvent se faire sans une meilleure connaissance mutuelle » (Brennetot dans Colinet, 2019, p. 144). Il est donc important que le professionnel de la santé puisse avoir conscience et connaissance de ses propres valeurs et de celles de l'Autre et du fait que ces valeurs peuvent se heurter (les résistances les plus fortes de la part des professionnels de la santé seront observées en cas de dissonance cognitive). Nous retrouvons ici la première étape de l'approche interculturelle : d'abord se connaitre soi-même, son propre système de représentations, de croyances, de valeurs et surtout se décentrer de cet ethnocentrisme premier par l'analyse et la réflexivité que suscite l'altérité et cette rencontre avec un Autre. Mais la rencontre avec un Autre nous renvoie toujours dans un premier temps à nos propres zones d'ombre ce qui nécessite une capacité à les dépasser. Nous voyons donc que les résistances des professionnels de la santé dans la prise en charge de ces situations se situent à deux niveaux : « le premier est d'ordre cognitif (seul un monde de penser rationnel est pris au sérieux). Le deuxième est d'ordre émotionnel, voire moral, puisqu'il s'agit de la confrontation des valeurs et des croyances. La relation interculturelle suppose donc de reconnaitre ces résistances, de les gérer, voire de les dépasser » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 286). Pour revenir à la résistance d'ordre cognitive, nous avons vu que ce qui caractérisait en premier lieu la culture biomédicale occidentale était un mode de pensée rationaliste monoculturel. Or, force est de constater qu'un pluralisme médical (médecines complémentaires comme l'acupuncture, l'homéopathie etc.) est en train de naitre dans le monde occidental remettant ainsi en cause l'hégémonie du système biomédical monoculturel jusqu'ici dominant. Nous avions abordé cet aspect dans la première partie de notre opuscule grâce aux travaux de l'anthropologue américaine Davis-Floyd sur les modèles de soins. D'autres chercheurs vont également dans ce sens et indiquent, concernant le modèle biomédical actuel : « l'absolutisme

[56] « La culture biomédicale est le prototype du mode de penser rationaliste occidental. En effet, la rationalité scientifique est la première des valeurs qu'elle véhicule. … Corraze (1992) pour sa part, dénonce les visées totalitaires de ce mode de penser : si des variables comportementales et/ou sociales sont prises en compte, c'est comme conséquence d'un dysfonctionnement biologique et très rarement comme son origine » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 287).

biologique, dont ce système a fait preuve jusqu'ici dans son courant dominant, est questionné en son sein même. En effet, certaines approches plus englobantes ont vu le jour comme l'approche bio-psycho-sociale (Engel, 1977) qui intègre le biologique, le psychologique et le social » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 287).

Il n'en reste pas moins que la plupart des professionnels de la santé ont été enculturés avec le modèle dominant de la culture biomédicale occidentale et que cela va nécessiter de leur part qu'ils s'en détachent pour entrer dans une démarche de compréhension intégrée de la personne qui vient se faire soigner alors qu'elle possède un système culturel différent du leur : « comment faire passer une information, un sens entre le système culturel biomédical et le système culturel de l'Autre ? » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 287). Une voie semble se dessiner grâce à l'ethnopsychiatrie. En effet, en Suisse par exemple, il existe des consultations d'ethnopsychiatrie participant à la prise en charge des personnes soignées et migrantes. L'ethnopsychiatrie est une approche fondée par Devereux dans les années septante qui apporte deux éléments majeurs :

- « Le premier a été de donner ses lettres de noblesses aux "pratiques cliniques exotiques". … Ces pratiques et les univers dans lesquels elles s'inscrivent sont des connaissances à part entière et doivent être envisagées avec sérieux par le professionnel occidental » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 288).
- « Le principe de complémentarité développé par Devereux (1970) est le deuxième apport majeur de l'ethnopsychiatrie. Il propose d'accorder une importance égale (et complémentaire) à une lecture clinique comme à une lecture anthropologique » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 288). Ce qui peut permettre cette double lecture du patient est alors une décentration de la part des professionnels de la santé de leur modèle culturel et un travail en équipe clinique pluridisciplinaire.

Comment développer la compétence interculturelle dans les formations en santé ?

Dans une approche ethnopsychiatrique et de formation à l'interculturalité, Leanza et Klein (2002), proposent que les formations en santé développent chez les apprenants :

Des connaissances en anthropologie : cette science sociale semble être indispensable pour « d'une part, définir et débattre de concepts tels que ethnie, culture (Cuche, 1996), famille, maladie, soins, ou santé. D'autre part, il s'agit de faire en sorte que chaque professionnel devienne un "chercheur" ou tout au moins développe sa curiosité pour l'univers culturel des usagers » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 290). L'effet recherché étant de permettre la décentration du modèle culturel biomédical. Pour aider à la décentration, les auteurs proposent d'utiliser la méthode de Cohen-Emerique de gestion du « choc culturel » décrite précédemment.

Des connaissances en matière de migration : toute expérience de migration, même si elle n'est pas traumatisante, est source de changements aux niveaux sociologique et psychologique pour l'individu. Pour appréhender le niveau sociologique, une présentation des différents types de migrations et de leurs conséquences dans les sociétés de résidence parait appropriée. En ce qui

concerne le niveau psychologique[57], la connaissance des stratégies d'acculturation présentées par Berry et Camilleri semble nécessaire (nous les présenterons plus loin). L'objectif de ces enseignements étant ici de contrer les stéréotypes et les préjugés et donc d'influer sur les représentations des professionnels en présentant les conséquences affectives et identitaires d'une migration pour un individu mais aussi la place qu'il occupe en tant que migrant dans une société.

Des connaissances en psychologie sociale : afin d'appréhender la dynamique des échanges entre groupes différents. « Une connaissance de ces mécanismes psychosociaux présents dans toutes les relations entre personnes de groupes distincts permet une décentration. Cette connaissance devrait par exemple aider à prendre au sérieux les représentations et pratiques de soins autres qu'occidentales » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 292).

De savoir travailler en réseau pluridisciplinaire : travailler en réseau pluridisciplinaire autour d'un même « objet » ne va pas de soi. Notamment du fait que des actions devant être mises en place peuvent se partager entre plusieurs intervenants remettant ainsi en question les identités et les spécificités professionnelles de chacun. En effet, pour une même action, des interprétations et des pratiques différentes peuvent se confronter les unes aux autres en fonction de la discipline d'appartenance du professionnel ce qui implique quelques négociations. Ainsi, « la collaboration ne sera féconde que si les négociations ne menacent pas les identités sociales et professionnelles en jeu » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 292). Enfin, il semblerait qu'une collaboration en réseau efficace nécessite trois conditions : « la volonté d'organiser des rencontres de réseaux (comprenant un coordinateur, un cadre spatio-temporel), la nécessité de collaborer sur des actions concrètes et objectivées, et enfin, d'instaurer des formes de régulation de la collaboration (présence d'un tiers ayant le rôle d'orchestrer les rencontres et de recentrer les discussions) » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, pp. 292-293).

De savoir travailler en partenariat avec un interprète : en effet, comme dans le cadre de la communication interculturelle, il est important de pouvoir non seulement maitriser la langue mais aussi toute la dimension symbolique qui va avec pour véritablement comprendre quelqu'un car le langage est un acte culturellement situé. C'est pourquoi le recours à des interprètes dans une situation d'interculturalité présente plusieurs avantages : il permet à la personne de s'exprimer dans sa propre langue soit dans une langue qu'il maitrise ; il permet de faire part aux professionnels du vécu et de la part émotionnelle de l'individu dans la situation ; certains auteurs vont même jusqu'à dire que l'interprète est un médiateur culturel qui apporte des éclairages sur les représentations culturelles inconnues de part et d'autre et qui permet donc de « stimuler la construction de points communs et favoriser la création d'un espace interculturel » (Leanza & Klein dans Dasen, 2002, p. 294). Ainsi, les professionnels de la santé

[57] Cela englobe le projet individuel du migrant, les conditions et raisons de son départ ainsi que les conditions d'arrivée dans le pays d'accueil.

doivent prendre conscience que l'intervention d'un tiers dans une relation de soins n'est pas obligatoirement un élément perturbateur de la relation (par crainte de la perte du contrôle de la communication et de son contenu) mais peut véritablement représenter un catalyseur pour celle-ci.

De leur côté, Hein et al. proposent dans l'ouvrage de Parent et Jouquan *(« Penser la formation des professionnels de la santé »*, 2013) d'utiliser aussi la méthode de gestion du « choc culturel » selon la démarche interculturelle de Cohen-Emerique. Ils proposent également (selon la théorie de Hall, 1976) d'envisager la culture comme un iceberg c'est-à-dire possédant une partie émergée et visible mais aussi et surtout une partie majoritairement immergée et invisible. Ainsi, « la partie émergée, visible, est tout ce que l'individu donne à voir de sa culture, tout ce qui peut être connu par son interlocuteur, tout ce que l'on peut observer chez lui "de l'extérieur" : ses comportements, sa langue, ses coutumes et usages, etc. La partie immergée, par contre, n'est pas connue directement par l'interlocuteur. Elle concerne tous les facteurs psychologiques de la culture : le système de valeurs, de normes, les modes de pensées, les visions du monde. C'est la partie invisible de l'iceberg, présente de manière implicite et codée dans la culture et qui est bien souvent inconsciente chez l'individu » (Heine et al. dans Parent & Jouquan, 2013, pp. 145-146).

En synthèse de cette partie, nous pouvons dire qu'« opter pour un regard prenant en considération la dimension interculturelle permet d'éviter de tomber dans le piège très courant de considérer les professionnels de la santé comme culturellement neutres, hors des rapports sociaux et sans fonction d'acculturation et de mieux comprendre la dynamique identitaire qui caractérise tout processus d'aide, qu'il se déroule dans le cadre d'une action sociale, d'un suivi éducatif ou même d'un acte thérapeutique » (Brennetot dans Colinet, 2019, pp. 144-145).

1.3.Le concept de la culture

« La culture est la possibilité même de créer, de renouveler et de partager des valeurs, le souffle qui accroît la vitalité et l'humanité ».
Jacques Nanéma dans Colinet (2019, p. 197)

1.3.1. Eléments de définition

Le terme de « culture » possède de multiples usages. En effet, étymologiquement, « culture » vient du latin « *cultura* » lui-même dérivé du verbe « *colere* » qui signifie « habiter », « cultiver » ou encore « honorer ». A partir de ces trois termes, on comprend alors que les acceptations du terme de « culture » vont être multiples. Ainsi nous pouvons parler de la culture agricole, de la culture physique, de la culture cellulaire dans le domaine de la biologie,

de la culture d'un individu dans le sens d'un « Etre cultivé » c'est-à-dire possédant de multiples connaissances personnelles ou encore de culture musicale, architecturale etc. pour désigner des productions humaines « matérielles » ou « techniques ».

Dans le champ des Sciences Humaines, le concept de la culture fut l'objet d'une large controverse épistémologique, ce qui explique ses très nombreuses tentatives de définition. Nous présentons la culture à travers les deux grandes disciplines qui l'ont essentiellement développée au XIX^{ème} siècle et qui sont l'anthropologie et la sociologie.

Anthropologie et culture

C'est à l'anthropologue britannique Tylor que nous devons la première définition de la culture (entendue aussi comme civilisation[58] pour lui) parue en 1871 dans son ouvrage *Primitive Culture*. Ainsi, la culture ou la civilisation, prise dans son sens ethnographique étendu, désigne pour lui un « tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, la morale, la loi, la coutume et toutes les autres aptitudes et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 81). Cette définition désigne alors les faits observables et donc descriptifs (matériels, mentaux, éthiques ou encore institutionnels), organisant et régulant la vie sociale d'une population à un moment donné ou suivant une évolution dans le temps. De plus, elle souligne le caractère acquis et donc le processus d'apprentissage par les individus dont fait l'objet une culture et non un caractère inné qui relèverait d'une hérédité biologique. Enfin, pour lui, la culture est propre à l'espèce humaine et s'inscrit dans le paradigme universaliste.

Puis c'est essentiellement à l'anthropologie américaine que nous devons les évolutions de définition de la culture. En effet, c'est aux Etats-Unis et à travers de multiples recherches

[58] Bien que Tylor considère les termes de « culture » et de « civilisation » comme synonymes, il n'en fût pas toujours de même pour tout le monde et la recherche de cette distinction fit notamment l'objet d'un débat franco-allemand à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle. Globalement, au moment de ce débat, ce que nous retenons c'est que l'un des termes faisait référence à un ensemble de choses, de matières, concernait le matériel et faisait appel à la rationalité tandis que l'autre faisait référence aux idées, à l'esprit, concernait le spirituel et faisait appel à la sensibilité. Mais le problème c'est que, tour à tour, ces deux mots désignaient la première acceptation puis la seconde… aboutissant à des distinctions parfaitement inverses. Ce débat prit fin au moment où la question de la pertinence d'opposer le spirituel au matériel fût posée. Certains continuèrent à y voir un intérêt comme les sociologies américains MacIver et Merton et d'autres non ce qui permit finalement de ne pas poursuivre le débat. Aujourd'hui, on va considérer que les deux termes sont interchangeables mais les sociologues et les anthropologues utilisent plutôt le terme de « culture » plutôt que celui de « civilisation ». Les deux distinctions que nous pouvons encore trouver, à l'heure actuelle malgré tout, sont :

- Que l'on emploiera le terme de « civilisation » pour désigner un ensemble de cultures ayant entre elles des origines communes et donc des affinités (civilisation occidentale par exemple). Dans cette dimension, la culture se réfère alors à une entité plus « locale » c'est-à-dire liée à une société donnée et identifiable alors que la civilisation va englober le tout et prendre une dimension plus étendue, à la fois, dans l'espace et dans le temps.
- Que l'on emploiera le terme de « civilisation » pour désigner des sociétés présentant un stade avancé de développement (progrès scientifique et technique, urbanisation, complexité du système social) et la connotation évolutionniste qui va avec.

que le concept de culture s'est développé car il y a rencontré un vif succès. Ce vif succès s'explique certainement par la construction de ce pays, c'est-à-dire par couches d'immigration successives, impliquant de ce fait une société multiculturelle. A tel point qu'aujourd'hui, quand nous parlons d'anthropologie culturelle[59] c'est à l'école américaine d'anthropologie que nous pensons tout de suite. Les évolutions de définition de la culture par l'anthropologie américaine tiennent essentiellement dans le fait qu'il va être inclut dans la définition de la culture de plus en plus d'éléments symboliques et non pas uniquement des éléments observables et descriptifs comme c'était le cas dans la définition de Tylor. Ainsi, dans les années 1920, « à la suite d'Edward Sapir (linguiste et ethnologue américain d'origine allemande, élève de Franz Boas), l'accent fut mis non plus seulement sur des éléments objectifs mais aussi sur d'autres composantes comme le langage et la communication, les représentations et les idéologies » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 81). De ceci se rapproche la définition structuraliste de la culture proposée par Lévi-Strauss[60] comme étant un : « ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion » (Lévi-Strauss, 2004, p. XIX). Mais ces évolutions de définition tiennent également dans le fait que l'anthropologie américaine va s'efforcer de mettre en relation et même en interrelation, la culture et la personnalité des individus en tentant de rapprocher et de créer une cohérence entre psychanalyse et anthropologie. Les travaux des culturalistes consistent donc également « à mettre en évidence le rôle des phénomènes économiques, sociaux et éducatifs qui conditionnent l'évolution psychoaffective des individus appartenant à des cultures différentes » (Laplantine cité par Plivard, 2014, p. 13).

Concrètement, quels sont les apports de l'anthropologie culturelle américaine ?

Les apports de l'anthropologie culturelle américaine sont surtout marqués par la production du concept de *pattern* et par un travail sur *l'enculturation* (transmission culturelle ou encore socialisation). C'est Boas (à l'origine du concept d'ethnographie), qui définit le premier un modèle culturel qu'il nomme *pattern* et qui « désigne l'ensemble structuré des mécanismes par lesquels une culture s'adapte à son environnement » (Cuche cité par Plivard, 2014, p. 13). Il s'agit donc d'une approche particulariste de la culture.

Dans sa continuité, Benedict (élève de Boas), résolument ancrée dans une approche culturaliste et relativiste reprend le concept de *pattern* de Boas pour proposer ses *patterns of culture*. Il s'agit d'une classification des types culturels pour tenter de contourner l'une des critiques faites au culturalisme et à sa méthodologie. En étudiant deux systèmes culturels

[59] L'école anglaise d'anthropologie va plutôt être dite d'anthropologie sociale. Aux Etats-Unis, par contre, avec cette approche culturaliste, il sera dit que l'anthropologie est « la science de la culture ». Enfin, que ce soit l'anthropologie anglaise dite « sociale » ou l'anthropologie américaine dite « culturelle », ces deux anthropologies « s'opposent » à l'anthropologie physique visant plutôt à décrire les caractéristiques du développement et de la croissance humaine.

[60] Il fut largement influencé par l'école culturaliste bien qu'il s'en différencia malgré tout par son approche qui visait également à s'interroger sur l'invariabilité de la culture et ses règles universelles.

indiens différents, elle élabore ainsi deux grands types de *pattern* : l'apollonien (se caractérisant par la modération et le respect d'autrui) et le dionysien (se caractérisant par la passion et l'affirmation de soi) et postule que chaque société se trouve entre ces deux pôles. Ainsi, chaque société se caractérise par un *pattern* qui « serait une direction vers laquelle tendrait une culture, parmi d'autres patterns possibles. Le terme pattern sous-entend l'idée d'une cohérence des systèmes culturels. Les traits culturels ne trouvent leurs significations que dans un agencement déterminé par cette configuration de valeurs centrales dominantes. Les individus sont pétris de ces valeurs qui leur offrent un schéma inconscient pour toutes les activités de leur vie » (Cuche cité par Plivard, 2014, p. 17).

Dans la même dynamique, Mead, élève de Boas et de Benedict, travaillera essentiellement sur la transmission culturelle et sur la variabilité des rapports hommes-femmes dans différentes cultures. C'est en partie grâce à elle que l'anthropologie américaine progressa dans les années 1950 car elle s'attacha à examiner et à comparer les variations des caractéristiques culturelles. Pour Mead, « il y a une véritable dynamique homme-culture, dans la mesure où les individus construisent la culture autant qu'ils la reçoivent, celle-ci s'en trouve forcément changée au cours des siècles » (Plivard, 2014, p. 15). Grâce à ses travaux en Océanie portant sur les rapports hommes-femmes, elle a ainsi pu montrer que les rôles, fonctions et personnalités liés au genre dans une société sont imposés par la culture et ses valeurs et non par la biologie ou encore la nature. Elle montre également que les individus s'imprègnent de ces modèles culturels dès leur plus jeune âge sans en avoir conscience correspondant au processus d'enculturation. C'est donc elle qui postulera « la relativité des formes culturelles, ce qui du point de vue de l'éthique remettra en cause les préjugés sur "l'inégalité des races humaines" développés par le comte Joseph Arthur de Gobineau (1853-1855) et les comportements ethnocentristes qui font obstacle aux contacts entre les diverses cultures, contacts qui "sont aussi anciens que la pratique des échanges" (Cuche, 1996) » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 79).

Les apports de Linton et Kardiner (psychiatre de formation initiale) dans cette école de l'anthropologie américaine consistent à « penser le modelage réciproque milieu-individu et de rendre compte de l'impact du social sur le psychique » (Bonté & Izard cités par Plivard, 2014, p. 17). Ainsi, Linton a développé le concept de « personnalité de base » et Kardiner a travaillé sur l'acquisition de cette « personnalité de base ». Ce que Linton appelle « personnalité de base » est une personnalité propre à chaque culture et qui est déterminée par cette même culture. Il y a donc autant de « personnalités de base » qu'il y a de cultures mais dans chacune de ces cultures, la personnalité de base est dite normale puisqu'elle répond à la conformité de la norme culturelle (nous retrouvons la réflexion menée en introduction de cet opuscule sur la différence entre « normal » d'un côté et « naturel et physiologique » de l'autre). Pour comprendre les modes d'acquisition de cette « personnalité de base », Kardiner va s'inspirer des travaux de Malinowski que nous développerons juste après. Ainsi, ce dernier considérant que la culture est « l'ensemble des institutions qui assurent la cohérence d'une société donnée » (Plivard, 2014, p. 17), il va postuler que c'est par l'intermédiaire de ces institutions que la « personnalité de base » s'acquiert. Mais il ne nie pas, pour autant, les différences individuelles qui peuvent exister au sein d'une même culture et donc nuancer la « personnalité de base » de cette même culture. De plus, il ne s'agit pas de considérer non plus que l'influence n'est qu'unilatérale entre les institutions et l'individu. Il faut considérer que les institutions agissent sur l'individu mais

que l'individu agit également sur ces institutions. Ainsi, il va distinguer les institutions primaires et les institutions secondaires :

- Les *institutions primaires* « correspondraient à la famille et au système éducatif (les disciplines de base, l'alimentation et le sevrage des nourrissons, les soins donnés à l'enfant, l'éducation anale et les tabous sexuels, les techniques de subsistance…) » (Plivard, 2014, p. 18).
- Les *institutions secondaires* « seraient le produit de l'interaction entre institutions primaires et personnalité de base. Il s'agirait notamment de la religion, des rituels, des folklores, des techniques de pensée. Elles apparaissent en fait comme la projection des affects et des frustrations résultant de la personnalité de base » (Plivard, 2014, p. 18).

En continuité de ces apports, nous inscrivons Malinowski dans cette partie, bien qu'il ne soit pas américain mais britannique. Cependant ses travaux se rapprochent du courant culturaliste et Kardiner s'en inspira. Se réclamant plutôt d'une démarche fonctionnaliste, Malinowski postule que « chaque fait culturel fait partie d'un tout, d'un système global et qu'il s'agit alors de comprendre quelle fonction précise ce fait remplit dans le système » (Plivard, 2014, p. 14). Il élabore ainsi les concepts de *besoin* et *d'institution*. Le besoin est ce qui caractérise les besoins fondamentaux de l'homme (souvent de nature biologiques) comme se reproduire ou encore se nourrir et se protéger. Les institutions « sont alors créées par le groupe dans le but d'apporter solutions et organisation à ces besoins. Véritables instances régulatrices, ces institutions fondent le système culturel. L'étude de ces unités de base dans le cadre de l'anthropologie apparaît donc centrale. La compréhension d'un fait culturel ne peut se faire qu'en établissant un rapport avec l'institution à laquelle il appartient » (Plivard, 2014, p.14). De cet apport se dégage la notion d'équilibre et de stabilité du système qui tend donc à se reproduire à l'identique et à très peu générer de changement culturel en son sein. Pour Malinowski donc, si changement culturel il y a, il ne peut venir que par l'intermédiaire d'un contact culturel venant de l'extérieur du système. Mais de cette stabilité affichée des systèmes est née l'une des critiques formulées aux travaux de Malinowski à savoir qu'ils ne permettaient pas « de rendre compte de contradictions internes et autres dysfonctionnements qui ne manquent pas de survenir dans la plupart des systèmes culturels » (Plivard, 2014, p. 15).

Malgré ses apports incontestables, l'école américaine d'anthropologie fut tout de même assez fortement controversée. Les critiques formulées à l'encontre de cette école américaine culturaliste[61] résidaient essentiellement dans le fait qu'elle présentait la dimension contextuelle comme essentielle dans la compréhension des cultures et donc que cette approche particulariste tendait à inciter au relativisme culturel. En postulant, par comparaison des cultures entre elles, que toute culture est unique et ne peut se comprendre et s'interpréter que dans le contexte où

[61] Aujourd'hui le terme de « culturalisme » peut même revêtir une connotation péjorative.

elle est produite, les anthropologues américains s'exposent à légitimer n'importe quel fait à partir du moment où celui-ci est contextualisé. Cette position n'est effectivement pas sans questionner d'un point de vue éthique. Bien que, dans l'idée première des anthropologues américains, il s'agissait plutôt de combattre l'ethnocentrisme[62] et de rejeter pour la culture la conception évolutionniste d'inspiration darwinienne qui d'un point de vue biologique engendrait le concept d'« espèces » et de « races ». L'une des autres fortes critiques faites au culturalisme et notamment à Benedict, résidait dans son approche méthodologique : « la difficulté la plus notable se situerait dans la transposition des systèmes de croyances » (Plivard, 2014, p. 16). En effet, certains tests psychologiques proposés aux populations étudiées avaient été élaborés dans le contexte américain donc dans le cadre de sociétés occidentales : « comment traduire dans une culture les systèmes de croyances et de valeurs d'une autre société, en l'absence *d'universaux* (au sens chomskyen du terme) ? » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 80). Enfin, l'une des dernières critiques adressées à l'anthropologie culturelle le fut par l'anthropologie sociale britannique et concernait le fait que l'école américaine accordait peu d'importance aux temporalités. De ce fait, elle ne permettait de saisir « la société que d'une manière statique à travers ses œuvres et ses modèles simplifiés de structures de comportements individuels ou collectifs (*patterns*, dans la terminologie de Benedict) hypostasiés, et non dans ses actes concrets et son fonctionnement réel » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 80).

Sociologie et culture

Aux Etats-Unis le terme de « culture » fût rapidement utilisé par les premiers sociologues américains et en particulier par le sociologue américain Ogburn. Bien que l'utilisation de ce terme fût plus tardive qu'en anthropologie sans doute du fait que les grands précurseurs de la sociologie ne l'ont pas utilisé. C'est notamment le cas de Durkheim par exemple. En effet, même si à travers ses travaux Durkheim y faisait référence, il n'utilisera jamais le terme de « culture »[63]. Il a fallu attendre, en France, la nouvelle génération de sociologues post seconde guerre mondiale pour que le terme de « culture » devienne populaire

[62] Qui selon l'acceptation de son créateur Sumner (sociologue américain) en 1906 « désigne la position de ceux qui estiment que leur propre manière d'être, d'agir ou de penser doit être préférée à toutes les autres » (Ferréol & Jucquois, 2010, pp. 128-129). Nous verrons juste après que les « manières d'être, d'agir ou de penser » constituent la définition d'une culture du point de vue sociologique. L'ethnocentrisme induit alors la hiérarchisation des cultures, certaines étant donc jugées supérieures à d'autres : « un tel comportement va de pair avec le refus de la diversité des cultures et est habituellement considéré comme synonyme d'intolérance et de xénophobie, de racisme et de stigmatisation » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 129).

[63] Il préféra toujours utiliser le terme de « civilisation ». Dans la même lignée que les anthropologues américains, Durkheim n'adhérait pas « à l'idée d'un schéma unilinéaire d'évolution des sociétés et reste ouvert à l'idée de relativité culturelle, faisant certainement écho à sa conception de la société et de la normalité sociale » (Cuche cité par Plivard, 2014, p. 12). Sa théorie de la conscience collective présente des similitudes avec ce qu'on définira comme étant la culture : « la conscience collective, prééminente sur la conscience individuelle, se composerait de représentations collectives, de valeurs, d'idéaux partagés au sein d'une même société. Elle transcende l'individu et assure unité et cohésion sociale » (Plivard, 2014, p. 12). Enfin, Lévy-Bruhl s'inscrit dans la même dynamique que Durkheim et travailla fort pour mettre à mal les conceptions évolutionnistes unilinéaires et de progrès mental. Il s'opposa notamment à une classification hiérarchique des êtres humains.

et ceci sous l'influence de la sociologie américaine. Nous proposons trois définitions de la culture d'un point de vue sociologique qui présentent des similitudes mais qui permettent de cerner le concept de la culture de nos jours. Celles-ci nous semblent judicieuses car : Camilleri a par la suite développé des stratégies identitaires dans le cadre de l'interculturalité ; la définition de Perregaux renferme une dimension ouvrant à l'interculturalité et enfin, celle de Rocher nous permettra, en la décomposant, de dégager les principales caractéristiques et fonctions de la culture.

Pour Camilleri, « la culture est la "configuration de significations suffisamment liées, constante et étendue à travers laquelle un groupe saisit la totalité des éléments constituant la trame de son existence". Pour lui, se constitue ainsi un "regard commun dont la singularité se retrouve dans l'ensemble des productions mentales et matérielles de ce groupe" (1993) » (Costa-Lascoux et al. dans Costa-Lascoux et al., 2000, p. 9).

Dans un paradigme constructiviste, Perregaux (1994) cité par Dasen (2002) propose les définition et conception suivantes de la culture :

> Ensemble de valeurs, de significations et de comportements acquis et partagés par les membres d'un groupe qui tendent à se transmettre une certaine vision du monde et des relations aux autres. Le terme culture, dans le sens où nous l'employons n'a rien d'une notion figée, statique, déterministe. Quand on dit qu'un enfant provient de telle ou telle culture, donc qu'il devrait avoir tel ou tel comportement, on lui dénie le droit d'avoir fait lui-même une lecture et une interprétation de sa culture. On le fige dans une représentation stéréotypée que nous avons nous-mêmes de sa culture. La culture n'est pas quelque chose d'extérieur à l'individu. Pour permettre la mobilité et de nouvelles créations culturelles et identitaires, nous considérons les termes culture et identité comme des notions plurielles, évolutives. (Dasen, 2002, pp. 12-13)

Enfin, dans une approche plus fonctionnaliste, Rocher (sociologue québécois) donne en 1970 la définition suivante de la culture : « ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une façon à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte » (Rocher, 1970, p. 111).

1.3.2. Les principales caractéristiques de la culture

A partir de la définition actuelle de la culture selon Rocher, nous proposons les caractéristiques suivantes de la culture :

Elle est une façon « *de penser, de sentir et d'agir* » : formule prise à Durkheim, ceci désigne le fait que la culture englobe toute activité humaine que celle-ci soit cognitive, affective ou conative. La culture est donc une action, d'abord et avant tout vécue par des personnes. Le fait qu'elle soit une action la rend aussi observable et permet donc d'inférer son existence et d'en dessiner les contours.

Elle est un ensemble de manières « *plus ou moins formalisées* » : le degré de formalisation va varier selon les institutions dans lesquelles les actions prennent place. En effet, elles vont être extrêmement formalisées dans un texte de loi par exemple, mais beaucoup moins dans l'art. Plus le degré de formalisation est moindre, plus cela va permettre une part d'interprétation et d'adaptation de la part de l'individu.

Elle est « *partagée* » par une pluralité de personnes : ici se trouve l'une des caractéristiques majeures de la définition de la culture. Finalement, peu importe le nombre de personnes qui partagent les mêmes codes, l'essentiel est que ces manières de penser, de sentir et d'agir soient considérées comme idéales ou normales pour les ériger en règles de vie ayant un caractère collectif et en faisant donc des actions sociales. En effet, on reconnait une culture au fait qu'elle se retrouve chez plusieurs individus mais la taille du groupe (qui peut alors très clairement se distinguer et être distingué des autres) peut varier (allant, par exemple, d'un « gang » à une société dans sa globalité). Ce qui amène alors parfois, les sociologues à parler de « sous-cultures » pour désigner une entité partielle au sein d'une société globale.

Elle est « *apprise* » : voici une autre des caractéristiques principales de la culture. Comme nous l'avons souligné grâce aux travaux des anthropologues américains, rien de culturel n'est biologique ou génétique. Son mode d'acquisition et de transmission relève de l'apprentissage. Il s'agit donc d'un héritage que les individus doivent recueillir et faire leur.

Elle regroupe des éléments ayant une fonction « *objective* » et « *symbolique* » : la fonction objective correspond à des éléments tangibles ressentis comme bien « réels » par les individus comme par exemple une réalité territoriale, des biens matériels, des monuments etc. La fonction symbolique va donc concerner des éléments symboliques dont beaucoup sont des symboles de communication ou qui la rendent possible, y compris à travers des manières d'agir inconscientes mais qui sont implicites car apprises et partagées par le groupe. C'est essentiellement à travers ses éléments symboliques qu'une culture fonde l'unité de sa collectivité, sa solidarité et son caractère distinctif. En effet, le symbolisme de participation est primordial pour une culture, puisqu'il représente l'adhésion et l'appartenance à la communauté de ses membres. Nous trouvons également le symbolisme des conduites qui permet de tracer la frontière immatérielle entre les membres appartenant à la collectivité et ceux qui n'y appartiennent pas.

Elle est un « *ensemble lié* » : ceci confère à la culture une forme de système. En effet, les éléments qui la constitue ne sont pas une simple juxtaposition de ceux-ci mais ils sont articulés les uns avec les autres de manière cohérente. Cette cohérence est perçue de manière subjective par les individus donc si un sociologue souhaite étudier un système culturel il doit passer par la perception subjective qu'en a les membres qui constituent ce système.

1.3.3. Les fonctions de la culture

Nous pouvons dégager deux principales fonctions de la culture. Tout d'abord, une fonction sociale puis une fonction psychique :

La fonction *sociale* : elle réside dans le fait qu'une culture permet de réunir et d'unir un groupe d'individus en une collectivité identifiable et solidaire. Mais les éléments objectifs qui constituent la culture sont transposés et réinterprétés dans et par la culture pour leur donner une autre signification et une portée plus importante. Ainsi, des liens du sang deviennent, par exemple, des liens de parenté ; la division du travail apporte la hiérarchie sociale, les classes sociales et le prestige social. La culture a contribué à créer ceci et contribue à les maintenir.

La fonction *psychique* : elle concerne la dimension individuelle. La culture va réaliser un véritable moulage des personnalités psychiques en leur fournissant et en leur proposant des modes de pensée, des connaissances, des canaux privilégiés d'expression des sentiments, des moyens de satisfaire des besoins physiologiques etc. Mais il faut néanmoins noter que ces moules ne sont pas rigides et que l'individu a la possibilité d'y évoluer avec un certain degré de liberté. En effet, les significations symboliques, les modèles ou encore les valeurs d'une culture n'ont pas une « valeur » égale, ce qui laisse donc la possibilité à l'individu d'effectuer des choix de priorisation et hiérarchisation pour une partie d'entre eux. Mais cette flexibilité doit quand même malgré tout s'opérer à l'intérieur des limites données par la culture au risque d'entrainer la marginalisation de l'individu. Une culture offre donc un choix mais ce n'est pas un choix illimité, il se restreint à des possibles et ne s'étend pas à tout.

Ces deux fonctions prennent place dans le contexte d'une autre fonction plus générale et plus fondamentale qui est celle qui permet et qui favorise l'adaptation de l'homme et de la société à leur environnement et à l'ensemble des réalités avec lesquelles ils doivent vivre (Rocher, 1970). Cette fonction adaptative est permise par la culture chez l'Homme et par l'instinct chez l'animal. C'est le développement de l'intelligence et de la fonction symbolique (donc de la culture) qui a fait reculer l'instinct chez l'Homme. En retour, la culture permet à l'Homme de s'humaniser en lui faisant bénéficier par apprentissage de l'acquis cumulé avant lui et qui ne s'inscrit pas dans une transmission biologique. Ainsi, individu et culture se constituent mutuellement.

1.3.4. Universalisme et particularisme

Nous avons abordé cette thématique dans notre première partie en ce qui concernait l'éducation comparée et, en toute logique, nous le retrouvons ici mais à un niveau plus général puisque l'éducation n'est ni plus ni moins qu'un fait culturel.

Si nous reprenons les éléments de notre paragraphe précédent sur les éléments de définition de la notion de culture, nous avons pu mettre en évidence, que très rapidement, deux conceptions de la culture se sont opposées. Nous avions dégagé des apports de Tylor une conception plutôt universaliste de la culture tandis, que nous avions dégagé des apports de l'école américaine d'anthropologie représentée ici par Boas, une conception particulariste de la culture aboutissant au relativisme culturel. En ce qui concerne Tylor, bien qu'étant jugée « trop » descriptive, sa définition de la culture était sous-tendue par une vision évolutionniste de celle-ci mais rejetant, pour autant, l'idée de différences de races. En effet, il étudia l'évolution des cultures car il pensait qu'il existait une culture originelle de l'Humanité à partir

de laquelle toutes les autres cultures se seraient développées. Il adhérait également « à l'idée d'une unité psychique de l'humanité. Si les conditions sont identiques, même en des lieux ou époques différents, le psychisme humain opérera de la même façon » (Plivard, 2014, p. 10). Pour cela, il étudie les « survivances » culturelles qui seraient les traces de cette culture originelle et que l'on retrouverait de façon transversale dans plusieurs cultures. Il emploie donc une méthode comparative. Malgré son point de vue universaliste, Tylor n'excluait tout de même pas « l'idée d'une certaine relativité culturelle, dans la mesure où il ne croyait pas à un parallélisme absolu dans l'évolution des différentes sociétés » (Testart cité par Plivard, 2014, p. 10). De son côté, Boas, de par son travail méticuleux d'ethnographe dans différentes tribus Indiennes dont il apprit la langue, va postuler qu'il ne faut pas sous-estimer la complexité d'un système culturel et donc qu'il faut être prudent quant à toute tentative de généralisation. Dans son esprit, chaque culture est unique et représente une totalité singulière. Et pour comprendre et appréhender cette unité singulière, il s'agit de relier ses coutumes à leur contexte culturel. Cette position rend, selon lui, particulièrement intenable la conception évolutionniste et universelle de la culture selon Tylor. Il érige alors le relativisme culturel comme principe méthodologique. Mais comme nous l'avons vu, le relativisme culturel fût source de controverse : « celui-ci - de simple principe éthique et méthodologique destiné, dans l'esprit des anthropologues du siècle dernier, à combattre l'ethnocentrisme - s'est paré abusivement, dans certains cercles (notamment parmi les tenants du "droit à la différence"), d'une dimension ontologique qui n'est pas sans équivoques ni contradictions. En effet, si tout est équivalent, le dogmatisme, le révisionnisme ou la tyrannie deviennent "légitimes", et on peut alors "contextualiser" n'importe quelle atrocité » (Ferréol dans Costa-Lascoux et al., 2000, p. 132). Ce que nous retenons de cette citation est effectivement le fait que, mettre uniquement au premier plan la contextualisation de faits comme justification de leur bien-fondé, puisse réduire l'homme à un statut uniquement socioculturel et donc le déposséder de toute capacité à raisonner au-delà de son propre contexte d'usage. Or, c'est de cette raison dont l'homme a besoin pour se hisser au-dessus des codes culturels et ainsi répondre à son droit à la diversité (paradoxalement encouragé par le culturalisme). Car sans raison, ce droit à la diversité se transforme en un droit à l'enfermement. L'émancipation de l'homme par la raison ne peut être remise en question. Au fond, le débat du relativisme culturel concerne donc « l'autonomie de la raison ou, si l'on veut, l'irréductibilité de la philosophie à l'ethnologie. Ce qui est requis ici, c'est le droit de juger des cultures à partir d'une définition de l'homme fondée sur son aptitude au décentrement critique » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 269) pour ne pas que l'on puisse remettre en question l'idée de l'unité du genre humain. Pour autant, nous ne pouvons pas non plus, prendre le risque de « tomber » dans l'universalisme abstrait, car tous les hommes ont la caractéristique commune d'être doués de raison, caractérisé uniquement par l'utilisation de la raison et renonçant à la médiation.

Comment conjuguer universalisme et particularisme ?

Comme nous l'avons précisé dans notre première partie, le choix qui semble être le plus judicieux est celui de la « voie du milieu » ou d'une « position centrale ». Plutôt que d'opposer « particularisme » et « universalisme », il parait plus fécond d'adopter l'un et l'autre pour : apprendre à se connaître soi-même afin de mieux aller vers l'Autre. En effet, nous pouvons par exemple, distinguer l'humanisation de l'ethnisation. L'humanisation correspondrait au fait que

l'individu se dote d'une culture : fait général commun à tous les individus. L'ethnisation correspondrait au fait que l'individu se dote d'une culture spécifique ce qui représenterait maintenant un fait particulier. A travers cet exemple, nous combinons le général et l'individuel. L'élaboration de normes éthiques universelles relève également de cette logique. Par le biais de la communication et l'utilisation de leur raison, les individus vont confronter leurs propres normes à celles des autres et ainsi former un consensus. Ainsi, « la relation constitue à la fois le fait primitif de la relation humaine et la norme centrale de cette réalité. C'est en intériorisant les règles de la compétence communicative que l'homme se fait sujet. Le sujet est donc celui qui fait le pari que la communication est possible malgré la pluralité des codes et en dépit de nos appartenances à des communautés singulières » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 272).

1.3.5. Ethnie et Ethnicité

Ces termes peuvent revêtir une connotation négative dans le champ intellectuel français car associés à l'idée du communautarisme en termes d'organisation sociale. Mais nous proposons de les définir tout de même car ces éléments de définition permettent de comprendre les limites mais aussi les intérêts de ces notions. Nous pouvons d'emblée postuler qu'il n'y a pas d'univoque en ce qui concerne la définition d'une ethnie et l'utilisation de la notion d'ethnicité, qui va recouvrir des utilisations diverses et contradictoires. Nous pouvons tout de même définir une ethnie comme étant « un groupement humain qui se réclame d'une même origine, possède un nom (ethnyme ou ethnonyme) et une tradition culturelle commune. Ses membres ont conscience de partager une langue, un territoire et une histoire identiques » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 128). La première utilisation du terme d'ethnie remonte aux années 1940 pour désigner les groupes appelés *natives* en Amérique du Nord qui sont les groupes autres que les Anglo-américains. A cette époque, les ethnies sont décrites comme présentant des différences culturelles (langue, religion etc.) par rapport au modèle anglo-saxon mais ne sont pas caractérisées par des traits physiques distincts (autrement dit raciaux). Et c'est en lien avec ce dernier point que peut s'opérer une dérive de la notion d'ethnicité comme l'a indiqué Barth (1995). En effet, si nous reprenons la définition anthropologique relativement stable, du groupe ethnique à l'époque de Barth, celui-ci se caractérise selon quatre critères :

- C'est un groupe qui se perpétue biologiquement
- C'est un groupe qui partage des valeurs fondamentales, qui se réalise à travers des formes culturelles et qui présente une certaine unicité
- C'est un groupe qui se constitue un espace de communication et d'interactions
- C'est un groupe qui est constitué d'individus qui s'identifient entre eux et qui sont identifiés par les autres comme constituant un groupe qui peut être distingué des autres groupes

Là où Barth identifie un danger avec cette notion d'ethnie et si la dimension culturelle du groupe est confondue avec sa dimension biologique. Ainsi, il redéfinit les groupes ethniques comme étant des catégories d'attribution et d'identification opérées par les acteurs eux-mêmes et qui ont donc pour caractéristiques d'organiser leurs interactions. Ce n'est pas une réalité mais un construit social reposant sur les interactions à l'autre. Ce qui va alors caractériser un groupe

ethnique est la manière dont il va se présenter à l'autre et la manière dont il est perçu par cet autre en retour. Il s'agit donc d'une perception subjective marquant une conscience d'appartenance et non pas d'une perception objective de catégorisation politique ou encore de différenciation sociale appuyée sur une appartenance ethnique qui peut effectivement être la source de dérives génocidaires. Deux conceptions de l'ethnicité s'opposent donc : une conception objectiviste et une conception subjectiviste. Comme l'indiquait Weber, les groupes ethniques sont des « groupes humains qui nourrissent une croyance subjective à une communauté d'origine fondée sur des similitudes de l'habitus extérieur ou des mœurs, ou des deux, ou sur des souvenirs […], de sorte que cette croyance devient importante […], qu'une communauté de sang existe ou non objectivement » (Weber cité par Ferréol & Jucquois, 2010, pp. 124-125). Allant toujours dans ce sens, Barth indique qu'une ethnie n'est pas un groupe concret ce qui rend toute dérive impossible. Pour lui, « il ne va, en effet, nullement de soi qu'une ethnie constitue un espace clairement défini et que ses membres partagent les mêmes valeurs fondamentales, valeurs qui seraient repérables dans les formes culturelles manifestes » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 125). Ainsi, si nous devions résumer l'ensemble de ces apports pour définir de nouveau l'ethnicité et une ethnie aujourd'hui, nous pourrions dire qu'« étudier l'ethnicité reviendrait à s'intéresser aux "processus variables et jamais finis par lesquels les acteurs s'identifient et sont identifiés par les autres sur la base de dichotomisations Nous/Eux, établies à partir de traits culturels supposés dérivés d'une origine commune et mis en relief dans les interactions sociales" » (Poutignat & Streiff-Fenart cités dans Ferréol & Jucquois, 2010, p. 126).

Ce qui nous amène à dégager quatre éléments définissant une ethnie :

L'identité ethnique n'est jamais purement endogène, elle relève d'une attribution catégorielle : « elle se construit dans la relation entre la catégorisation par les autres … et l'identification à un groupe particulier » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 126).

L'identité ethnique possède une frontière : « d'une part, il ne saurait y avoir identité ethnique sans séparation avec des non-membres, sans référence à une altérité, et, d'autre part, la pérennité des groupes tient à l'existence de ces frontières, indépendamment des changements au sein de la culture » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 126).

L'identité ethnique possède une origine commune ou supposée telle : « langue, territoire, religion, couleur, tous ces éléments sont naturalisés par l'idée d'une origine commune. L'identité apparaît ainsi comme une fidélité à des événements historiques (ou fictionnels) fondateurs » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 126).

L'identité ethnique revêt un caractère saillant : c'est-à-dire qu'elle est mise en relief dans l'interaction selon le choix de l'individu en fonction du contexte dans lequel il se trouve. « Ce qui est fondamental, c'est que l'ethnicité ne renvoie pas ici à une essence mais à un répertoire que l'on peut, ou non, choisir de mobiliser » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 126).

1.3.6. Enculturation et socialisation ou la transmission culturelle

« L'enculturation est un processus d'acquisition de la culture endogroupe dont tout le monde peut faire l'expérience ; elle a lieu d'ordinaire avant le début de la phase

d'acculturation » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 87). L'acculturation peut recouvrir plusieurs significations en fonction de la discipline qui la convoque. Ainsi, elle peut désigner « les mécanismes d'apprentissage et de socialisation, l'intégration d'un individu à un environnement qui lui est étranger et, plus fondamentalement, les processus et changements entraînés par des interactions ou des contacts directs et prolongés entre groupes ethniques différents à l'occasion d'invasions, de colonisations ou de migrations, qu'il s'agisse d'échanges ou d'emprunts, d'affrontements ou de rejet, d'assimilation ou d'accommodation, de syncrétisme ou de réinterprétation » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 1). Nous pouvons mettre en évidence que les modalités de l'acculturation sont variables : cela peut aller d'une relation asymétrique s'apparentant à de la domination, à des échanges réciproques plus ou moins équilibrés. Pour en revenir à l'enculturation, il est difficile de très clairement la distinguer de la socialisation. Nous retiendrons que l'enculturation est une partie de la socialisation : « pour Camilleri (1989), l'enculturation (ou endoculturation) correspond aux processus par lesquels l'individu intériorise et s'approprie la culture de son groupe. Ce processus ne serait qu'une partie d'un autre plus général, la socialisation, où l'individu est confronté cette fois à l'ensemble des significations collectives issues de son groupe » (Plivard, 2014, p. 30).

Du point de vue de la socialisation des individus, le passage par l'ethnocentrisme (terme créé par le sociologue américain Sumner en 1906) est obligatoire. On ne peut socialiser ou éduquer un enfant à la relativité des cultures. Cela ne peut être qu'un processus de socialisation secondaire[64], la plupart du temps volontaire et conscient qui arrive tardivement et qui ne pourra pas totalement gommer l'ethnocentrisme premier : « par la confrontation de ses propres modèles avec d'autres modèles culturels, l'enfant ou l'adulte qui vit à l'étranger, dans un milieu différent du sien, va acquérir une certaine souplesse intellectuelle et le sens du relativisme culturel » (Groux, 1997, p. 133). Mais avant cela, le passage par l'ethnocentrisme est nécessaire pour tout individu et nous pouvons le qualifier comme ceci : « l'ethnocentrisme est cette "attitude" qui consiste à poser comme référence absolue ses propres normes et ses propres valeurs dans l'observation que l'on fait des normes et valeurs d'une autre société. Cette attitude est inévitable car il est impossible de voir l'Autre de manière totalement neutre : on ne peut le voir qu'à partir de "son propre point de vue" au sens spatial du terme. Cependant, ne pas en avoir conscience et ne pas en tenir compte amène à porter un jugement sur les autres cultures en les mesurant à l'aune de la sienne » (Renaud, 2019, p. 61). Cette toute première socialisation de l'individu, involontaire et inconsciente, passe par l'incorporation d'une et une seule culture. Cette étape est indispensable pour ne pas aboutir à un résultat qui serait celui d'individus en difficultés psychologiques et sociales car privés de leur cadre normatif c'est-à-dire de repères forts et précis. Cette première réalité que nous vivons est à la fois fixe et évolutive. Fixe dans le sens où elle est vécue comme telle par les individus qui sont ancrés dans une culture. Cela permet aux individus de se reconnaitre, de se retrouver autour de normes et de valeurs déterminées une fois pour toute et partagées et donc d'avoir un sentiment d'appartenance à un

[64] Nous reviendrons sur la notion de socialisation primaire et secondaire plus loin.

groupe bien particulier et distinct des autres. Mais toute culture change ce qui implique alors que cette réalité vécue comme fixe par les individus devient également dynamique et évolutive : « une culture est un processus dynamique qui évolue toute la vie, elle varie dans le temps et l'espace. A fortiori, la culture d'un individu ou d'un groupe se modifie sous l'influence de déterminants personnels, socio-économiques, environnementaux » (Brennetot dans Colinet, 2019, p. 125). Il n'existe donc pas de tradition culturelle. En effet, toute culture d'origine est finalement une culture d'origine réinventée avec le temps. Quoiqu'il en soit le sentiment d'appartenance à une culture peut être sociologiquement intéressant dans le sens où cela relève d'une démarche active et volontaire émanant d'un choix des individus qui se sentent alors porteurs d'une culture. Cela renvoie au concept de l'identité que nous développerons plus loin mais, nous pouvons indiquer que l'identité individuelle va alors se confondre avec le « nous » d'une identité collective.

1.3.7. L'identité culturelle

« Chaque individu possède autant d'identités que d'appartenances ou, plus précisément, de "sentiments d'appartenance" : la construction identitaire repose sur des perceptions (catégorisations) qui déterminent des affiliations plurielles, simultanées et/ou successives » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 156). L'identité culturelle est en partie ce qui participe à la constitution des identités personnelle mais surtout sociale d'un individu. Elle « rend compte des processus d'appropriation et de partage par l'individu des éléments culturels de son environnement social et culturel. Ces éléments peuvent être des valeurs et des croyances » (Plivard, 2014, p. 48). Ainsi, comme nous l'avions définie dans notre première partie, l'identité culturelle est « l'ensemble de caractéristiques que des sujets d'un même groupe partagent et mettent en avant pour se définir et se différencier des membres d'autres groupes (Guerraoui & Troadec, 2000, p. 89) » (Plivard, 2014, p. 49). L'identité culturelle est ce qui permet à un individu d'appréhender son environnement et de décoder les significations sociales de ses propres comportements et de ceux d'autrui grâce à des schèmes interprétatifs. La notion d'identité culturelle thématise alors le « rapport que l'individu entretient avec son environnement culturel et la contribution de cet environnement à la définition de soi (Ogay, 2001) » (Plivard, 2014, p. 49). En effet, comme le résume Vinsonneau (2002), « les acteurs sociaux étant constructeurs de leur identité, des matériaux leur sont nécessaires pour la réalisation d'en tel ouvrage. Dans cette optique, la culture offre des ressources symboliques quasi inépuisables. Elle est un vivier de significations, élaborées et partagées, à la fois par des individus et par des groupes que rallient des perspectives communes. Le sujet en quête de cohérence y cherche les repères utiles à l'édification du sens de son être et de sa pratique. La culture oriente l'inscription de l'individu dans le tissu social, les modalités de partage des valeurs qui s'offrent à lui et ses choix d'appartenance » (Plivard, 2014, pp.49-50). Comme toute identité, l'identité culturelle revêt un caractère dynamique et adaptatif au contexte dans lequel l'individu se trouve.

Enfin, l'identité culturelle peut aussi davantage faire référence à l'identité interculturelle : « le développement des "identités interculturelles" intégrant différents modèles, des "personnalités pluralistes" ainsi que l'étude des stratégies identitaires permettant de

répondre au besoin de (re)construction d'une identité culturelle forment l'objet d'étude de l'approche interculturelle. Le rapport à l'altérité culturelle est également largement sollicité dans la mesure où il va bouleverser la structuration culturelle de l'individu au niveau du temps, de l'espace, des mythes, des valeurs, etc. (Krewer, 1999) » (Plivard, 2014, p. 27).

1.4.Le phénomène d'acculturation et ses stratégies

L'acculturation peut être entendue comme le résultat du contact entre deux ou plusieurs cultures. Aujourd'hui, les différentes cultures se rencontrent et partagent des éléments les constituant et les faisant évoluer. Du point de vue sociologique, nous retenons la définition de l'acculturation qu'en donne Herskovits en 1936 dans son *Memorandum on the study of acculturation* : « l'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes » (Renaud, 2019, p. 62). Avant Herskovits, les anthropologues américains notamment Powell dans les années 1880 s'étaient déjà intéressés à l'acculturation au moment où ils s'empressaient d'étudier les cultures dites pures, primitives ou encore authentiques avant que le métissage culturel ne puisse plus permettre de les connaitre. Du point de vue de Powell, l'acculturation est donc un phénomène perturbateur. C'est en ce point qu'Herskovits diffère de Powell car, pour lui, le processus de transformation culturelle qu'engendre l'acculturation présente autant d'intérêt que d'étudier les cultures dites authentiques. L'acculturation est donc le résultat d'un contact qui engendre une transformation culturelle mais elle n'est pas la seule forme de changement culturel pouvant résulter de facteurs internes à la société. De ce fait, elle ne doit pas être confondue, selon Herskovits, avec deux autres phénomènes qui sont ceux de l'assimilation et de la diffusion :

- *L'assimilation* : elle est la phase ultime de la rencontre entre plusieurs cultures mais correspond à la disparition d'une culture qui est englobée, engloutie par une autre.
- *La diffusion* : elle correspond uniquement à la propagation d'un trait culturel sans pour autant qu'il y ait eu un contact direct et continu entre les cultures. De nos jours, le phénomène de diffusion n'est plus vraiment probable, dans le sens où le phénomène de mondialisation (économique, politique, des groupes et des individus) induit des contacts directs et continus entre une pluralité de cultures.

Pour caractériser davantage l'acculturation, les anthropologues américains vont emprunter une notion à la linguistique qui est celle de « tendance ». En effet, l'acculturation n'est pas le résultat d'une transformation par conversion mais le fruit d'un partage et donc de l'emprunt de traits culturels sélectionnés. L'idée d'une culture dominante qui imposerait à une culture non dominante ses caractéristiques est donc assez éloignée de ce qu'est l'acculturation : un processus, étranger à tout mécanisme de domination. De plus, Herskovits ajoutera à ceci la notion de « "réinterprétation" définie comme "le processus par lequel d'anciennes significations sont attribuées à des éléments nouveaux ou par lequel de nouvelles valeurs changent la signification culturelle de formes anciennes » (Renaud, 2019, p. 62).

De son côté, Cuche (1996) nous apporte d'autres éléments de précision concernant l'acculturation :

D'abord, elle n'est jamais le fruit d'un hasard : en effet, la rencontre peut être le fruit d'un hasard mais le changement culturel relève d'une volonté. Pour exemple, l'étude de l'histoire des civilisations montre que des civilisations très proches géographiquement n'ont jamais rien partagé entre elles. Storck (1999) cité par Brennetot dans Colinet (2019, p. 125) « décrit la culture comme une façon de vivre en groupe, animée par toutes sortes d'idéaux collectifs avec des idées dominantes, qui peuvent être extrêmement importants pour tel groupe déterminé, mais qui restent incompréhensibles ou dénués d'intérêt pour les voisins ».

Ensuite, les éléments non symboliques se partagent plus aisément que les éléments symboliques : en effet, les éléments symboliques sont davantage emprunts de significations pouvant trop différer entre les cultures.

Si nous séparons la « forme », la « fonction » et la « signification » des traits culturels, trois régularités semblent se dégager : plus la forme de l'élément est étrange plus son acceptation est difficile par la culture receveuse ; les formes se partagent davantage que les fonctions et « un trait culturel, quelles que soient sa forme et sa fonction, sera d'autant mieux accepté et intégré qu'il pourra prendre une signification en accord avec la culture receveuse » (Renaud, 2019, p. 63).

Maintenant, en ce qui concerne la dimension sociale d'une culture, c'est Bastide dans les années 1950 (marqué par l'analyse marxiste), qui va préciser que le phénomène d'acculturation concerne lui aussi une dimension sociale : « il n'y a pas de rencontres entre les cultures indépendamment d'un substrat économique et politique » (Renaud, 2019, p. 63). Ce que cela sous-entend c'est que le changement d'un trait culturel produira également des effets notamment sur les plans économique et politique. Pour lui, l'acculturation est un phénomène total qui va toucher tous les niveaux de la réalité sociale : économique, politique et culturelle.

La rencontre interculturelle n'est donc pas sans conséquences et celles-ci peuvent être « négatives ». C'est le cas, par exemple, de la *déculturation* qui peut, à la fois, avoir des conséquences sociales et individuelles du point de vue psychologique. La déculturation en anthropologie est liée à l'anomie en sociologie. Ce phénomène peut se produire aussi bien à l'échelle collective qu'à l'échelle individuelle. A l'échelle collective cela correspond au fait qu'une culture perde ses valeurs, ses normes et son système d'organisation à cause d'un bouleversement qui va alors créer une perturbation tellement importante qu'elle engendre une rupture dans le processus historique de son évolution. En ce qui concerne l'anomie en sociologie, ceci peut arriver quand un changement se produit très vite et qu'il ne laisse pas la possibilité aux individus d'adapter leurs anciennes normes et valeurs à la situation. Ils n'ont donc pas la possibilité de construire de nouvelles normes et valeurs et la non adaptation des anciennes normes et valeurs entrainent alors leur disparition. A l'échelle collective, la déculturation peut aussi résulter de la rencontre sur le long terme entre deux cultures mais dont la domination de l'une va empêcher l'autre de se maintenir. Cette dernière va alors perdre petit à petit ses référents sans pour autant adopter ceux de la culture dominante (c'est notamment le cas des situations coloniales mais qui peuvent également avoir des conséquences à l'échelle

individuelle). A l'échelle individuelle, Cuche va considérer que la déculturation peut ne pas toujours correspondre à une disparition simple et définitive d'une culture conduisant à un vide culturel. En effet, nous rappelons que la culture est un système composé d'éléments liés et en interaction les uns par rapport aux autres et formant un tout équilibré. De ce fait, il pense que certains éléments du système culturel d'origine perdureront sous forme de *restes fragmentaires* qui coexisteront avec les éléments de la culture dominante sous forme cette fois d'*apports fragmentaires*. Mais cela peut s'observer chez un individu qu'à condition qu'il puisse établir des liaisons structurelles entre ses systèmes culturels et qu'il puisse restructurer alors un nouveau système culturel. Pour Cuche, la déculturation à l'échelle individuelle se produit donc si l'individu n'est pas en capacité d'effectuer les liaisons structurelles entre les différents fragments : « les significations profondes de ces éléments sont définitivement perdues. Ce tout hétéroclite ne fait pas système » (Cuche cité par Renaud, 2019, p. 65). A l'échelle individuelle la déculturation peut également correspondre au fait qu'un individu abandonne sa culture d'origine pour une autre mais que cette dernière rejette l'individu. Nous retrouvons ceci dans le phénomène de la colonisation. L'individu, en perte de repères et de normes, ne peut ni revenir à sa culture d'origine ni aller vers la nouvelle. Il s'en suit une déstructuration mentale importante car le processus identitaire est bloqué par des raisons sociologiques.

D'autres conséquences de la rencontre interculturelle sont possibles :

Le principe de coupure : Bastide[65], lors de son étude du Brésil dans les années 1950, décrit comment les afro-brésiliens organisent leur vie et leur univers social en compartiments étanches. Il explique comment les afro-brésiliens peuvent alors adopter un comportement dit normal le jour et s'adonner à des pratiques rituelles religieuses comme le Candomblé le soir. Ces pratiques issues de leur origine africaine perdurent et sont donc compartimentées par rapport au reste de leur vie sociale. Ils ont une participation active dans chacun des compartiments qu'ils se créent mais elle est de nature différente et les compartiments n'interagissent pas entre eux (Camilleri a aussi décrit ceci). Ils coupent, séparent et distinguent leurs pratiques sociales ce qui ne créent pas de contradictions pour eux. Pour Bastide, il ne s'agit pas comme pour Parker d'Êtres marginaux pris entre deux cultures mais il s'agit bel et bien d'Êtres pluriculturels à part entière. Il n'y a pas duplicité de l'afro-brésilien mais réellement plusieurs tableaux différents qui ne communiquent pas entre eux et dans lesquels, il tient pourtant un rôle actif. Vingt ans plus tard, Bastide étend sa réflexion à propos du principe de coupure et indique qu'il peut aussi toucher les structures perceptives, logiques et affectives de l'individu. Dans son ouvrage, *Le prochain et le lointain*, il indique « apparaissent des coupures qui font que l'intelligence peut être déjà occidentalisée alors que l'affectivité reste indigène (originaire, autochtone) ou réciproquement » (Bastide, 2001, p. 144).

[65] « L'humaniste, préoccupé de chercher le fil qui relie les cultures tout en soulignant leur spécificité » (Bastide, 1999, p. 3).

La contre acculturation : elle correspond à la contestation de la rencontre et du partage entre les cultures. La réaction culturelle provoquée est opposée à celle de l'interaction engendrée par l'acculturation. Cette réaction peut causer les premiers moments de désaliénation des groupes dominés et des mouvements messianiques. Ce sont des mouvements non armés. La plupart du temps, ces phénomènes s'observent quand les groupes ont déjà suffisamment avancé dans le phénomène d'acculturation et que le groupe dominé possède les ressources et les moyens pour remettre en cause le groupe dominant en utilisant ses propres outils intellectuels. Ces mouvements empruntent alors le chemin d'une nouvelle voie, d'une nouvelle construction et d'un projet nouveau. Il existe également des mouvements de contre acculturation d'ordres religieux ou encore régionalistes quand un retour aux sources fondamentalistes est prôné.

Nous présentons maintenant le modèle des stratégies d'acculturation de Berry (psychologue canadien). Ce modèle peut être lu, aussi bien du point de vue des groupes non dominants que des groupes dominants. Pour Berry, l'acculturation se produit à plusieurs niveaux. D'abord au niveau des système culturels puisque l'acculturation est « la notion [qui] désigne le changement culturel qui résulte du contact entre personnes de cultures différentes, à la fois dominantes et non dominantes » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 81). Mais nous percevons également, à travers cette définition, que l'acculturation se situe aussi à l'échelle des individus et qu'elle implique des changements psychologiques chez ces derniers. Enfin, entre ce que nous pourrions nommer les niveaux macro et micro précédemment cités, nous trouverons le niveau méso des institutions : « entre ces deux niveaux, on s'intéresse également au changement institutionnel au sein des sociétés constituées de plusieurs communautés culturelles » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 81). Ce modèle a vu le jour dans les années 1960 quand Berry effectuait un travail sur les Aborigènes d'Australie et concernait alors « les préférences de la part des individus de groupes culturels non dominants dans leurs façons de s'identifier à leur propre culture et à celle des autres dans la vie quotidienne » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 82). Puis il a étendu son modèle aux groupes dominants mais aussi aux institutions et aux Etats afin d'évaluer comment ces structures s'adaptent à la réalité du pluralisme culturel en leur sein. Dans son approche de l'acculturation, nous trouvons intéressant le fait qu'il prenne en considération les groupes dominants (leur influence et leur rôle) puisque l'acculturation, dans sa définition anthropologique originale, « implique clairement que les deux groupes en contact subissent un processus d'acculturation » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 84). Ainsi, dans les stratégies que nous présenterons ci-dessous, il faut bien tenir compte du fait que les stratégies peuvent être recherchées par l'un ou l'autre des deux groupes car on ne peut pas, selon Berry, atteindre la pleine compréhension des individus non dominants sans tenir compte des perspectives mutuelles en relation avec le groupe dominant. Il faut également tenir compte du fait que le groupe non dominant est relativement libre de choisir son mode d'acculturation ce qui n'est pas toujours rendu possible par le groupe dominant quand celui-ci impose ou limite certains choix au groupe non dominant. « Par exemple, l'intégration peut seulement être choisie librement et assumée avec succès par des groupes non dominants lorsque la majorité dominante est ouverte et tolérante à l'égard de la diversité culturelle » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 84). Cela passe donc par une reconnaissance mutuelle des différences culturelles de chaque groupe dans la vie quotidienne. Nous pouvons remarquer que l'approche de l'acculturation selon Berry est empreinte d'une tonalité optimiste. Cela est lié au

fait qu'il soit Canadien : « en ce qui me concerne, j'ai grandi dans une société multiethnique, dans un pays fondé sur l'immigration et qui a développé une politique de multiculturalisme pour mieux gérer la diversité culturelle » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 88). De ce fait, il semblerait que la diversité faisant partie intégrante de la réalité canadienne facilite alors l'accommodation mutuelle des différentes cultures entre elles (c'est le cas du Brésil en partie également). Il indique lui-même que l'« on peut qualifier ce contexte d'optimiste et de propice à une idéologie qui favorise le pluralisme et l'adaptation des institutions à la diversité ethno-culturelle » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 88).

Le modèle des stratégies d'acculturation en question de Berry a le mérite d'être particulièrement simple (logique pragmatique nord-américaine) puisqu'il s'agit d'un tableau à double entrée posant deux questions fermées auxquelles les réponses possibles sont donc : OUI ou NON. Les questions étant :

- Est-il important d'établir et de maintenir des relations avec d'autres groupes ?
- Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles ?

Tableau 8 : Les stratégies d'acculturation de Berry (Berry, 2000)

Modèle des stratégies d'acculturation de Berry		Est-il important d'établir et de maintenir des relations avec d'autres groupes ?	
		OUI ⟷	**NON**
Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles ?	**OUI** ↕	Intégration	Séparation Ségrégation
	NON	Assimilation	Marginalisation[66]

Les doubles flèches indiquent que les réponses données peuvent présenter un certain degré de nuance entre un « tout oui » et un « tout non » laissant l'opportunité à l'individu d'agir selon un curseur qu'il positionnerait lui-même entre les réponses possibles. Les réponses peuvent donc plutôt s'apparenter à des tendances d'intégration, d'assimilation etc.

[66] La marginalisation n'est pas vraiment une « stratégie » mais plutôt une conséquence subie par l'individu à notre sens. En effet, dans la mesure où elle peut aboutir à un processus de déculturation et d'anomie et à de lourdes répercussions psychologiques pour l'individu, nous l'envisageons difficilement comme une stratégie.

Nous retrouverons des similitudes entre ces stratégies et celles de Taboada-Leonetti que nous présenterons plus loin sur les stratégies identitaires. Mais pour le moment définissons, *a minima,* les termes du tableau :

- *Intégration* : « dans ce cas, on maintient un certain niveau d'intégrité culturelle tout en cherchant à participer à l'ensemble du réseau social, à la fois en tant que membre à part entière de ce réseau et en tant que membre d'une communauté culturelle distincte » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 83).
- *Assimilation* : elle se produit « dans le cas des groupes non dominants, quand les individus ne souhaitent pas maintenir leur identité culturelle et cherchent une interaction soutenue avec les autres cultures » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 82).
- *Séparation* (groupe dominé) / *Ségrégation* (groupe dominant) : cela désigne le fait général de vouloir conserver sa propre culture et d'éviter toute interaction avec les membres de l'autre groupe.
- *Marginalisation* : elle se produit « quand il manque la motivation ou la possibilité de maintenir sa culture d'origine (…) et qu'il n'y a aucun intérêt à entrer en relation avec les autres » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 83).

Nous poursuivons avec Camilleri (père de la psychologie interculturelle) puisque Berry proposa son modèle dans un ouvrage[67] en hommage à celui-ci. En effet, Camilleri s'est particulièrement intéressé aux stratégies d'évitement des conflits identitaires dans le cadre du pluralisme culturel. Camilleri s'est notamment efforcé, au cours de ses travaux, de comprendre l'enchevêtrement de la culture et de l'identité. Il a montré que face à une même situation d'acculturation, les individus vont présenter des réponses différentes en adoptant des stratégies différentes. Cela peut également être le cas chez un même individu qui adoptera des stratégies identitaires différentes en fonction des étapes de sa vie ou encore des éléments du contexte dans lequel il se trouve (situations d'interactions différentes entre un individu et les membres de son endogroupe et ceux de l'exogroupe). Une partie de ses travaux est donc tournée vers les conséquences sociales et individuelles d'un changement culturel sur l'identité et sur le devenir identitaire de l'individu (approche centrée sur l'individu et sa psychologie). Pour lui, l'identité est, entre autres : « une dynamique d'aménagement permanent des différences, y compris les oppositions, en une formation perçue comme non contradictoire. Aussi le sentiment de l'identité demeure-t-il tant que le sujet parvient à donner à l'altération le sens de la continuité. A défaut, il y a crise » (Camilleri, 1998, p. 86). Voilà l'un des pôles identitaires important dans l'approche de Camilleri, *l'unité de sens* : « le besoin d'élaborer et de restaurer sans relâche une unité de sens à laquelle nous nous identifions, nous procurant l'impression de cohérence et de

[67] Costa-Lascoux, Jacqueline ; Hily, Marie-Antoinette ; Vermès, Geneviève. (2000). *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri*. Paris: L'Harmattan.

stabilité » (Camilleri, 1998, p. 87). Le deuxième pôle identitaire pour Camilleri est celui de *l'identité de valeur* ou encore « l'auto-attribution d'une valeur minimale attachée à l'image de ce moi » (Camilleri, 1998, p. 88). En effet, quand l'individu va procéder à des remodelages de son identité en lien avec de nouveaux apports, il va avoir la préoccupation d'évaluer quelles vont être les incidences de ce processus sur l'image qu'il se fait de lui-même en référence à un « moi idéal » : « ainsi la constitution de l'identité de fait, constatée, est inséparable de la négociation d'une identité de valeur, revendiquée » (Camilleri, 1998, p. 86). Enfin le troisième et dernier pôle identitaire selon Camilleri réside dans l'interaction avec le social et la détermination de *l'identité prescrite*. Les deux premiers pôles ainsi décrits font plutôt référence à la dimension psychologique de l'identité tandis que le troisième fait plutôt référence à sa dimension sociologique. C'est surtout au regard des deux premiers pôles identitaires décrits par Camilleri que celui-ci a décrit les réactions identitaires et stratégies de préservation que l'individu va mettre en œuvre quand une situation de disparité culturelle se présente à lui. En effet : « les deux grands défis auxquels les individus sont prioritairement sensibles en situation de morcellement culturel sont bien les atteintes à leur unité de sens et à la valeur qu'ils s'attribuent » (Camilleri, 1998, p. 88). Avant de plus entrer dans le détail de ces stratégies identitaires, Camilleri indique que la particularité de la gestion de la disparité culturelle n'est pas qu'elle engendre la mise en œuvre de mécanismes particuliers, inédits ou encore exceptionnels, mais plutôt qu'elle semble être davantage difficile « du fait que les différences, dans ce cas, ont des chances d'être plus souvent des oppositions, et des oppositions plus marquées qu'à l'ordinaire » (Camilleri, 1998, p. 87).

Les atteintes de l'identité de valeur

Elles s'observent dans le cadre de relations asymétriques quand un groupe dominant va attribuer une valeur négative aux membres d'un groupe dominé. Ainsi c'est l'image de soi qui est touchée chez l'individu. Comment éviter l'intériorisation du jugement dépréciatif et de cette *identité négative* prescrite ?

Nous allons retrouver l'assimilation de l'individu au groupe dominant mais avec une composante supplémentaire qui est le transfert par l'individu de l'injonction dévalorisante sur le reste des membres du groupe duquel il cherche à se détacher. C'est *l'identité négative déplacée*.

D'autres se protégeront de cette intériorisation par la « simple » prise de conscience de leur singularité (sans la péjorer) à travers et au moment du refus qu'ils perçoivent chez l'autre : « ils l'évitent en pratiquant la prise de distance, se contentant de prendre acte du maintien obligatoire dans ce qu'ils sont puisqu'on ne leur permet pas de devenir autre chose » (Camilleri, 1998, p. 90). C'est *l'identité par distinction*.

D'autres vont se distinguer ou se protéger de l'autrui dépréciateur en se formant un bouclier contre cet autre : c'est *l'identité-défense*.

Enfin, d'autres vont aller un peu plus loin en se « sur-affirmant » plus ou moins agressivement ou vont se reconstruire contre eux-mêmes. C'est *l'identité-polémique*.

Les atteintes de l'unité de sens

Camilleri va distinguer les atteintes qui porteront sur la fonction *ontologique* de l'identité ainsi que sur la fonction *pragmatique* de l'identité. La citation suivante illustre ces deux fonctions de l'identité : « l'équilibre de l'individu est atteint quand, entre autres conditions, les représentations et valeurs auxquelles il s'identifie, par lesquelles il fixe une signification à son être, sont celles-là même qui lui permettent de s'accorder avec son environnement » (Camilleri, 1998, p. 93). C'est la culture qui offre et permet la cohérence et l'équilibre entre les fonctions ontologique et pragmatique de l'identité chez un individu. Mais en cas de pluralisme culturel, ces fonctions peuvent se retrouver en dissonance quand les modèles culturels ne sont pas alignés. Cette dissonance peut alors concerner soit la *structure* soit le *contenu* des codes en opposition. Camilleri indique que, dans le cadre des incompatibilités de structure des systèmes, il est difficile d'apprécier les conséquences et les stratégies mises en œuvre par les individus pour y faire face. C'est pourquoi, ses travaux ont davantage porté sur la gestion par les individus des disparités des contenus des codes en présence afin de ne pas rompre leur unité identitaire. Ainsi les stratégies identifiées sont :

La cohérence simple : les individus vont faire un choix en « supprimant » soit la fonction ontologique soit la fonction pragmatique de leur identité. Cela aboutira au repliement de l'individu (par rejet complet de l'autre) si sa préoccupation est ontologique et qu'il choisit son code originel. Il peut, cependant, exister des nuances dans le degré du rejet des codes de l'autre, laissant alors apparaitre que l'individu peut malgré tout consentir à un « minimum pragmatique ». *A contrario*, si la préoccupation de l'individu est pragmatique et qu'il choisit le nouveau code de référence alors cela aboutira à son accommodation avec, encore une fois, plusieurs nuances dans l'intégration du nouveau code de référence. Dans ce cas, l'individu laisse alors apparaitre cette fois un « minimum ontologique ». Que ce soit dans le cas du « minimum pragmatique » ou du « minimum ontologique », nous restons malgré tout bel et bien dans le cadre de la cohérence simple car Camilleri précise que les individus vont pratiquer une *alternance* des codes et non une conciliation de ces codes. La conciliation concerne la cohérence complexe.

La cohérence complexe : les individus vont tenter de concilier les préoccupations ontologique et pragmatique de leur identité « ce qui les amène, pratiquement, à inventer des modalités d'articulation des représentations et valeurs des deux systèmes en présence » (Camilleri, 1998, p. 101). La cohérence complexe peut alors aboutir à la formation d'identités *syncrétiques* (prenant le meilleur dans chacun des codes pour le plaisir uniquement donc selon une logique affective) ou *synthétiques* (logique rationnelle de conciliation).

En résumé mais aussi en complément de cette présentation sur les travaux de Camilleri, nous proposons un tableau récapitulatif élaboré par Dasen et Ogay (dans Costa-Lascoux et al., 2000, p.58) :

Tableau 9 : Typologie des stratégies identitaires selon C. Camilleri (Dasen et Ogay, 2000)

L'individu en situation d'acculturation rencontre dévalorisation et destructuration			
Stratégies pour rétablir le sentiment de valeur du soi		**Stratégies pour rétablir une unité de sens (cohérence entre la fonction ontologique et la fonction pragmatique)**	
Identités dépendantes	« identité négative » intériorisation du jugement dépréciatif	**Cohérence simple** (résolution de la contradiction par la suppression de l'un de ses termes)	survalorisation de la fonction ontologique, investissement plus ou moins exclusif dans le système d'origine (« fondamentaliste, conservateur total, gesticulateur ou minimisateur »).
	« identité négative déplacée » : évacuation de l'identité négative en s'assimilant au favorisé et en transférant l'injonction dévalorisante sur les autres membres de son groupe d'origine		valorisation dominante de la fonction pragmatique mais conservation d'un minimum ontologique, alternance conjoncturelle des codes (« opportuniste limité »).
	« identité par distinction » : prise de conscience de sa singularité mais non-intériorisation de la dévalorisation, évitée par la prise de distance		survalorisation de la fonction pragmatique, investissement plus ou moins exclusif dans le système d'accueil, primauté du désir d'adaptation à l'environnement (« opportuniste complet »).
Identités réactionnelles	« identité défense » l'identité comme refus, comme bouclier pour se protéger des autres	**Cohérence complexe** (élaboration d'une formation tenant compte de tous les éléments en opposition)	Bricolages identitaires : résolution de la contradiction pour soi et non en soi, selon une logique affective et non rationnelle, p. ex par la maximisation des avantages et la réinterprétation égocentrique des codes.
	« identité polémique » : sur-affirmation des caractères stigmatisés , en opposition généralement agressive contre le dominant		Logique rationnelle : • réappropriation • dissociation • articulation organique des contraires • valorisation de l'esprit aux dépens de la lettre • suspension d'application de la valeur
	« identité de principe, ou volontariste » : conduite paradoxale de revendication d'appartenance au groupe d'origine, alors que rejet de ses valeurs dans les actes	**Stratégies de modération des conflits**	Stratégies problématiques ne permettant pas d'éviter le conflit : • pondération différentielle des valeurs en opposition • limitations de l'item perçu comme pénible • alternance systématisée des codes

Source : D'après CAMILLERI, C. (1990), « Identité et gestion de la disparité culturelle : essai d'une typologie », *in* C. Camilleri, J. Kastersztein, E. M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti, & A. Vasquez (Eds.), *Stratégies identitaires* Paris, PUF, pp. 85-110.

Au terme de cette réflexion sur l'interculturalité, nous avons pu mettre en avant que la culture était indissociable de l'identité notamment à travers les apports de Camilleri. En effet, l'interculturalité mais plus précisément l'acculturation produit une nouvelle identité individuelle et sociale imbriquées avec l'identité culturelle de l'individu.

1.5.Le concept d'identité

1.5.1. Eléments de définition

En s'intéressant à l'individu et à l'image de soi, plusieurs champs disciplinaires comme la psychanalyse, l'anthropologie, la phénoménologie, la psychologie sociale ou encore la sociologie ont proposé petit à petit et au fil des recherches empiriques de définir l'identité ainsi que les mécanismes qui la constitue. Ainsi, il a été possible de dégager différentes approches comme par exemple une approche cognitiviste avec la psychologie sociale puis une approche interactionniste. Il parait délicat de proposer une définition consensuelle de l'identité qui serait opératoire dans tous les champs disciplinaires que nous avons cités. Cependant, toutes ces disciplines s'accordent maintenant sur un point : celui de « s'acheminer vers une approche moins substantialiste et plus dynamique, plus interactionniste, plus sociale » (Camilleri et al., 1998, p. 8) de l'identité.

<u>Détour au fil des disciplines pour comprendre ce positionnement :</u>

L'anthropologie psychanalytique

C'est avec Erikson qu'apparait la notion d'identité ou plus précisément la notion de « crise d'identité ». En effet, il tente alors à ce moment de comprendre et d'expliquer les troubles de vétérans de la Seconde Guerre mondiale. Pour cela, Erikson, anthropologue et psychanalyste, s'appuie alors sur les travaux de Freud décrivant la notion d'identification[68] et plus particulièrement sur le versant de ces travaux en lien avec les troubles de l'identification (deuil, Œdipe etc.). En effet, la démarche d'Erikson concernant l'identité s'inscrit dans une démarche qui vise à comprendre ses troubles et non dans une démarche qui vise à l'aborder dans ses aspects globaux et non pathologiques. Ainsi, Erikson ne décrit pas la structure de l'identité mais sa rupture au point que l'on pourrait se demander « si l'identité n'est une identité qui ne deviendrait apparente qu'en situation de crise » (Camilleri et al., 1998, p. 10). Dans un second temps, Erikson va élargir ses travaux et sa réflexion à l'ethnopsychologie, certainement sous l'influence de sa propre expérience d'émigré. Ainsi, il se centre sur les crises de l'identité mais cette fois-ci culturelle quand il s'agit de tenter de comprendre la socialisation d'un individu qui est autre que celle de sa culture. Ainsi, « les conflits suscités par les contradictions d'un double référent culturel dessinent un cadre d'analyse suffisamment fort pour qu'un grand nombre d'études sur la problématique culturelle cherche ses fondements dans les travaux d'Erikson » (Camilleri et al., 1998, p. 10). D'autre part, l'idée d'une continuité nécessaire par rapport à la société et par rapport à l'identité elle-même marquera l'idéologie d'Erikson. En effet, avec Freud, l'identification était un processus alors nous nous attendrions à ce que l'identité soit envisagée comme quelque chose d'immuable une fois produite par les différentes phases de l'identification freudienne. Pour autant, Erikson indique concernant l'identité qu' « elle surgit de la répudiation sélective et de l'assimilation mutuelle des identifications de l'enfance ainsi que de leur absorption dans une nouvelle configuration qui, à son tour, dépend du processus grâce auquel une société (souvent par l'intermédiaire des sous-sociétés) identifie le jeune individu en le reconnaissant comme quelqu'un qui avait à devenir ce qu'il est, et qui, étant ce qu'il est, est considéré comme accepté » (1972, p. 167). Il y a ici la notion d'acceptation par la communauté pour terminer et en quelque sorte valider la construction de l'identité. Dans cette perspective, « la notion d'identité semble renvoyer en même temps à un sentiment conscient de

[68] Au commencement, selon Freud (1916), « le narcissisme serait la forme la plus primitive d'identification » (Camilleri et al., 1998, p. 8). Puis les travaux de Freud quelques années plus tard précisent que l'intérêt et la recherche de satisfaction de l'individu se déplacent finalement de lui-même vers un objet extérieur. C'est ainsi qu'il indique dans son ouvrage *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921) que l'identification est « premièrement, la forme la plus originaire du lien affectif à un objet ; deuxièmement, par voie régressive, elle devient le substitut d'un lien objectal libidinal, en quelque sorte par introjection de l'objet dans le moi ; troisièmement, elle peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté avec une personne qui n'est pas objet de pulsions sexuelles » (p. 170). L'identification s'apparente donc à un processus qui permet à l'individu à la fois d'expérimenter plusieurs personnes psychiques mais aussi de se constituer une communauté affective. Apparait alors chez Freud une dimension sociale en plus de la dimension individuelle. Mais quoiqu'il en soit, l'approche théorique psychanalytique « désigne habituellement l'environnement comme le monde extérieur, de telle façon qu'on tend à concevoir l'identité comme un élément d'un moi envisagé comme une structure isolée des déterminants historiques et sociaux » (Camilleri et al., 1998, p. 9).

spécificité individuelle (à partir et au-delà de la multiplicité des identifications), à un effort inconscient tendant à établir la continuité de l'expérience vécue (au-delà de la diversité des rôles et des discontinuités temporelles) et à la participation de l'individu aux idéaux et aux modèles culturels du groupe, conçus comme "positifs" » (Camilleri et al., 1998, p. 11).

Adoptant un point de vue ethnopsychiatrique, Devereux soutient lui que « déjà avant sa naissance, le petit humain est attendu et rêvé dans le cadre d'une culture qui a façonné les attentes et les rêves des parents et de l'entourage social » (Camilleri et al., 1998, p. 12). De plus, pour lui, le fait que l'individu puisse avoir conscience qu'il peut apprendre et intérioriser une culture est déjà un effet produit par cette même culture et ceci sous-entend de la part de l'individu la mise en place d'un processus psychologique de réification de cette dernière. De ce fait, il indique que les identités ne peuvent se concevoir indépendamment d'un certain modelage culturel. Il met ceci en avant dans son étude sur le modèle sexuel de soi où il y indique qu'un enfant « est d'emblée socialisé selon un modèle sexué qui retrouve son sens et sa complémentarité en se définissant par rapport à l'autre sexe » (Camilleri et al., 1998, p. 12). Ainsi, « le modelage culturel imprime une coloration particulière à l'inconscient individuel, car s'il y a un inconscient idiosyncrasique, il puise ses racines dans l'inconscient culturel (ethnique) auquel il se rallie » (Camilleri et al., 1998, p. 12). Apparait alors avec Devereux l'idée d'une pluralité d'identités, ici à la fois individuelle et culturelle, avec les écarts à la norme qu'elle implique. L'une des critiques qui a été faite à Devereux est qu'il n'a pas tenu compte de la dimension historique dans son approche de l'identité culturelle. En effet, « les cultures se matérialisent dans des sociétés données, qui – même géographiquement isolées – se situent rarement aujourd'hui à l'écart des processus sociopolitiques dominants. En outre, où qu'elles se situent, ces sociétés évoluent et se modifient, … si bien que le concept d'identité doit être envisagé, et dans un cadre culturel, et dans un cadre socio-historique » (Camilleri et al., 1998, p. 13).

La psychologie sociale

Dans une approche à orientation cognitiviste, la psychologie sociale s'est intéressée aux rapports individu/groupe et individu/société permettant ainsi de se questionner sur les liens interpersonnels et la représentation de soi (« Self ») et d'autrui. Ainsi commence à se dessiner l'identité sociale, qui prendra toute son ampleur avec la sociologie, en complément de l'identité individuelle et culturelle.

C'est G.-H. Mead qui est le premier à envisager le « Self » c'est-à-dite la conscience de soi comme une entité en relation avec les processus sociaux dans lesquels l'individu se trouve engagé. Ainsi, pour Mead, « l'individu s'éprouve lui-même comme tel non pas directement, mais seulement en adoptant le point de vue des autres ou du groupe social auquel il appartient. Il ne se perçoit comme Soi qu'en se considérant comme objet, qu'en prenant envers lui les attitudes des autres à l'intérieur d'un contexte social » (Camilleri et al., 1998, pp. 13-14). Ainsi le Soi (et ses différentes facettes) est essentiellement une structure sociale qui nait dans l'expérience de la communication sociale et de ses différents aspects.

Pour Heider, les individus perçoivent « l'environnement social comme objet de prédiction et de contrôle, si bien qu'ils essayent d'appréhender les évènements sociaux à partir d'une

matrice de schèmes permettant d'en expliquer la causalité » (Camilleri et al., 1998, p. 14). Il met également en avant dans ses travaux l'importance de l'affectivité dans la compréhension des faits sociaux.

Festinger s'est lui davantage penché sur les modalités de construction de l'identité personnelle. Ce dernier considère que c'est par un effet de comparaison à l'autre que l'individu va pouvoir ainsi saisir ses ressemblances et ses différences et se situer, s'évaluer, par rapport au consensus social qui l'entoure. Ses travaux visent également à comprendre la dynamique des groupes majoritaires et minoritaires.

Tajfel, de son côté, met en évidence que l'individu cherche à catégoriser ce qui l'entoure (objets, personnes) à travers la perception qu'il s'en fait. Chaque catégorie ainsi créée exige en contrepartie la catégorie inverse. Dans cet exercice de catégorisation sociale, Tajfel indique que les perceptions sociales de l'individu sont influencées par les valeurs sociales (intérêts, goûts, plaisirs, préférences, désirs, besoins, rejets et attractions) et le consensus social (qui agit sur l'activité cognitive de l'individu). Ainsi, « le processus de catégorisation sociale permet au sujet d'organiser l'information qu'il reçoit de son environnement, en privilégiant certaines caractéristiques et en sous-estimant d'autres » (Camilleri et al., 1998, p. 14).

En s'appuyant sur la théorie du rôle, Goffman apporte une contribution significative à la conceptualisation du « Self » et de l'identité. En effet, « la théorie du rôle reprend l'étude de l'influence sociale sur la perception et la définition de soi » (Camilleri et al., 1998, p. 15). Le terme de rôle est important à définir puisqu'il renvoie à l'idée que « les normes régissant l'interaction sont définies culturellement et sont indépendantes des relations personnelles particulières que peuvent par ailleurs entretenir les personnes qui occupent les positions correspondantes » (Deutsch & Krauss, 1972). A titre d'exemple ces rôles peuvent être relatifs à l'âge de l'individu, à son sexe ou encore à son métier. Il faut également préciser que pour l'individu, exercer ces différents rôles dont la définition est socioculturelle, peut susciter des conflits internes. D'autre part, les modes d'adhésion à ces rôles sont différents d'un individu à l'autre, ce qui implique qu'un rôle peut simplement être mentionné comme une activité parmi d'autres ou alors, à l'inverse, être ce qui définit l'individu. Goffman a justement étudié les modalités qui permettent à l'individu d'assumer un ou des rôles en société c'est-à-dire devant autrui. Il compare donc le monde à un véritable théâtre dans lequel la scène serait la vie sociale et sur laquelle prendrait place des acteurs pour jouer devant un public le rôle qu'on attend d'eux. Ainsi, Goffman « met l'accent sur les aspects extérieurs, visibles de l'adhésion au rôle, ce qu'il appelle le "face" visant à montrer que dans ses performances sociales, l'acteur essaie de ne pas dévier de ce qui est attendu de lui » (Camilleri et al., 1998, p. 15). Goffman présente alors différentes formes d'identités. Il passe par l'identité stigmatisée pour montrer comment les autres formes d'identité dont dispose l'acteur ne sont que des façades plus ou moins assumées ou rejetées. Goffman qualifie alors ces autres formes d'identité, d'identité réelle et d'identité virtuelle « où le faux-semblant apparaît comme la stratégie permettant de survivre – tout en n'y croyant pas – au sein d'un certain consensus social » (Camilleri et al., 1998, p. 16). Pour la première fois ici, nous voyons apparaitre avec Goffman la notion de stratégie identitaire. Celle-ci met en œuvre des mécanismes conscients de la part de l'individu, qui a donc une marge de manœuvre, pour se socialiser car il est en capacité de se voir et donc de passer d'une perception

de soi à une perception du Moi. Cette nouvelle approche de Goffman suppose « l'existence de deux sortes d'identités, l'identité existentielle et profonde qui fait la continuité de la personne, et l'ensemble des différentes identités qu'elle fait siennes au cours de la vie » (Camilleri et al., 1998, p. 16).

La sociologie

La sociologie a permis de compléter la notion d'identité sociale notamment en s'intéressant à la perception que les groupes ont d'eux-mêmes et qui est façonnée par une idéologie dominante dans une société donnée. Dans le cas de groupes minoritaires par exemple, la sociologie a permis de montrer « comment ces groupes sociaux intériorisent une certaine interprétation de la place qu'ils occupent dans les rapports de production et dans les relations de pouvoir, de telle façon qu'ils ne perçoivent pas l'influence des déterminismes sociaux sur leurs destinées individuelles » (Camilleri et al., 1998, p. 17). D'ailleurs, ces groupes sociaux justifient souvent leur discrimination et leur exploitation comme la conséquence de leur propre incapacité. Ainsi, l'identité qui leur est imposée produit une forme d'aliénation et donc une identité aliénée qui « n'est qu'une illusion d'identité car elle entraine le repli sur soi, la marginalité, la non-perception des contradictions et des rapports de pouvoir » (Camilleri et al., 1998, p. 17). Ce qui caractérise le passage de l'aliénation à l'identité est justement la prise de conscience de la part du groupe dominé des contradictions que lui imposent le groupe dominant. Ainsi, après cette prise de conscience, « pour qu'un groupe ou un individu devienne un acteur de l'histoire de sa société, il doit cesser d'accepter l'identité qui lui assigne son système » (Camilleri et al., 1998, p. 17). Cela implique alors d'étudier les possibilités d'action des groupes dominés en fonction de leurs ressources et des variations des contraintes imposées par les rapports de pouvoir. Cela n'implique pas uniquement d'étudier les déterminismes sociaux comme l'a initialement fait la sociologie.

A l'issue de ce détour au fil des disciplines, que pouvons-nous retenir sur le concept de l'identité ?

Tout d'abord qu'elle est complexe mais qu'« il y a aujourd'hui un consensus pour supposer que chaque individu (et chaque groupe) peut disposer, successivement ou même simultanément, de plusieurs identités dont la matérialisation dépend du contexte historique, social et culturel où il se trouve » (Camilleri et al., 1998, p. 18). C'est ainsi que, contrairement à la tradition psychologique qui tend à être universaliste et ahistorique, des chercheurs comme Gergen et Gadlin indiquent « qu'il n'y a pas de connaissance empirique en dehors d'un contexte social » (Camilleri et al., 1998, p. 19) et remettent donc en cause l'universalité du sentiment d'identité. Nous retrouvons cette prise de position dans l'anthropologie structurale de Lévi-Strauss quand celui-ci étudia les conceptions de l'identité dans les sociétés primitives. Il considère d'ailleurs que la tâche de l'anthropologie n'est pas d'affirmer ni de postuler une identité mais plutôt de la reconstruire. « L'identité apparaît alors comme une fonction combinatoire instable et non comme une essence immuable » (Camilleri et al., 1998, p. 19). Une autre caractéristique de l'identité semble prendre de l'importance ces dernières années en sciences humaines, notamment grâce à l'apport de la phénoménologie existentielle (Hegel, Sartre). Il s'agit du fait que l'identité se construit dans « l'expérience concrète et vécue de la

relation à autrui. [Sartre] souligne l'importance du regard d'autrui et des interactions dans la constitution de la conscience du Moi » (Camilleri et al., 1998, p. 20).

Nous pouvons donc dégager les caractéristiques suivantes de l'identité :

Elle est *dynamique* : elle est « le produit d'un processus qui intègre les différentes expériences de l'individu tout au long de la vie » (Camilleri et al., 1998, p. 22).

Elle est *interactionniste* : l'interaction, avec d'autres individus, des groupes ou encore des structures et superstructures sociales, joue un rôle important dans la genèse et la dynamique de l'identité. « Dès le début de la vie le regard de l'autre renvoie à chacun une image, une personnalité, des modèles culturels et des rôles sociaux que le sujet peut rejeter ou accepter, mais par rapport auxquels il ne peut éviter de se déterminer. Au sein des réseaux d'interaction, familiaux et sociaux, qui situent un individu dans le monde à chaque moment de sa vie, se construit et se reconstruit inlassablement l'ensemble des traits qui le définit, par lequel il se définit face aux autres, et est reconnu par eux » (Camilleri et al., 1998, p. 22).

Elle est *multidimensionnelle* et *structurée* : les différents rôles ou les différentes identités « ne s'assemblent pas dans une simple juxtaposition d'identités, mais sont intégrées dans un tout structuré, plus ou moins cohérent et fonctionnel » (Camilleri et al., 1998, p. 23).

Elle est *unité* diachronique d'un processus évolutif : de prime abord ceci peut paraitre paradoxal au regard de ce que nous avons développé précédemment mais il s'agit ici de spécifier que « le sujet garde une conscience de son unité et de sa continuité, de même qu'il est reconnu par les autres comme étant lui-même » (Camilleri et al., 1998, p. 23).

Elle est faite de *stratégies identitaires* : c'est « l'idée que les individus – et les groupes – ont une certaine capacité d'action sur le choix de leur groupe d'appartenance et de référence, c'est-à-dire sur une part de la définition de soi » (Camilleri et al., 1998, p. 23). Tap avait déjà explicitement évoqué ceci quand il parlait de « la marge de manœuvre des acteurs sociaux face aux clivages intérieurs et aux contradictions institutionnelles » (Camilleri et al., 1998, p. 23).

En synthèse, nous retenons la définition générale suivante de l'identité :

« … structure polymorphe, dynamique, dont les éléments constitutifs sont les aspects psychologiques et sociaux en rapport à la situation relationnelle à un moment donné, d'un agent social (individu ou groupe) comme acteur social » (Kastersztein, 1998, p. 28). Cette définition souligne donc la double appartenance théorique de la notion de l'identité comme « sentiment d'être » à la fois (Taboada-Leonetti, 1998, p. 43) :

- *Psychologique* : l'individu éprouve qu'il est un « Moi » (fait de conscience, subjectif donc individuel) …
- *Sociologique* : et dans le même temps, ce « Moi » est différent des « Autres » (rapport à l'autre dans l'interaction).

L'identité est à la fois individuelle (ou personnelle) et sociale bien que les frontières entre l'une et l'autre soient mouvantes. Nous allons, malgré tout, les définir plus spécifiquement.

Du point de vue du développement psychologique, l'identité se construit en 3 étapes :

- D'abord dans l'image que les autres donne à l'individu
- Puis dans l'image que l'individu porte sur lui-même
- Et enfin dans l'image que l'individu présente aux autres

C'est d'abord à travers la désignation par l'autre et dans le regard de l'autre que nous existons. Le nourrisson existe avant tout car il se confond avec sa mère. Puis le processus de détachement aboutira à la prise de conscience de sa propre individualité. L'image identitaire du soi est d'abord une image qui est construite par un autre et dans la relation à l'autre et au regard des références culturelles de cet autre. Références symboliques qui seront ensuite assimilées par l'individu et qui lui permettront de se construire, de se penser et de se fabriquer une image qui ait du sens. Ainsi, écrit Goffman, « pour moi, quand je parle d'identité personnelle, je n'ai en vue que deux notions : les signes patents ou porte-identité et la combinaison unique de faits biographiques qui finit par s'attacher à l'individu à l'aide précisément des supports de son identité » (Dubar, 1998, p. 391). Pour Taboada-Leonetti, l'identité personnelle d'un individu est constituée par les attributs qui définissent « ce qu'il a d'unique en tant qu'être humain (il s'agit le plus souvent d'adjectifs s'appliquant à des qualités ou des défauts : ambitieux ou idéaliste, etc.) » (Taboada-Leonetti, 1998, pp. 44-45). Pour Malewska cité par Lipiansky, l'identité personnelle représente « l'ensemble organisé des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi » (Lipiansky, 1998, p. 173).

Tout comme la culture, l'identité est donc à la fois fixe et évolutive. Fixe lorsqu'elle se construit et en même temps évolutive car elle se reconstruit en permanence grâce aux échanges sociaux qui constitueront l'identité sociale.

Du point de vue sociologique, « l'identité sociale est donc d'abord un processus génétique et historique de transmission entre les générations, de reconnaissance institutionnelle et d'intériorisation individuelle des conditions sociales qui structurent les biographies et, particulièrement, des caractéristiques objectives des situations socio-professionnelles » (Dubar, 1998, p. 388). Dans cette tradition sociologique, l'appartenance à un groupe professionnel est un élément central de l'identité sociale. Une autre approche sociologique consiste à davantage mettre l'accent, comme nous venons de le voir, sur les interactions avec autrui pour se faire identifier par cet autre et pour s'identifier soi-même en face de cet autre : « dans cette perspective, les identités sont décrites et expliquées causalement comme des identités d'acteurs, résultat du système de relations entre partenaires d'un même système d'action et se construisant par et dans la dynamique propre de ce système. Elles peuvent donc être analysées comme des effets émergents de ces systèmes d'action notamment des actions collectives structurées par des règles en perpétuelle reformulation » (Dubar, 1998, p. 388). Pour Taboada-Leonetti, l'identité sociale d'un individu est constituée par les attributs qui définissent « les statuts qu'il partage avec d'autres membres d'un groupe social (presque toujours des substantifs qui désignent des catégories sociales : nationalité, sexe, profession, religion, race, etc. » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 45). Pour Lipiansky, l'identité sociale « résulte de la position du sujet dans la culture et la

société de son appartenance à différentes catégories biosociales (l'état civil, le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, la nationalité ; la classe, la profession, les rôles sociaux ; les affiliations idéologiques, philosophiques, religieuses etc.) » (Lipiansky, 1998, p. 173).

1.5.2. Stratégies et dynamiques identitaires

Dans la littérature, les notions de « stratégies identitaires » et de « dynamiques identitaires » apparaissent. Quelle est la différence entre ces deux notions ?

La définition des stratégies identitaires qui est donnée dans l'ouvrage du même nom est la suivante : « procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente[69]) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation » (Camilleri et al., 1998, p. 24). Nous nous inscrivons donc dans une perspective interactionniste. Nous ne serons pas en mesure de proposer une définition aussi précise des dynamiques identitaires puisqu'il n'existe pas de réelle conceptualisation théorique de cette notion. En effet, ce terme émane plutôt du questionnement de Barbier dans le champ de la formation des adultes quand celui-ci s'interrogeait sur le sens de l'engagement d'un adulte en formation. Tout ce que nous pouvons dire c'est que l'utilisation du terme de dynamique identitaire s'emploie surtout dans le champ de la formation des adultes et que celui-ci renvoie plutôt à une perspective développementale de l'identité sociale dans le but d'en comprendre la logique diachronique plutôt qu'à une perspective interactionniste. Ceci étant dit, la conception des stratégies identitaires selon Tap comme étant des stratégies de personnalisation, se situe au carrefour des perspectives interactionniste et développementale.

Nous présenterons la perspective « hybride » des stratégies identitaires de Tap, puis la classification des dynamiques identitaires de Kaddouri avant de terminer par la perspective interactionniste des stratégies identitaires puisque c'est celle-ci qui a le plus été développée dans la littérature et qu'elle apporte de l'intelligibilité au questionnement de notre recherche. En effet, ces stratégies identitaires nous donnent des pistes pour caractériser l'identité professionnelle des infirmières obstétricales.

Selon Tap cité par Gutnik, « nous entendons par stratégie, l'articulation chez un acteur individuel ou collectif, d'une logique interne finalisée et de conduites réalisatrices. Toute stratégie implique la mise en œuvre d'une énergie d'investissement et d'une dynamique de

[69] Se pose dans ce cas précis la question de l'adéquation du terme de « stratégie », puisque, d'un point de vue général, une stratégie relève de dispositions ou de décisions prises pour atteindre un but déterminé (par exemple dans le champ militaire, des stratégies sont déployées à travers des tactiques dans le but d'obtenir une victoire). Il s'agit donc d'une certaine liberté de choix et d'actions entrepris par un acteur laissant plutôt suggérer un processus conscient.

décision, dans la définition de buts (intermédiaires ou terminaux), dans le choix de moyens (matériels ou symboliques) et dans le suivi d'itinéraires facilitant l'élaboration ou l'exécution d'un projet, qui est toujours un projet de soi en relation avec les autres. Cette mise en œuvre implique en effet une régulation interactive entre les conditions externes (situations, obstacles, relations, effet d'emprise) et la dynamique de l'acteur » (Gutnik, 2002, p. 126). Les stratégies identitaires selon Tap ne cherchent pas uniquement à gérer des écarts, des tensions ou encore des conflits entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui mais visent la réalisation d'un projet de soi. Il inscrit « les stratégies identitaires comme des stratégies de personnalisation, qu'il définit ainsi : " La personnalisation est le processus par lequel l'individu, dès l'enfance, non seulement participe à la construction de sa propre personnalité, dans le jeu complexe de multiples déterminations, mais est en mesure, tout au long de sa vie, de remettre en question ce qu'on a fait de lui, grâce à ses capacités acquises de discrimination, de compréhension et d'autonomie" (Malewska-Peyre et Tap, 1991, p. 10) » (Gutnik, 2002, pp. 121-122).

Kaddouri (2001) distingue plusieurs dynamiques identitaires : « dynamique de transformation identitaire (changer une identité vécue de façon insatisfaisante), dynamique d'entretien identitaire (entretenir une identité vécue de façon satisfaisante), dynamique de préservation identitaire (réhabiliter une identité blessée), dynamique de confirmation identitaire (maintenir ou défendre une identité menacée), dynamique de reconstruction identitaire (faire reconnaître une identité insuffisamment reconnue par un autrui significatif) » (Wittorski, 2007, pp. 63-64).

Selon l'orientation interactionniste des stratégies identitaires, les raisons d'être de la mise en œuvre de ces stratégies résident : soit dans la volonté de diminuer ou d'éviter une souffrance par des mécanismes de défense quand l'acteur constate une dévalorisation de lui-même ou du groupe auquel il appartient (Malewska-Peyre, 1987) ; soit dans la volonté de réduire un écart entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui (Laing, 1971) ou encore entre l'identité revendiquée et attribuée, l'identité héritée et visée donc entre l'identité sociale réelle et virtuelle (Dubar, 1991). Ainsi comme le résume Kaddouri, les stratégies identitaires sont « l'ensemble des actes et des discours ayant pour fonction de réduire, de maintenir ou d'empêcher l'avènement des écarts entre identité pour soi et identité pour autrui, et entre identité héritée et identité visée » (Kaddouri dans Sorel & Wittorski, 2005, p. 109). Plus précisément, les finalités des stratégies identitaires, qu'elles soient individuelles ou collectives, sont :

La conformisation : ce mécanisme à l'échelle individuelle consiste à « évaluer consciemment ou inconsciemment le degré de similitude qui existe entre un acteur et son environnement. Ceci en termes de comportements, d'opinions, d'attitudes, de motivations ou de désirs. Lorsque l'écart est vécu comme trop grand, la pression sociale aidant, l'individu va tendre à mettre en place des comportements conformes aux attentes, ce qui ne veut pas dire qu'il les accepte psychologiquement » (Kastersztein, 1998, p. 33). Ceci peut aboutir à des tensions psychologiques pour l'individu, parfois si fortes, que ce dernier cherche à manifester sa conviction intime malgré tout.

L'anonymat : « ne pas se faire remarquer c'est montrer qu'on respecte les règles établies, c'est avoir le sentiment d'être considéré comme les autres au risque d'atteindre le point extrême de la *désindividuation* » (Kastersztein, 1998, p. 34). Cette stratégie, par ailleurs, peut être source

de déresponsabilisation tout comme elle peut également être révélatrice de potentialités individuelles puisqu'associée à un sentiment de pression sociale moins forte.

La visibilité sociale : il s'agit, pour un groupe, de faire reconnaitre son existence en tant que tel par les autres acteurs d'une relation. « Cette visibilité sociale est liée à l'acceptation subjective et objective d'une différence. La différence assumée, les individus pourront, par le jeu de la reconnaissance sociale et des rapports de forces conjoncturels, la faire valoriser et même accepter » (Kastersztein, 1998, p. 38). Il est en partie question de ceci quand nous parlons de professionnalisation dans le champ du travail.

L'assimilation : il s'agit d'individus qui s'identifient à un groupe social et qui souhaitent l'intégrer. « C'est le degré le plus fort dans la recherche de similitude. … Ils vont "oublier" les caractéristiques historiques et culturelles qui les rendaient distincts et accepter l'ensemble des valeurs et des normes dominantes » (Kastersztein, 1998, p. 35).

La différenciation : « dans la genèse de l'identification à un groupe la différenciation est souvent première, c'est-à-dire que c'est par opposition à un « non-nous » que les individus prennent conscience d'appartenir à une identité collective différente (Devereux, 1972, p. 147) » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 56).

La singularisation (ou individuation) : « c'est le mécanisme le plus extrême du processus de différenciation. La culture dominante accepte qu'un individu soit différent parce qu'il appartient (ou appartenait) à une autre culture ; elle réprime, parfois très fortement, les actes trop individualisés. Seuls certains privilégiés en ont l'autorisation : les artistes, les intellectuels, les gens à statut social élevé » (Kastersztein, 1998, p. 39).

La valorisation (ou la revalorisation) : « comme pour les individus, les groupes cherchent également la valorisation. Dans les situations caractérisées par des rapports de domination cette finalité est un moteur essentiel de la mobilisation psychologique ; … ; le plus souvent la valorisation est exprimée, médiatisée, par un discours de l'ordre du politique » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 56).

La temporalité : « les groupes, comme les individus, expriment le double besoin d'une filiation dans le passé, de racines historiques, même mythiques, et d'une possibilité de se projeter, en tant que groupe, dans l'avenir ; l'un et l'autre pôle, étroitement liés, constituent une dimension temporelle qui est une composante importante des identités et des revendications identitaires » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 56).

Les intérêts sociaux : il s'agit de groupes ou d'individus qui mettent en œuvre des stratégies identitaires dont le but est orienté vers des intérêts économiques ou politiques. C'est une utilisation instrumentale de l'appartenance à un groupe qui est minoritaire la plupart du temps.

Les bénéfices psychologiques : « les finalités peuvent aussi relever de rationalités moins transparentes, par exemple la recherche de bénéfices psychologiques (besoin d'affirmation, réaction à des frustrations, ou à la culpabilisation) et conduire éventuellement à des réponses peu performantes, voire carrément destructrices pour le groupe ou une fraction de ces groupes » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 57).

Malewska-Peyre (1990) a développé une classification de trois types de stratégies identitaires intrapersonnelles en lien avec un caractère d'intériorité-extériorité pour décrire les possibilités d'évitement ou de gestion d'une souffrance liée à une dévalorisation de l'identité individuelle.

Ainsi, nous trouvons :

Les stratégies intérieures : ce sont essentiellement des mécanismes psychologiques comme « le refoulement, la déréalisation, le repli sur soi, les rêves compensatoires, l'agressivité dirigée vers soi, l'intériorisation des stéréotypes négatifs » (Gutnik, 2002, p. 125) qui permettent d'éviter la souffrance.

Les stratégies extérieures : elles correspondent à des mécanismes de changement de sa propre réalité personnelle ou de la réalité du groupe auquel on appartient.

Les stratégies intermédiaires : elles consistent « en la recherche de la similitude avec le groupe majoritaire sans renoncer à sa propre différence » (Gutnik, 2002, p. 125).

Face à la stigmatisation d'une identité, une recherche de 1994 conduite par de Gaulejac a montré qu'il y avait trois catégories de stratégies identitaires :

Les stratégies de contournement : elles « visent à transformer l'attribution d'une identité stigmatisante par autrui en adoptant, soit une attitude de dérision du système de valeurs mobilisé, soit en renversant la polarité axiologique (bien/mal) de l'attribution, soit en se référant à d'autres systèmes de valeurs pour se désimpliquer de la stigmatisation, ou bien encore en se positionnant en tant que citoyen pour qui, comme un autre, l'aide sociale est un droit » (Gutnik, 2002, p. 123). Ces stratégies de contournement préservent l'image de soi de l'individu mais ne lui permettent pas pour autant de s'intégrer dans la société globale.

Les stratégies de dégagement : elles « sont fondées sur une remise en cause du système social stigmatisant » (Gutnik, 2002, p. 124). Ainsi, cette remise en cause du système social stigmatisant peut prendre la forme : d'une agressivité individuelle ou collective contre le système stigmatisant mais rétablissant une forme de lien social avec ce dernier ; d'une volonté de revanche à l'échelle individuelle impliquant une mobilité de l'individu mais restant limitée à l'intérieur du système social afin de pouvoir par la suite « humilier les humiliateurs », et enfin, d'une recherche de valorisation collective et la remise en cause du système stigmatisant soit en contestant les éléments de stigmatisation du groupe soit en remettant en cause la légitimité normative du système stigmatisant.

Les stratégies de défense : elles « procèdent du niveau de la lutte contre l'intériorisation d'une image négative » (Gutnik, 2002, p. 125). Ces stratégies permettent uniquement d'assurer la survie psychique de l'individu.

Enfin, nous terminons avec la typologie des stratégies identitaires, essentiellement groupales, de Taboada-Leonetti (1989, 1998) qui traite plus particulièrement des stratégies identitaires des minorités dans les sociétés pluriethniques ou comment « les minorités ont des conduites diversifiées d'acceptation, de rejet ou de négociation de l'identité qui leur a été assignée » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 99). Ainsi, elle va mettre en avant plusieurs mécanismes que nous retenons pour la suite de notre recherche :

L'intériorisation : l'identité ethnique de l'individu ainsi que les attributs qui la définissent (désignation identitaire) sont non seulement acceptés mais aussi intériorisés par ce dernier qui ne remet pas en cause la légitimité du discours qui les désignent.

La surenchère : elle correspond au fait que l'identité prescrite à l'individu est acceptée et intériorisée par ce dernier mais il va en plus mettre en avant les éléments stigmatisants de cette identité. « Il s'agit d'une sorte de tentative d'assumer, et de subsumer, ses stigmates en les renforçant » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 101).

Le contournement : il correspond à une stratégie de groupe. Celle-ci consiste pour un groupe ayant de fortes ressources à maintenir son autonomie culturelle et sa particularité face à des assignations identitaires faibles. Ceci est rendu possible par le fait que ce groupe est difficilement repérable et désigné en tant que groupe particulier. Son identité peut alors être qualifiée de floue car cette minorité culturelle ne reçoit pas d'assignation identitaire précise mais c'est ce statut de quasi invisibilité couplé à une construction identitaire culturelle forte qui lui permet de maintenir seul son autonomie et d'exister indépendamment des autres groupes.

Le retournement sémantique : l'identité minoritaire prescrite est acceptée par le groupe ainsi que tous ses traits stigmatisants mais ces derniers font l'objet d'un retournement sémantique c'est-à-dire que les individus font de ces traits négatifs quelque chose de positif.

L'instrumentalisation de l'identité assignée : les individus ont ici une conscience parfaitement claire de la nature sociale et assignée de leur identité. Ils ont surtout conscience de l'inégalité du rapport de force dans lequel ils se trouvent et contre lequel ils ne peuvent pas lutter. Ils vont donc, selon la stratégie bien connue des faibles, tenter de s'en servir à leur avantage. C'est également un mode d'acceptation de l'identité prescrite mais très différent de celui de l'intériorisation.

La recomposition identitaire : il s'agit de la construction d'une nouvelle identité collective « née de la communauté du traitement imposé par le majoritaire ainsi que d'une certaine communauté de destin. L'autodésignation peut être une reprise de la catégorisation globalisante par laquelle on est désigné…, et dans ce cas la stratégie de la recomposition identitaire s'accompagne de celle du retournement sémantique, qui crée un autre sens revalorisé ; ou elle peut être créée de toutes pièces par les groupes minoritaires au cours de l'action » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 103).

L'assimilation au majoritaire : elle correspond à une stratégie individuelle qui consiste à se désolidariser de son groupe d'appartenance (négation de son identité minoritaire infériorisée), à refuser cette appartenance pour pénétrer le groupe majoritaire. Si ce phénomène d'assimilation se produit à l'échelle du groupe, alors ce groupe culturel tend à disparaitre.

Le déni : il consiste à refuser l'assignation identitaire, comprenant ses traits et attributs stigmatisés et stigmatisants, qui est faite au groupe minoritaire par le groupe majoritaire. Les membres du groupe minoritaire « ne se reconnaissent pas dans l'identité qu'on leur tend. D'une certaine manière, ils refusent à l'autre le pouvoir de décider qui ils sont » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 105).

L'action collective : « certaines identités sont définies par des statuts sociaux trop contraignants pour que l'on puisse résoudre les contradictions ou les tensions au niveau individuel… . Nous sommes bien là dans le champ de la sociologie, qui s'intéresse aux identités collectives et aux mouvements susceptibles de modifier la nature des rapports sociaux entre les groupes » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 105).

2. Un pont entre nos concepts de l'interculturalité et de la professionnalisation : celui de la socialisation professionnelle

Nous venons d'aborder le concept de l'interculturalité mais également ceux de la culture et de l'identité puisqu'en tant que concepts scientifiques, ils sont liés les uns aux autres. Nous allons voir dans notre prochaine partie, qu'en tant que concept scientifique également, la professionnalisation est aussi liée à d'autres concepts comme l'identité professionnelle, la culture professionnelle, le développement professionnel, l'activité etc. puisque pas moins de septante-cinq concepts sont répertoriés dans le « Dictionnaire des concepts de la professionnalisation » (Jorro, 2014). Nous en développons certains ici car ils sont en continuité de notre partie précédente et constituent une introduction à notre partie suivante sur la professionnalisation et l'analyse de l'activité.

2.1.La socialisation professionnelle

D'un point de vue général, la socialisation correspond à la transmission et à l'acquisition par un individu des codes et des règles d'une société. Piaget (1932) s'intéresse à la socialisation de l'enfant dans le cadre de son travail sur le développement mental de ce dernier, mais ne tient pas beaucoup compte dans son approche du rôle du contexte social ni des effets possibles de celui-ci dans le processus de socialisation de l'enfant. Il propose donc essentiellement un modèle cognitiviste de la socialisation qu'il estime, de plus, comme achevé à l'adolescence. Pour Durkheim, la socialisation est la transmission des codes, des règles et de la morale de générations en générations, prenant place dans une société et un contexte, mais il fait ce constat dans une société homogène[70]. À la suite des travaux de Durkheim et dans une approche culturaliste de la socialisation, ce sont les travaux des anthropologues culturels (Benedict, Kardiner, Linton etc.) et des ethnologues dans différentes sociétés et contextes qui ont permis de mettre en évidence qu'il existait en fait une multitude de formes de socialisation. Ensuite, dans une approche fonctionnaliste, Parsons en 1937 met au point sa théorie de l'action[71] puis

[70] Dans le cadre professionnel par exemple, « le modèle fonctionnaliste, hérité des travaux de Durkheim (1893), met l'accent sur l'appartenance à un groupe professionnel. C'est ce dernier qui serait chargé d'initier les membres aux règles, aux modes de pensée et aux pratiques de leur communauté de travail. L'identité professionnelle se construirait ainsi par l'intermédiaire de l'appartenance à un groupe professionnel socialement reconnu et ayant une fonction légitime au sein de la société. Cette identité découlerait d'une longue socialisation et de l'usage d'un vocabulaire particulier (Bourdoncle, 1995) » (Lefeuvre et al., 2009, p. 297). Dans la tradition sociologique, l'appartenance à un groupe professionnel est un élément essentiel de l'identité sociale.

[71] « Parsons (1937) conceptualise l'action humaine par les quatre propositions suivantes :

- elle est orientée vers des buts impliquant de la part de l'acteur des anticipations ;
- elle prend place dans des situations structurées par des ressources ;
- elle est régulée par des normes qui guident la relation de l'acteur aux moyens ;
- elle implique une motivation, une dépense d'énergie qui s'applique à la relation de l'acteur au but qu'il poursuit » (Dubar, 2011, p. 50).

avec Bales en 1955 sa théorie de la socialisation : « le processus de socialisation repose sur le système social. Il doit aboutir à l'adaptation des identités individuelles au système social » (Bordes dans Jorro, 2014, p. 295). En 1997, Merton propose un modèle plus en lien avec la socialisation de l'adulte que l'on nomme la socialisation anticipatrice en lien avec la théorie du groupe de référence : « c'est un processus d'apprentissage et d'intériorisation des valeurs d'un groupe de référence auquel l'individu souhaite appartenir » (Bordes dans Jorro, 2014, p. 295). Enfin, dans une approche interactionniste[72], nous trouvons les modèles de la socialisation primaire et secondaire de Berger et Luckmann (1996). La socialisation primaire correspond à l'intégration des règles de la bienséance et permet à l'enfant de devenir un membre de la société[73]. La socialisation secondaire est un processus conscient qui correspond à l'incorporation de nouveaux secteurs de la société par l'individu en s'identifiant aux autres et en adoptant-intériorisant les rôles et les attitudes de ces « autres » pour les faire siens. Ainsi, « l'individu ne naît pas membre d'une société, mais le devient, et … d'autre part, il doit intérioriser un processus qui lui permettra de comprendre ses semblables et d'appréhender le monde en tant que réalité sociale et signifiante. L'individu prendrait alors conscience de son appartenance commune au monde et de sa participation à l'existence de l'autre » (Bordes dans Jorro, 2014, p. 296). La socialisation est donc structurante pour l'individu et n'est jamais terminée. Elle est en perpétuelle construction et représente un processus continu fait d'interactions et d'échanges dans un monde d'incertitudes. Cette approche interactionniste de la socialisation est celle dans laquelle s'inscrit la socialisation réciproque reposant sur la théorie du don et du contre don de Mauss. Ainsi, l'origine même du lien social se trouverait donc dans la réciprocité et la triple obligation du « donner-recevoir-rendre » qui aurait également une fonction d'équilibre et de régulation des interactions et permettrait enfin de responsabiliser les individus.

C'est dans cette socialisation réciproque que l'on peut appréhender la socialisation professionnelle. Entrer dans une profession engendre une transformation identitaire avant, pendant et/ou après l'obtention du diplôme (Dubar, 2000). Hughes décrit en 1958 trois étapes à la socialisation professionnelle[74] :

- La première est celle du « passage à travers le miroir » et correspond à l'immersion dans la culture professionnelle et à la découverte de la « réalité désenchantée ».
- La seconde est celle de la découverte de la dualité entre le « modèle idéal » qui caractérise la dignité de la profession et le « modèle pratique » qui concerne les tâches quotidiennes. Dans cette étape, nous nous rapprochons de la théorie de la

[72] Née des travaux d'Hegel, Habermas, Weber ou encore G.H. Mead.

[73] Ce processus correspond plus précisément à une « intervention humaine extérieure par laquelle l'enfant dès la naissance et pendant son très jeune âge, acquiert de façon inconsciente, dans son milieu social environnant, les outils de relation (verbale et infra verbale) nécessaires à son développement humain » (Renaud, 2019, p. 61).

[74] « Ce dernier propose un modèle de la socialisation professionnelle conçue à la fois comme une initiation, au sens ethnologique, à la culture professionnelle et comme une conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité » (Lefeuvre et al., 2009, p. 300).

socialisation de Merton. En effet, cette étape correspond à une projection personnelle par identification à un groupe de référence auquel on souhaite appartenir impliquant, de ce fait, l'incorporation de ses normes, valeurs et modèles de comportement pouvant parfois s'apparenter à une véritable « conversion doctrinale » (Davis, 1966).

- La troisième et dernière étape correspond à un ajustement de la conception de soi en termes d'évolution de carrière, de mobilité etc.

A travers ces étapes s'opère également le développement d'une profession car il se tient dans le groupe professionnel des interactions donnant lieu à de la réciprocité : « les interactions constantes permettront aux individus de s'inscrire dans une profession (fabrication d'un professionnel, initiation à la culture professionnelle et conversion à une nouvelle conception de soi et du monde) et aux professionnels de faire évoluer les cadres de la profession tout en affirmant leur place dans la profession par leur appartenance au groupe de référence » (Bordes dans Jorro, 2014, p. 298).

2.2.L'identité professionnelle

L'identité professionnelle, d'abord en tant qu'identité au sens large, a les mêmes caractéristiques du point de vue psychologique et sociologique que nous avons pu présenter. Mais dans le cadre spécifique de l'identité professionnelle, certains auteurs semblent incontournables.

Avec Dubar, nous nous situons dans la conception d'une identité dynamique, évolutive, constructiviste et intégrative. En effet, que l'identité soit individuelle ou collective, elle est faite de composantes représentationnelles, opératoires et affectives (Barbier, 1996) qui ne cessent d'évoluer au grès des expériences du sujet, amenant à une reconstruction/recomposition/restructuration permanente de ses identités. Nous nous situons donc dans une approche interactionniste de l'identité faite de processus conscients et inconscients s'exprimant à travers des actes verbaux et non verbaux. Pour Dubar, l'interaction se situe entre le sujet et son environnement mais aussi, avec son passé, son présent et son avenir (ses projets). Il développe une conception sociale de la construction de l'identité et s'appuie pour cela sur le modèle de la socialisation primaire et secondaire de Berger et Luckmann. Ainsi, pour lui, l'identité sociale globale est le jeu d'interactions entre des appartenances collectives et des personnalités individuelles c'est-à-dire entre une identité pour soi et une identité pour autrui.

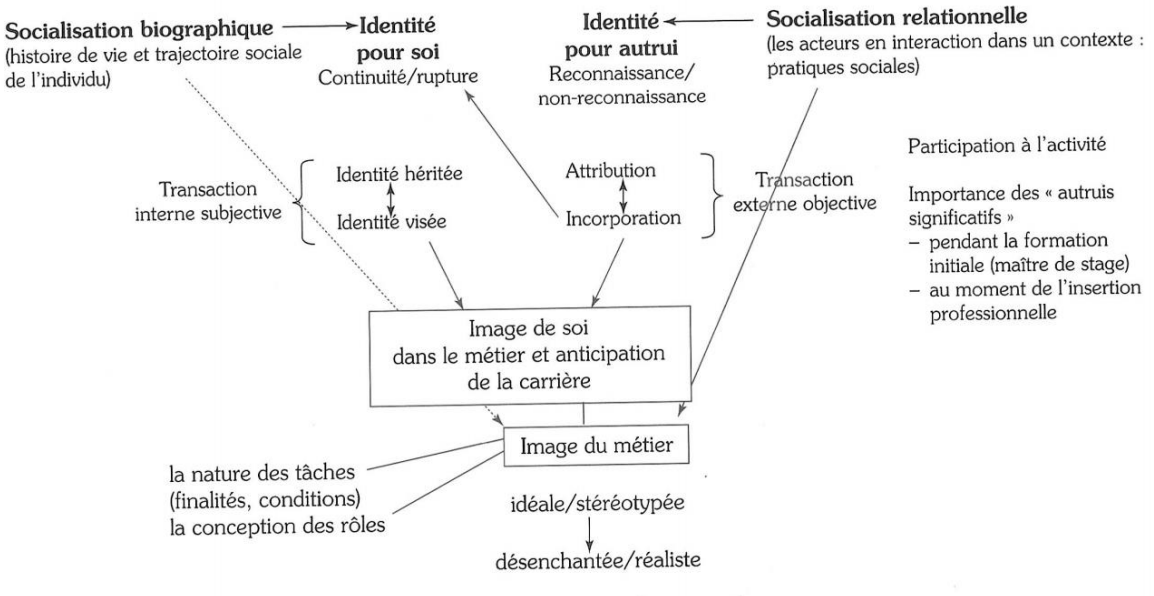
Tableau 10 : L'identité pour soi et l'identité pour autrui selon Dubar (2011, p. 109)

Identité pour soi	**Identité pour autrui**
Identité sociale « *réelle* »	Identité sociale « *virtuelle* »
Socialisation *biographique* (histoire de vie et trajectoire sociale du sujet)	Socialisation *relationnelle* (interactions)
Diachronique	*Synchronique*
Actes *d'appartenance*	Actes *d'attribution*

Transaction interne subjective entre l'identité héritée et l'identité visée. Cette transaction s'opère par continuité ou par rupture.	Après *l'attribution* d'une identité par autrui, *l'incorporation* de celle-ci par le sujet peut s'effectuer par *identification* ou *différenciation* selon une t*ransaction externe objective* reposant sur la reconnaissance ou la non reconnaissance sociale.

« L'approche sociologique développée ici fait donc de l'articulation entre les deux transactions la clé du processus de construction des identités sociales. La transaction subjective dépend, en effet, des relations à autrui constitutives de la transaction objective » (Dubar, 2011, p. 107) ou encore « la construction des identités se joue donc bien dans l'articulation entre les systèmes d'action proposant des identités "virtuelles" et les trajectoires vécues au sein desquelles se forgent les identités "réelles" auxquelles adhèrent les individus » (Dubar, 2011, p. 108). Il y a donc une nécessaire articulation entre les deux transactions mais à la fois une certaine autonomie de celles-ci. Ce qui est commun à ces deux systèmes est « le recours à des schémas de typification (Berger et Luckmann, 1966) impliquant l'existence de types identitaires, c'est-à-dire "d'un nombre limité de modèles socialement significatifs pour réaliser des combinaisons cohérentes d'identifications fragmentaires" (Erikson, p.53) » (Dubar, 2011, p. 110). Ainsi, « l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Dubar, 2011, p. 105). Nous proposons pour synthétiser la conception sociale de l'identité de Dubar, le schéma suivant de Beckers (2012, p. 151) :

Figure 3 : La construction sociale de l'identité professionnelle d'après Dubar, 2000 (Beckers, 2012, p. 151)



Dans la définition que donne Wittorski de l'identité, nous retrouvons certaines des caractéristiques présentées ci-dessus. En effet, selon Wittorski, l'identité est « le "jeu" (au sens stratégique et dynamique du terme) existant entre, d'une part, les affects et les représentations du sujet portant sur sa place et celle de son action dans l'environnement (places passées,

actuelles et à venir), et, d'autre part, la reconnaissance sociale du sujet par cet environnement » (Wittorski, 2007, p. 153). Il s'agit donc, plus spécifiquement dans le cadre professionnel, d'une double transaction : d'un côté une mise en reconnaissance de soi, et de l'autre, la reconnaissance de soi par les autres.

En ce qui concerne l'identité professionnelle, pour Dubar elle « constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage, ou mieux, de formation » (Dubar, 2011, pp. 113-114). En effet, dans l'identité professionnelle, il convient pour lui de tenir compte des savoirs, des compétences et des images de soi[75] que possède l'individu. Il va ainsi caractériser quatre configurations identitaires professionnelles qu'il présente à chaque fois du point de vue de l'identité pour soi et de l'identité pour autrui.

Tableau 11 : Les quatre configurations identitaires professionnelles selon Dubar (2011)

	Identité pour soi	**Identité pour autrui**
L'identité d'exécutant « stable » menacé : risque d'exclusion de l'emploi	*Savoirs pratiques et stabilité d'emploi* : « leur identité de travailleur ou de travailleuse, leur identité pour soi s'est forgée dans l'apprentissage sur le tas, l'exercice direct du travail ("on apprend en regardant et en touchant"), l'acquisition de savoirs pratiques dans l'expérience directe des tâches à accomplir » (Dubar, 2011, p. 184) et « ils n'ont aucun espoir d'évolution professionnelle, aucune autre perspective professionnelle que de durer dans leur emploi et survivre dans leur entreprise » (Dubar, 2011, p. 185). *Dépendance du chef et travail instrumental* : « la relation structurante de leur identité est celle qu'ils entretiennent avec leur supérieur direct ("le chef")… cette relation est d'abord une relation de forte dépendance » (Dubar, 2011, p. 185) et « tous disent travailler "pour gagner leur vie" et s'efforcer avant tout "de faire	*L'exclusion hors du modèle de la compétence* : « cette identité sociale virtuelle, prenant la forme d'un jugement anticipé d'incompétence,… c'est-à-dire d'inapte à produire les signes d'une volonté d'acquérir les compétences futures… » (Dubar, 2011, p. 184).

[75] Selon Hughes, les quatre éléments constitutifs de l'identité professionnelle sont : le renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels concernant la nature des tâches ; la conception du rôle professionnel ; l'anticipation des carrières et l'image de soi. Nous pouvons donc percevoir l'influence de Hughes chez Dubar.

	ce qu'on doit pour ce qu'on est payé » (Dubar, 2011, p. 186).	
L'identité bloquée : bloqués dans la situation actuelle, inquiets pour l'avenir	*Diplômes techniques et filières de métier* : sont des diplômés de l'enseignement technique qui se projettent « dans une filière liée à cette spécialité et impliquant une progression régulière combinant, de façon diverse, l'ancienneté et le perfectionnement technique dans cette spécialité » (Dubar, 2011, p. 196). *Reconnaissance*[76] *suspendue et conflit latent* : « ils ne se sentent plus reconnus	*Le modèle de l'opérateur polyvalent et gestionnaire* : « ce modèle idéal génère des représentations de l'ouvrier de demain… . Il devient opérateur, collaborateur, compagnon, polyvalent, parfois même technicien » (Dubar, 2011, p. 196).

[76] *Reconnaissance et reconnaissance professionnelle*

De façon générale, nous pouvons dire que la reconnaissance est un besoin primaire humain qui, en passant par l'affectivité, mène à l'estime de soi. Selon Hegel, elle est même « le processus de lutte par lequel un individu cherche à être reconnu » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 254). Ce processus est plus important pour l'individu que la satisfaction même de ses besoins matériels. La recherche de reconnaissance répond alors à des besoins d'existence, d'inclusion, de valorisation et d'individuation (Lipiansky, 1998). De ce fait, nous comprenons aisément que les conséquences d'une non reconnaissance pour un individu peuvent aller jusqu'à engendrer de la souffrance, une blessure morale et de l'isolement social.

Dans le domaine du travail, la reconnaissance « renvoie aux situations d'appréciation, voire de considération de l'agir professionnel d'un acteur » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 253). Ceci est donc en lien avec un processus d'évaluation « qui peut émaner de pairs, mais aussi d'un "hiérarchique" ou encore d'une instance externe sur le travail d'un individu. La rétribution symbolique qui en résulte s'accompagne d'un sentiment de gratification pour l'acteur » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 253). Cette évaluation peut à la fois porter sur le résultat du travail accompli (jugement d'utilité) mais aussi sur le professionnel. Dans le second cas, il s'agit plus spécifiquement de la reconnaissance qui « s'attache à la manière d'exercer, celle qui reconnaît l'œuvre accomplie et qui repose sur un jugement de beauté, c'est-à-dire l'estime de la conformité des activités menées avec les règles et les valeurs de la communauté de travail, mais aussi l'estime portée à la personne qui s'est distinguée d'une manière ou d'une autre dans l'accomplissement de son travail » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 254). Un autre élément important concernant le professionnel, c'est la reconnaissance de son investissement c'est-à-dire de ce qu'il a consenti à engager en termes, par exemple, d'énergie (physique, psychologique) afin de mener à bien son activité de travail. Enfin, nous voudrions terminer sur la distinction que fait Jorro entre trois modalités de la reconnaissance professionnelle. En effet, elle va distinguer :

- Le genre professionnel : il « permet de caractériser ce qui relève de l'usage des règles du métier, du caractère de conformité par rapport à un genre professionnel, d'appartenance à une communauté professionnelle » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 255). « Le genre est ce que les professionnels connaissent, comprennent, estiment, ressentent ou redoutent dans les conditions d'exercice de leur activité professionnelle. Le genre professionnel est … le produit d'une histoire collective et un instrument de l'action individuelle » (Lefeuvre et al., 2009, p. 296).
- Le style professionnel : il « revient à identifier la part d'ajustement à laquelle le professionnel recourt pour agir de façon opportune et efficace en situation » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 255).
- L'êthos professionnel : il « marque la distance que le professionnel est en mesure de tenir sur sa propre activité, faisant preuve de réflexivité et de sens éthique » (Jorro & Houot dans Jorro, 2014, p. 255). Ceci est en lien avec l'engagement professionnel de l'acteur.

	dans leur travail et se plaignent d'être réduits à de simples rôles d'exécutant » (Dubar, 2011, p. 197) et « on voit bien la racine identitaire du conflit potentiel : il s'agit de renoncer à une identité singulière de "spécialiste" pour devenir membre substituable d'une équipe mobilisée pour l'entreprise » (Dubar, 2011, p. 198).	
L'identité de responsable en promotion interne : reconnaissance de ces « responsables promus »	*Evolution professionnelle et formation continue interne et « intégrée »* : « cette formation, conçue comme "unité complexe d'apprentissages", contribue à structurer une identité professionnelle d'entreprise et à renforcer un sentiment d'appartenance à une collectivité structurée autour du processus de production et de sa gestion technique et sociale » (Dubar, 2011, p. 209). *Reconnaissance réciproque et mobilisation au travail* : « leur identité d'entreprise s'inscrit ainsi dans un cercle vertueux combinant forte contribution et forte rétribution (Benoît-Guilbot, 1965) » (Dubar, 2011, p. 210).	*Le modèle de l'évolution par et dans l'entreprise* : « l'identité ici désignée (identité pour autrui) est avant tout construite par et dans l'entreprise elle-même sur la base d'une réciprocité dynamique : en échange d'un engagement personnel du salarié dans son travail et pour la réussite de son entreprise, celle-ci lui assure à la fois la sécurité "subjective" de l'emploi et la progression probable de sa carrière » (Dubar, 2011, pp. 207-208).
L'identité incertaine et « individualiste » : recherche dans les relations de travail et dans les réseaux, les moyens de construire ou conforter des projets personnels étrangers à l'entreprise	*La contre-mobilité sociale* : « leur identité est donc ainsi dédoublée : la fausse identité, l'identité officielle, est celle que les autres associent à leur situation actuelle de travail, au poste qu'ils occupent, au groupe auquel ils ne se sentent pas appartenir "réellement". Leur véritable identité – pour soi – est celle qu'ils poursuivant à travers leurs formations ou leurs loisirs culturels » (Dubar, 2011, p. 219). *Posture critique et opportunisme* : « cette relation peut prendre une forme conflictuelle lorsque la "compétence" de leurs chefs est mise explicitement en cause » (Dubar, 2011, p. 220) et « leurs attitudes relationnelles restent, dans la plupart des cas, marquées du sceau de l'individualisme : ils ne manifestent généralement aucune conscience d'appartenance à un collectif interne à l'entreprise » (Dubar, 2011, p. 220).	*Des salariés qui posent problème* : « ces jeunes posent problème aux directions d'entreprise pour une double raison : d'une part aucune filière existante se semble leur être adaptée et leur avenir dans l'entreprise demeure problématique ; d'autre part ils ne partagent pas les attitudes au travail des salariés en promotion interne : plus individualistes, moins mobilisés pour l'entreprise, ils sont souvent plus critiques et paraissent plus instables. Ce n'est manifestement pas dans l'entreprise d'abord qu'ils veulent construire ou consolider

		leur identité flottante » (Dubar, 2011, p. 217).

Ainsi, « l'identité sociale n'est pas "transmise" par une génération à la suivante, elle est construite par chaque génération sur la base des catégories et des positions héritées de la génération précédente mais aussi à travers les stratégies identitaires déployées dans les institutions que traversent les individus et qu'ils peuvent contribuer à transformer réellement » (Dubar, 2011, p. 118). Cela souligne également les rapports de pouvoir en jeu entre les individus et les institutions et donc les différentes orientations que peuvent prendre l'identité professionnelle.

Ce dernier point nous permet de passer aux travaux de Sainsaulieu, puisqu'il a été le premier à prendre en considération « les formes d'implication subjective des salariés dans leurs relations de travail, saisies principalement en termes de rapports de pouvoir » (Dubar, 1998, p. 389). Nous présentons le modèle de l'identité professionnelle de Sainsaulieu dont l'ouvrage « L'identité au travail » (1977) est fondateur de l'identité dans le champ du travail. Ainsi, pour Sainsaulieu, l'identité est la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise » (Sainsaulieu cité par Dubar, 2011, p. 115). En fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance d'autrui, Sainsaulieu « situe ces positions identitaires à l'intérieur d'un espace orthogonal structuré par la double opposition individuel/collectif et opposition/ alliance :

- L'identité du "*retrait*" combine la préférence individuelle avec la stratégie d'opposition ;
- L'identité "*fusionnelle*" combine la préférence collective avec la stratégie d'alliance ;
- L'identité "*négociatoire*" allie la polarisation sur le collectif avec une stratégie d'opposition ;
- L'identité "*affinitaire*" allie la préférence individuelle avec une stratégie d'alliance » (Dubar, 2011, p. 116).

Dans la continuité de la caractérisation des identités collectives, nous trouvons également les travaux d'Osty et al. (2007) qui distinguent six modèles d'identités collectives et dans lesquels nous retrouvons des similitudes avec les travaux de Dubar :

Tableau 12 : Les six modèles d'identités collectives au travail selon les travaux d'Osty et al., 2007 (Piaser, 2014, p. 157)

L'identité réglementaire	Elle « concerne des professionnels qui ont un rapport instrumental au travail, qui n'y développent que de faibles sociabilités et qui manifestent de nombreux signes d'une existence sociale externe » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).
L'identité communautaire	« Ces professionnels présentent un ancrage dans de fortes traditions collectives même si elles subissent un effritement réel qui les rend moins opérantes que par le passé » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).

L'identité professionnelle de service public	« L'interaction avec l'usager est au cœur de la construction identitaire qui recouvre à la fois la détention d'un savoir-faire particulier et le recours aux principes de l'action publique » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).
L'identité de métier	« Les professionnels de ce modèle mettent en avant un vif intérêt pour l'activité qu'ils exercent. La fierté du travail bien fait, la satisfaction liée à la détention d'une qualification particulière, la confrontation des points de vue perçue comme porteuse d'apprentissages sont quelques-unes des positions partagées par ces professionnels » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).
L'identité de mobilité	« C'est la trajectoire personnelle qui constitue ici l'élément le plus structurant pour les individus. Si la promotion en est l'un des moteurs, la recherche de l'accroissement de l'intérêt porté au travail, ou la progression statutaire, ou encore le niveau de rémunération attendu peuvent en être d'autres déterminants. Pour les professionnels concernés, l'accent est mis sur le caractère individuel du projet dont le métier est l'instrument et non la finalité » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).
L'identité entrepreneuriale	« Ces professionnels sont très fortement attachés à leur métier éminemment porteur de sens et qui leur permet de mobiliser leurs capacités techniques, intellectuelles, mais aussi personnelles, voire affectives » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157).

Ainsi, en synthèse, nous pouvons indiquer que « les identités professionnelles seraient ainsi des conceptions de soi au travail qui articuleraient une identité personnelle et une identification à un collectif » (Lefeuvre, 2009, p. 297).

2.3.La culture professionnelle

En reprenant les étapes de la socialisation professionnelle décrites par Hughes, nous avons pu mettre en évidence que l'incorporation des normes, des valeurs et des modèles de comportement entrait en considération dans la description de son processus. Ces éléments, correspondant à une culture, nous amène à proposer la définition suivante de la culture professionnelle, assez longue nous le concédons, mais éclairante et partant d'une conception générale. Ainsi, la culture professionnelle est un :

> Système d'orientation universel d'un collectif d'individus, qui se construit à partir de symboles (par ex., langage, signes, comportements particuliers) systématiquement transmis et influençant la perception, la pensée, une série de valeurs en fonction desquelles ces individus agiront tout en affirmant leur appartenance au collectif. La culture est formée et transformée au fil du temps par les membres du collectif, selon un processus dynamique et multiforme, dont l'orientation dépendra de ses savoirs d'expérience. Grâce à des processus de socialisation, ces savoirs sont transmis aux nouveaux membres et progressivement renforcés de manière à créer des répertoires d'action qui, tout en échappant à la prise de conscience, peuvent avoir des effets soit

positifs soit négatifs sur l'efficience et l'efficacité du collectif, selon sa volonté de maintenir les solutions existantes ou au contraire sa capacité de développer de nouvelles solutions face aux nouveaux problèmes. (Thurler & Progin dans Jorro, 2014, p. 71)

Dans la première partie de cette définition, nous voyons qu'une culture professionnelle renvoie à des *valeurs professionnelles*, mais aussi à une *éthique professionnelle* et à un *êthos*. Nous souhaitons définir ces termes.

Valeurs vient du latin *valere* qui signifie « valoir » c'est-à-dire « fort, puissant ou encore en bonne santé ». Puis au XIX^{ème} siècle, le terme prend le sens d'un jugement personnel émis sur ce qui est « vrai, beau et bien ». Les valeurs possèdent un caractère collectif, sont associées à des notions positives et sont partagées entre individus. Nous pouvons dire qu'elles « se révèlent à l'occasion de choix qui traduisent un jugement des acteurs, des structures et des institutions sur ce qui est préférable et désirable » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, p. 345). Dans une approche psychosociale, Rokeach (1973) définit un système de valeurs comme étant « une organisation durable de croyance quant à l'importance relative de formes de conduites ou de buts finaux » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, pp. 345-346). Il précise que les valeurs ont les caractéristiques suivantes :

- « Elles possèdent une composante cognitive, affective et comportementale ;
- Elles sont durables et stables tout en étant susceptibles d'être modifiées ;
- Elles sont relatives dans le sens où il faudrait considérer l'importance de chacune d'entre elles par rapport aux autres ;
- Elles correspondent soit à un mode de conduite (valeurs instrumentales) soit à un but de l'existence (valeurs terminales) ;
- Elles sont associées à une préférence entre deux modes de conduite ou deux buts existentiels » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, p. 346).

Les valeurs peuvent être portées par des structures ou des institutions et dans ces cas, les valeurs permettent de définir des normes et les conduites qui en découlent. Ainsi, dans le cadre d'une profession, « les valeurs seront mobilisées comme un concept structurant qui participe à la régulation des pensées professionnelles et des collectifs qui les portent » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, p. 346). Elles prennent alors la forme d'énoncés coconstruits qui pourront être implicites (visibles à travers les représentations professionnelles ou l'implication professionnelle) ou explicites (dans les éthiques professionnelles). Dans le cadre des formations, la professionnalisation aboutira à l'acquisition par les individus des valeurs de la profession : « les regards pourront alors se porter par exemple sur l'enseignement des déontologies professionnelles et sur l'étude des modifications des prises de position » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, p. 347). Enfin, dans le cadre des institutions, le management par les valeurs « a pour objectif de "remobiliser" les salariés autour des valeurs de l'entreprise ou de l'institution » (Ratinaud et al. dans Jorro, 2014, p. 347) afin d'agir sur leurs performances professionnelles en misant sur l'appartenance à un collectif.

L'éthique vient du latin *ethica* qui signifie « morale » du point de vue philosophique et par extension au grec, l'éthique fait également référence aux « mœurs » ou encore à la « manière d'être habituelle d'un groupe » qui serait autonome et qui aurait sa propre existence. L'éthique se différencie de la morale sur les points suivants : l'éthique vise à déterminer ce qui est « bon »

de faire, tandis que la morale tend à élaborer des règles ou des lois qui visent le « Bien et le Mal ». L'éthique se fonde sur des valeurs partagées par un collectif pour agir, tandis que la morale se fonde sur des obligations pour agir. Enfin, l'éthique est particulière c'est-à-dire située et prenant place dans un contexte en particulier tandis que la morale est universelle. Les autres caractéristiques qui se dégagent de l'éthique sont : qu'elle se base sur des délibérations comportant une dimension réflexive pour prendre des décisions. Elle s'exprime donc dans un collectif et comporte, de ce fait, une dimension identitaire puisqu'il s'agit de l'expression de l'appropriation des valeurs partagées du groupe professionnel lui conférant son autonomie et sa responsabilité. Un autre point de précision, éthique et déontologie sont deux notions proches mais la déontologie va plutôt exprimer les normes et les règles d'une profession héritées du passé tandis que l'éthique s'inscrit dans les valeurs présentes de la profession puisqu'elle est située. Nous pouvons dire que « l'éthique professionnelle constitue ainsi à la fois une forme de régulation sociale de l'agir professionnel et un principe d'organisation des professions ou des champs professionnels, qui permet aux acteurs de se re-connaître eux-mêmes grâce à des orientations et des valeurs partagées. L'éthique professionnelle participe ainsi à la définition du professionnalisme[77] de chacun dans l'exercice d'une profession donnée en plus de constituer un mode de régulation de l'agir des membres du groupe professionnel » (Jutras & Labbé dans Jorro, 2014, p. 106).

L'êthos vient du grec *êthos* qui désigne aussi la « manière d'être habituelle d'un groupe » ou les « dispositions de l'âme et de l'esprit » mais également les « mœurs et les coutumes ». L'êthos fait référence au comportement individuel. En effet, l'êthos comporte une dimension pratique et axiologique se manifestant dans et par des gestes et des postures[78]. L'êthos comporte également une dimension socio-historique lui conférant le caractère durable de l'habitude en plus de la posture psychique de l'individu. L'êthos renvoie également à l'identité professionnelle puisque l'expression par l'individu des normes et des valeurs du groupe professionnel est en cause. Ainsi, nous pouvons concevoir :

[77] Nous pouvons ici définir le professionnalisme comme le sens du travail bien fait au regard des compétences et de la conscience professionnelle d'un acteur. Le professionnalisme repose sur la conception anglo-saxonne de la profession (que nous présenterons plus loin dans notre travail) et ne peut aller sans une socialisation professionnelle significative. Le professionnalisme de joue également dans les mécanismes de régulation de la qualité du travail et repose, par exemple, sur le fait de se mettre à la place du « client » pour comprendre au mieux ces attentes. Il en ressort une forme d'autonomie du groupe professionnel dans la réalisation du travail.

[78] La posture professionnelle « désigne la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice. Au-delà de ce qui est donné à voir, la posture professionnelle apparaît bien comme le produit de plusieurs processus en jeu pour intégrer les "entités hétérogènes, incertaines et processuelles" que sont les groupes professionnels,… . Cette intégration s'accomplit au fil de processus complexes de "différenciation professionnelle" (Mulin, 2008) dès lors que " les acteurs professionnels partagent une norme commune, composée de représentations professionnelles qui portent principalement sur la justification des pratiques, mais remplissent aussi des fonctions de construction identitaire et de constitution des savoirs communs à la profession" » (Mulin dans Jorro, 2014, p. 214).

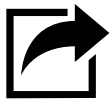
> L'êthos professionnel comme un ensemble de valeurs intériorisées par l'acteur et qui se concrétisent dans l'activité professionnelle. En situation professionnelle, l'êthos professionnel conduirait tout acteur à agir en tant qu'acteur porté par des significations construites en fonction des valeurs et des normes de l'activité en jeu, à interroger son positionnement dans l'action ou encore à défendre des valeurs en situation professionnelle. Le concept d'êthos professionnel conjugue les significations relevant d'un êthos de métier et celles reconfigurées par l'acteur tout au long de son expérience professionnelle. Ce concept permet ainsi de saisir tout à la fois le rôle des valeurs et des normes qui seront plus ou moins incorporées et le désir de métier qui s'exprime dans les significations que l'acteur attribue aux situations professionnelles. (Jorro dans Jorro, 2014, p. 110)

Cette définition de l'êthos nous permet de poursuivre sur la définition de la culture professionnelle que nous avons précédemment proposée, puisqu'elle renvoie à la part de la dimension individuelle du collectif qui forme et transforme également la culture professionnelle. En effet, la culture professionnelle représente la part collective de l'identité professionnelle mais ce collectif de travail, à travers les individus qui le compose, détermine également les éléments composants et faisant évoluer cette culture. Ainsi, une culture professionnelle commune et partagée permet « le développement du progrès des collectifs, dans et par le développement des sujets humains. L'apprentissage professionnel ne peut donc pas reposer exclusivement sur un apprentissage de gestes et de techniques de métier. Ce processus doit aussi comporter une dimension culturelle invitant les travailleurs à réfléchir sur le sens de leurs actions. L'apprentissage professionnel est donc bien une transformation culturelle qui s'opère chez le sujet, travailleur et apprenant » (Roger dans Jorro, 2014, pp. 39-40). Ceci sous-tend l'idée de corporéité que Jorro (2002) met, par exemple, en évidence par la distinction qu'elle fait entre « gestes de métier » et « gestes professionnels ». En effet, dans le premier cas, nous pouvons définir les « gestes de métier » comme « les gestes codifiés, répertoriés dans la mémoire du métier » (Croce-Spinelli dans Jorro, 2014, p. 146). Tandis que « les gestes professionnels intègrent des dimensions singulières : l'adresse à autrui, les dimensions biographiques et axiologiques de celui qui les mobilise. Les gestes traduisent alors un "sens postural", interviennent au "moment opportun", cherchent à transmettre quelque chose en "s'adressant à autrui" » (Croce-Spinelli dans Jorro, 2014, p. 146).

En ce qui concerne le processus de transmission d'une activité professionnelle, nous pouvons dire qu'il s'inscrit dans un héritage socio-culturel mais aussi qu'il est évolutif car fait de différentes étapes. En effet, nous venons de faire la distinction entre « gestes de métier » et « gestes professionnels » mais l'apprentissage de l'activité professionnelle repose, dans un premier temps sur un apprentissage mimétique qui participera au processus de socialisation professionnelle : « ces apprentissages mimétiques participent à la formation d'une régularité de l'agir professionnel observable dans les gestes ritualisés et emblématiques du métier jouant un rôle dans la formation de la structuration de ce corps professionnel » (Croce-Spinelli dans Jorro, 2014, p. 145). Tout comme les représentations professionnelles d'ailleurs. Du point de vue

général de la sociologie, les représentations sociales[79] présentent une vision fonctionnelle du monde. Par extension au milieu professionnel, nous pouvons préciser que les représentations professionnelles « portent sur des objets appartenant à une profession particulière et qu'elles sont partagées par tout ou parties des membres de cette profession » (Piaser, 2014, p. 273). Les contenus des représentations professionnelles sont : descriptifs (pour la communication au sein du groupe), prescriptifs, conditionnels (soumis à l'expérience, l'ancienneté par exemple) et évaluatifs (déterminent ce qui est attendu et souhaité dans l'exercice professionnel de ce qui ne l'est pas). Les fonctions des représentations professionnelles sont : une fonction cognitive (savoirs expérientiels adaptés et spécifiques nécessaires à l'activité), une fonction identitaire (transmet les éléments pérennes et les changements de l'identité professionnelle), une fonction de communication (rhétorique professionnelle) et une fonction d'orientation (grilles de référence d'orientation et/ou de justification des conduites professionnelles).

Enfin, la culture d'organisation ou d'entreprise renvoie à l'interaction présente entre la culture et l'identité professionnelles. En effet, « la précision de telle ou telle identité professionnelle ne se fait pas dans des milieux professionnels identiques : les activités concernées, la taille des collectifs de travail, leur ancienneté d'exercice sont quelques-unes des variables qui peuvent moduler les particularités identitaires. Le recours à la notion de culture d'entreprise permet d'organiser plus précisément l'existence de tel ou tel modèle identitaire : "l'hypothèse de la culture d'entreprise signifie sociologiquement l'existence possible d'un système de valeurs, de représentations et de normes de comportement propres à une organisation" » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 158). Deux configurations peuvent alors se trouver : soit ces deux cultures s'envisagent comme complémentaires, soit elles se retrouvent en opposition. Par exemple, elles peuvent être en opposition si la culture d'organisation trop fondée sur des principes d'efficacité et d'excellence, cherche à convertir les identités professionnelles (Wittorski, 2008). Autre exemple, sans être en opposition cette fois-ci, l'absence de l'une de ces deux cultures peut favoriser l'émergence de l'autre. En effet, dans le cas où l'appartenance d'un individu à une organisation serait remise en question par celui-ci, cela pourrait produire l'effet de renforcer l'appartenance à la culture professionnelle : « dans la mesure où l'appartenance à une organisation clairement définie devient plus floue, incertaine et crée des pertes d'identité, l'appartenance à une communauté professionnelle et l'émergence d'une identité professionnelle personnelle gagnent en importance » (Thurler & Progin dans Jorro, 2014, p. 72).



[79] « Les représentations peuvent être considérées comme des façons d'organiser notre connaissance de la réalité, elle-même construite socialement ; elles sont directement liées à notre appartenance à une communauté » (Ferréol & Jucquois, 2010, p. 175).

3. La professionnalisation[80]

3.1.L'émergence d'un mot et d'un concept

Selon Wittorski le terme de la professionnalisation est apparu dans des espaces différents (social, du travail et de la formation) et à des époques différentes. Ceci a permis de définir trois grandes dimensions de la professionnalisation, chacune ayant des enjeux particuliers. Chronologiquement, c'est à la fin du XIX^{ème} siècle qu'est apparu le premier sens du mot dans les groupes sociaux comme étant la « constitution des professions ». Depuis quelques décennies, notamment en France, le mot a investi les champs de l'entreprise et de la formation donnant ainsi naissance aux deux autres sens de la professionnalisation qui sont la « mise en mouvement des individus dans des contextes de travail flexibles » et « la fabrication d'un professionnel ».

Concernant la *« professionnalisation-constitution des professions »* : c'est la sociologie américaine fonctionnaliste avec Parsons[81] qui nous a permis de définir ce sens comme étant en premier lieu le « processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service » (Wittorski, 2011, p. 6). Puis dans une approche interactionniste avec Hugues, il s'agissait de passer d'une vision des professions comme structures à une vision comme acteurs collectifs. De ce fait, le terme a ensuite désigné le fait que des groupes sociaux développent, dans le but d'acquérir et d'asseoir leur position dans un contexte de marché libre, une rhétorique spécifique les érigeant en « profession » (Paradeise, 2003). Le mot de « profession » gagne les pays anglo-saxons au début du XX^{ème} siècle et reste associé à l'image de la profession libérale, prestigieuse et avec un pouvoir important. En France, le contexte étant différent, la profession repose alors sur le modèle des corps d'État « à des fins de conquête d'une meilleure place dans une hiérarchie étatique » (Wittorski, 2011, p. 6).

Concernant la *« professionnalisation-efficacité du travail »* : il s'agit de s'adapter en permanence aux marchés fortement concurrentiels dans lesquels sont placées les entreprises. Afin d'assurer une efficacité accrue de l'activité, il s'agit pour elles de favoriser l'évolution continue des compétences de leurs salariés. Nous nous situons au niveau de la professionnalisation des organisations.

Concernant la *« professionnalisation-formation »* : il est question d'articuler de façon plus étroite l'acte de travail et l'acte de formation afin de faciliter l'entrée et le maintien des personnes sur le marché du travail. Les formations initiales et continues doivent alors permettre de développer les compétences des individus tout en les dotant d'outils leur permettant

[80] Nous reprenons ici une partie des éléments du cadre conceptuel de notre travail de Master Recherche en Sciences de l'Education et de la Formation (2012-2013) dont la thématique portait sur le lien entre évaluation et professionnalisation dans le cadre de la formation initiale en Sciences Maïeutiques en France.

[81] A partir de l'étude de la médecine et des professions juridiques, Parsons détermine l'idéal-type de la profession.

d'élaborer et d'accompagner des changements organisationnels (praticien réflexif). Pour cela, « il s'agit d'intégrer l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler » (Wittorski, 2011, p. 6) aboutissant à des formes de dispositifs de formation plus complexes et multi-acteurs. Ainsi, nous pouvons voir ici l'opportunité de « penser l'apprentissage à partir de l'activité développée par les individus »[82] (Wittorski, 2011, p. 8) et donc de repenser l'ingénierie de formation.

Wittorski (2011) identifie six voies de la professionnalisation, nous trouvons :

La logique de l'action : les individus sont face à une situation familière présentant un caractère nouveau les conduisant à ajuster leurs process d'action sans avoir à y réfléchir.

La logique de la réflexion et de l'action : les individus sont face à des problèmes inédits les obligeant à construire progressivement un process d'action intellectualisé au sens où il fait l'objet d'un accompagnement réflexif.

La logique de la réflexion sur l'action : il s'agit d'un temps d'analyse rétrospectif des individus sur leurs pratiques afin de mieux les évaluer, les comprendre, les transmettre.

La logique de la réflexion pour l'action : il s'agit de l'analyse anticipée d'individus sur des actions à venir en vue d'améliorer l'efficacité au travail et la qualité de ce dernier.

La logique de la traduction culturelle par rapport à l'action : il s'agit de l'accompagnement des individus par un tiers dans la mise en place et le traitement d'une nouvelle activité.

La logique de l'intégration assimilation : les individus engrangent des ressources externes (théoriques et/ou pratiques) afin de les utiliser plus tard pour agir.

Positionnons ces voies de professionnalisation aux niveaux micro pour les individus, méso pour les activités et macro pour les organisations. Concernant la *professionnalisation des individus*, nous pouvons préciser que les voies de professionnalisation habituelles sont celles de l'action, de l'intégration assimilation, de la réflexion et de l'action et de la traduction culturelle. En effet, les individus développent de plus en plus leur analyse de l'action afin de répondre aux contextes de flexibilité du travail. Ainsi, les voies de la professionnalisation par les logiques de la réflexion sur et pour l'action se développent à travers l'analyse de pratiques. Concernant la *professionnalisation des activités*, les voies de professionnalisation sont celles des logiques de la réflexion sur et pour l'action afin de créer un système d'expertise (compétences légitimes d'un groupe ou savoirs professionnels) s'accompagnant d'une rhétorique externe. Il s'agit alors de la constitution d'une profession autour de compétences formalisées donnant lieu à la construction d'un référentiel et permettant sa légitimité (reconnaissance sociale). Concernant la *professionnalisation des organisations*, les voies de professionnalisation sont les mêmes que pour la professionnalisation des activités puisqu'il s'agit de formaliser des connaissances et des

[82] Nous développerons notamment ceci dans la présentation de la didactique professionnelle.

process d'action en savoirs caractérisant le métier et ayant un critère dominant d'efficacité au sein de l'organisation. Il s'agit alors non plus d'élaborer un référentiel pour la reconnaissance sociale de la profession mais d'un répertoire de bonnes pratiques constituant le travail prescrit.

Cette exploration des différents niveaux de la professionnalisation nous donne à voir qu'il parait indispensable d'articuler ces différents niveaux entre eux afin de favoriser la rencontre entre l'offre de professionnalisation par les organisations et la demande des individus en matière de professionnalisation correspondant à leur développement professionnel. De ce fait, nous rappelons la définition que propose Wittorski (2007, p. 147) de la professionnalisation : « la professionnalisation est donc non seulement une intention sociale (côté organisation) finalisée par la quête d'une évolution des personnes au travail mais aussi un jeu identitaire ou une transaction entre une « mise en reconnaissance de soi » (côté individu, au travers des actes produits) et une reconnaissance effective par l'environnement (attribuant ainsi les « qualités » de compétent et de professionnel à un sujet) ».

Nous souhaitons maintenant apporter des précisions sur des termes que nous avons utilisés jusqu'ici ou que nous allons utiliser et qui sont indissociables de la professionnalisation :

Savoirs et connaissances : ces deux termes sont à différencier dans la mesure où ils ne s'inscrivent pas dans les mêmes dimensions. En effet, les connaissances renferment un caractère subjectif que les savoirs n'ont pas. Ainsi, nous retiendrons que les savoirs ont un « caractère à la fois institué (construit socialement et historiquement), objectivé (construction d'un système théorique, formalisation, etc.), dépersonnalisé et décontextualisé de la connaissance » (Reuter, 2012, p. 45). Tandis que les connaissances d'un sujet sont « le résultat intériorisé de son expérience, qui repose sur une recomposition à usage personnel des expériences et des savoirs. Les connaissances ne sont pas sans relation avec les représentations, elles peuvent entrer en conflit avec les savoirs institués » (Reuter, 2012, p. 45). Nous retrouvons également la dimension objective du savoir dans la définition qu'en donne Wittorski[83] comme étant « un énoncé communicable socialement validé » (2007, p. 149). Et nous retrouvons la dimension subjective de la connaissance dans la définition qu'en donne Barbier comme étant « le résultat d'un processus d'intériorisation par les personnalités de réalités qui leur sont extérieures, et tout particulièrement d'énoncés sur le monde » (Barbier, 2014, pp. 12-13).

Savoirs théoriques et savoirs d'action : selon Barbier (2014, p. 6) « la théorie, c'est ce qui appartient à l'ordre de l'universel, de l'abstrait, des "hautes terres", du déductif, de l'applicable, du transposable dans la pratique. A l'inverse, la pratique, c'est ce qui appartient à l'ordre du contingent, du local, de l'éphémère, du complexe, de l'incertain, des "basses terres", de l'inductif, de ce qui nourrit la théorie ».

[83] En référence à des travaux du CNAM.

Savoirs théoriques : pour Barbier (2014), ils font partie des savoirs objectivés qui sont à différencier des savoirs détenus[84] bien qu'ils soient tous les deux issus d'une construction sociale. Les savoirs objectivés sont des énoncés qui possèdent une réalité extérieure aux individus, qui sont communicables et transmissibles. Ils sont ainsi déterminés par une culture, des règles et des normes qui ont font des représentations faisant l'objet d'une valorisation sociale sanctionnée par une activité de transfert et communication. Ces savoirs ont donc une existence distincte de ceux qui les énoncent et sont ainsi conservables et cumulables. Quand on se les approprie, ils deviennent des connaissances. Ils appartiennent au registre de la vérité ou encore du jugement social et sont des énoncés affirmatifs de type Vrai/Faux. Pour Barbier (2014), il y aura alors des savoirs factuels (concepts) et des savoirs d'intelligibilité (liens entre les concepts) dont les derniers seraient produits par les savoirs théoriques.

Savoirs d'actions (Barbier, 1996) : il s'agit de savoirs reconnus comme étant efficaces pour une action de résolution de problème (ce sont des énoncés opératifs). Cette reconnaissance s'effectue par une communauté sociale composée d'individus partageant la même activité et participant à la production d'une identité sociale. Comme l'indique Wittorski il s'agit d'un nouveau vocable qui s'accompagne « d'une conception de l'apprentissage à partir du travail reposant sur la nécessité de développer une posture réflexive rétrospective par rapport à l'action (modèle du praticien réflexif) permettant de construire l'expérience sue (passer de l'expérience en actes à l'expérience sue) » (Wittorski, 2007, p. 163).

Savoirs professionnels : il s'agit non plus de savoirs dont le critère principal est l'efficacité mais la légitimité aux yeux d'une communauté professionnelle. Il s'agit donc de faire valoir et reconnaître dans l'espace social des actions jugées distinctives et légitimes contribuant ainsi à la production d'une identité professionnelle. Leplay nous aide également à caractériser ces savoirs professionnels en nous précisant que « ces savoirs ont pour objet la conduite des activités de transformation du "monde" ; ils sont validés en référence à l'expérience individuelle et collective des acteurs ; ils sont validés par le consensus dans une communauté de professionnels » (Leplay, 2011, p. 79).

Capacités : selon Wittorski les capacités sont des « construits sociaux désignant des dispositions à agir relativement transversales. Les capacités sont des process d'action décontextualisés, des potentialités d'action acquises, non investies dans l'action au moment où elles sont désignées mais disponibles pour agir » (Wittorski, 2007, p. 150). Dans une approche plus centrée sur l'analyse du travail, Barbier définit la capacité comme la « propriété attribuée à des sujets dans leurs rapports avec des classes d'activités, construite par abstraction et dégagement d'invariants et considérée comme un potentiel pour ces mêmes sujets » (Barbier,

[84] Les savoirs détenus ont une composante identitaire. Ils sont, selon Barbier (2014), une réalité indissociable des individus et des collectifs qui en sont le support. Parmi les savoirs détenus, nous trouverons : les connaissances, les capacités, les compétences, les aptitudes et les attitudes.

2011, p. 34). La capacité est donc un possible théorique et invisible qui ne se révélera que dans l'action.

Process d'action : ce terme est utilisé par Wittorski pour désigner « ce que fait l'individu en situation » (Wittorski, 2007, p. 148), nous nous situons alors à un niveau micro. Puis, « les espaces méso et macro vont attribuer un statut de compétence à certains process d'action selon des critères qui leur sont propres (souvent relatifs à l'efficacité de l'action) » (Wittorski, 2007, p. 149).

Cette approche généraliste de la professionnalisation étant faite, nous abordons maintenant de façon plus spécifique la « professionnalisation-formation » dans le sens attribué par Wittorski et nous étudierons ce que les auteurs préconisent afin de professionnaliser les formations.

3.2.La professionnalisation des formations universitaires

Même si les écrits de Wittorski à propos de la professionnalisation des formations universitaires ont certainement été pensés dans le contexte français et européen, nous les trouvons aussi pertinents et intéressants pour le contexte brésilien puisque les formations initiales des infirmières obstétricales s'effectuent au sein de facultés en soins infirmiers. En plus de cette mission de formation initiale des infirmières obstétricales, les universités doivent également être actrices (en partenariat avec les établissements de santé) dans le développement de la formation continue des professionnels. De ce fait, des enjeux politiques et sociaux sont présents pour les universités et les formations qui doivent répondre à la demande du Gouvernement Fédéral brésilien de changer le modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement. En effet, les préconisations de la recherche *Nascer no Brasil* insistent bien sur le fait que la communauté scientifique et les universités ont un rôle à jouer dans ce changement de paradigme. Et ceci, en devant notamment « souligner, dans la formation des professionnels de santé, les aspects physiologiques de la grossesse et de l'accouchement et l'usage approprié des technologies fondé sur les données scientifiques probantes ». Il s'agit donc, ici, pour les universités d'assurer la « mise en correspondance plus forte des formations et des emplois » (Wittorski, 2008, p. 109) afin de favoriser des formations adaptées aux évolutions continues du système de santé, des recommandations de bonne pratique et de l'activité dans le champ du travail. En étant efficaces, c'est-à-dire en répondant à la demande politique du Gouvernement brésilien, les systèmes de formation pourront faire valoir leur légitimité en montrant leur utilité sociale et économique mais aussi leur positionnement stratégique pour ce changement culturel.

Dans la mesure où le terme de professionnalisation est associé à un vocable spécifique (savoirs professionnels, compétences), cela oblige les universités à effectuer certains choix pédagogiques au regard de ce nouveau paradigme. En effet, dans le cadre de dispositifs professionnalisants, on ne peut pas considérer séparément voire opposer les savoirs dits théoriques, scientifiques, disciplinaires, savants, de haut niveau, aux savoirs d'action ou professionnels dits pratiques. Nous voyons donc que pour professionnaliser des cursus universitaires il faut penser les dispositifs de formation en articulant les savoirs théoriques aux savoirs pratiques et inversement afin de valoriser l'action du sujet : « les apprentissages réalisés

dans les deux lieux sont donc différents mais complémentaires et devraient conduire les formateurs à penser les dispositifs davantage en termes de projet global de formation articulant les deux espaces » (Wittorski, 2007, p. 162). Les formations en santé ont toujours articulé les apprentissages théoriques et pratiques « au lit du patient ».

Nous nous appuyons sur les écrits de Le Boterf et de Wittorski afin de caractériser des cursus dits professionnalisants. Pour Le Boterf, rendre une formation professionnelle et professionnalisante[85] encore plus professionnalisante c'est « faire en sorte qu'elle prépare davantage les apprentis à agir en professionnels dans des situations variées et de niveaux différents de complexité. Cela passe par un travail de l'analyse des activités en situation, et donc par un renforcement de la pédagogie de la simulation et de la pédagogie des stages en entreprise » (Le Boterf, 2011, p. 109). Il donne ici quelques principes permettant de professionnaliser une formation et énumère huit recommandations (Le Boterf, 2008, pp. 49-55) que devrait suivre tout cursus souhaitant adopter une approche par les compétences à l'université :

Être organisé pour faire acquérir des ressources variées, de haut niveau, pouvant être mobilisées dans des situations diversifiées et nécessaires pour évoluer : tout professionnel selon Le Boterf a besoin de « ressources pour agir ». Il indique que ces ressources doivent être variées et cite : des connaissances disciplinaires et interdisciplinaires, des savoir-faire, des méthodes de raisonnement, une culture générale, scientifique et professionnelle, des comportements, des capacités de réflexion critique, des capacités intellectuelles, des ressources émotionnelles, des modèles de pensée ou d'action. Pour lui, il est donc important de doter les étudiants d'un « solide potentiel de ressources leur donnant une plus grande adaptabilité pour intervenir dans une diversité de situations ». Il précise notamment que parmi ces ressources, les universités doivent favoriser les capacités à apprendre s'inscrivant dans une démarche d'actualisation et de développement de connaissances mais aussi de compétences.

Entraîner à agir avec pertinence et compétence en situation professionnelle : le professionnel compétent selon Le Boterf est celui « qui non seulement possède des compétences ou des ressources, mais sait agir avec compétence dans des situations variées et souvent inédites ». Ainsi, pour lui les cursus doivent préparer les étudiants à mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et à mobiliser des combinatoires de ressources appropriées dans des situations. Cependant, il précise qu'il est difficilement envisageable d'entrainer les étudiants sur toutes les situations. C'est pourquoi il indique qu'il faut privilégier l'entrainement des étudiants sur une gamme bien choisie de situations-types (cœur de métier) et par rapport

[85] Wittorski effectue une différence entre « formation professionnelle » et « formation professionnalisante ». En effet, pour lui, la « formation professionnelle » se caractérise par des savoirs d'action et un critère d'efficacité tandis que la « formation professionnalisante » se caractérise par des savoirs professionnels et un critère de légitimité.

auxquelles sera développée une activité de distanciation ou de réflexivité.

Concevoir un programme ou un cursus comme un parcours de professionnalisation : il convient de proposer aux étudiants « des programmes qui soient conçus comme des parcours progressifs leur permettant de cheminer vers des objectifs terminaux et comprenant des phases finalisées sur des objectifs intermédiaires ». Pour chaque objectif de phase, un ensemble cohérent d'activités pédagogiques sera mis en place permettant de favoriser divers types d'apprentissages (acquisition de connaissances, apprentissage de pratiques, développement de capacités de réflexion critique). Cela incite donc les universités à dépasser les cloisons disciplinaires et les étudiants à s'approprier les connaissances en les organisant entre elles et non simplement en les empilant.

Mettre en œuvre une alternance interactive : en effet, il s'agit de mettre en œuvre une alternance favorisant l'articulation la plus forte qui soit entre les activités de formation et les activités de stage. C'est pourquoi Le Boterf préconise l'alternance « interactive » (ou « intégrative » selon Malglaive) plutôt que l'alternance « applicative » ou encore « juxtapositive ».

Mettre en œuvre des activités de développement de la réflexivité et de la réflexion critique : pour Le Boterf, il est important que l'étudiant, futur professionnel, puisse être capable de prendre du recul par rapport à ses pratiques, ses ressources et les façons dont il les mobilise. Il s'agit d'une distanciation critique qui lui permet de « rendre compte de comment et pourquoi il agit de telle façon dans ce contexte. Cette distanciation lui est indispensable pour pouvoir progresser professionnellement, consolider son identité professionnelle et réinvestir ses apprentissages dans de nouvelles situations professionnelles ». Cette procédure relève de la capacité de réflexivité de l'étudiant et nécessite un apprentissage et un accompagnement particulier (entretiens de rétroaction, analyse et partage de pratiques, élaboration de cartes conceptuelles ou mentales).

Évaluer, avec diverses modalités, les progrès en professionnalisation : Le Boterf estime qu'il y a trois dimensions à évaluer, chacune avec des outils particuliers. La première dimension est celle des ressources disponibles, évaluées à l'aide de QCM, tests et exercices. La seconde est celle des pratiques professionnelles et de leurs résultats, évaluées par des mises en situations réelles ou simulées. Enfin, la dernière est celle de la réflexivité, évaluée par la confection de dossiers de retour d'expérience ou de documents de traçabilité de pratiques. Quoiqu'il en soit, il estime qu'il est nécessaire de faire la différence entre un professionnel qui « a » des compétences et qui « est » compétent. Dans le premier cas, l'évaluation portera sur le degré d'acquisition des ressources. Dans le deuxième, elle portera davantage sur la « capacité à combiner et à mobiliser des ressources appropriées et à mettre en œuvre des pratiques pertinentes dans des situations réelles ou simulées ». Enfin, il précise qu'il doit être combiné « des moments d'évaluation dite formative (destinés uniquement à faire le point sur les progrès et les difficultés et à envisager des pistes de progrès) et des moments d'évaluation dite certificative (destinés à valider des acquisitions et des progrès) ».

Recruter, former et accompagner un corps professoral en mesure de mettre en œuvre des parcours par compétences : il s'agit pour Le Boterf d'assurer la pertinence et l'efficacité du

parcours professionnalisant en faisant en sorte que les acteurs adhèrent au dispositif et qu'ils aient reçu une préparation adéquate pour mettre en œuvre un cursus reposant sur une approche par compétences.

Assurer de façon durable la qualité de la coopération des divers acteurs intervenant sur un parcours professionnalisant : toujours dans cette idée d'assurer l'efficacité du parcours professionnalisant, Le Boterf estime qu'elle dépend « largement de la qualité des liens de coopération existant entre les acteurs. Concevoir et faire fonctionner un parcours suppose un travail d'équipe. Une vision partagée des contributions attendues de chacun des acteurs et des coopérations clés qu'ils doivent assurer, la mise en place de modalités de concertation et d'outils de liaison sont ici essentiels ».

Pour Wittorski, la professionnalisation de l'offre de formation passe par deux leviers déjà abordés par Le Boterf et qui sont l'alternance et l'analyse de pratiques[86]. En ce qui concerne l'alternance, elle doit permettre l'articulation forte du travail et de la formation afin de « faciliter le développement des compétences et non la seule transmission de savoirs qui pourraient demeurer éloignés des situations de travail » (Wittorski, 2007, p. 27). Encore une fois, il s'agit de se situer dans la logique de l'alternance intégrative plutôt que dans l'alternance juxtapositive ou associative. Ce type d'alternance permet donc de faire le lien avec le deuxième levier de la professionnalisation identifié par Wittorski dans le champ de la formation qui est l'analyse critique de la pratique. Ainsi, il indique qu'elle peut s'effectuer de façon écrite ou orale, après l'action ou avant l'action, de façon individuelle ou en groupe. Il s'agit pour l'étudiant de prendre du recul sur ses pratiques professionnelles. Pour continuer à illustrer ce propos, nous reprenons maintenant les six voies de professionnalisation de Wittorski dans le cadre de la formation. Historiquement, les logiques utilisées ont d'abord été celle de l'action (formation sur le tas), celle de l'intégration assimilation (formation magistrale), celle de la réflexion et de l'action (formation alternée), celle de la traduction culturelle (formation par tutorat par exemple) et enfin celles de la réflexion sur et pour l'action (formation avec analyse de pratiques professionnelles). En effet, selon le champ de la didactique professionnelle de Pastré « connaître, c'est savoir organiser son activité pour s'adapter aux caractéristiques de la situation, quitte à transformer, plus tard et éventuellement, cette expérience acquise en savoir énonçable, et donc plus facilement transmissible » (Leplay, 2011, p. 74). C'est une nouvelle conception de la formation qui consiste à mettre directement en rapport un praticien et sa pratique réelle actuelle, avec un formateur superviseur expérimenté et qualifié. Il s'agit donc aussi pour les structures de formation de développer la recherche scientifique sur les activités professionnelles afin de rapprocher encore plus la construction des savoirs et celle des

[86] « Démarche finalisée par la construction du métier, groupale, accompagnée par un (des) formateur(s), instrumentée par des savoirs-outils d'analyse qui développe un "savoir-analyser", une réflexivité » (Altet, 2000, p. 25). Nous reviendrons sur ce dispositif plus loin dans notre travail quand nous le comparerons à l'analyse de l'activité.

compétences. Nous abordons maintenant la notion de praticien réflexif (Schön, 1983), posture que les structures de formation doivent développer chez leurs étudiants afin de les professionnaliser. En effet, Perrenoud indique que dans le cadre du métier d'enseignant, mais ce cadre peut être élargi à tous les métiers, la pratique réflexive est la « clé de la professionnalisation du métier » (Perrenoud, 2012, p. 11). Il rappelle notamment que Schön avait développé le paradigme du praticien réflexif pour combattre l'illusion « que la science offrait une base de connaissance suffisante pour une action rationnelle » (Perrenoud, 2012, p. 16). Développer la posture de praticien réflexif en formation correspond à l'analyse critique rétrospective voire anticipatrice de ses pratiques professionnelles dans le but de les améliorer et de les faire évoluer vers de nouvelles pratiques. Il s'agit donc d'articuler les espaces du travail et de la formation pour faire en sorte que l'action soit formative et source de savoirs. C'est pourquoi, le développement de la posture de praticien réflexif est à la fois un enjeu pour l'individu mais également pour le groupe professionnel dont il fait partie : « autrement dit, la formation, quand elle est professionnalisante et non seulement professionnelle, participe de la construction identitaire du professionnel (l'individu en formation) en même temps que de la profession (le groupe social) et articule ainsi étroitement le processus de professionnalisation "en actes" de l'individu, de l'activité et de l'organisation » (Wittorski, 2007, p. 96). Nous retrouverons ces aspects avec la didactique professionnelle. Le processus de professionnalisation est donc une dynamique dans laquelle l'étudiant est acteur de sa formation et qui s'inscrit dans le paradigme socioconstructiviste. L'un des enjeux des dispositifs professionnalisants est donc de pouvoir garantir aux étudiants la mobilisation effective des ressources internes et externes en situation professionnelle.

3.3.La professionnalisation-constitution des professions

La professionnalisation entendue dans ce sens correspond à la constitution d'un groupe professionnel autonome. La « professionnalisation-constitution des professions » s'est développée dans deux contextes différents : le contexte anglo-saxon et le contexte français. Dans le contexte anglo-saxon, il s'agissait surtout d'une lutte pour le pouvoir économique tandis que dans le contexte français, il s'agissait surtout d'une lutte politique (pour la conquête de la hiérarchie étatique élitiste ou pour la création de communautés de pairs construisant leurs propres règles).

Dans le modèle anglo-saxon[87] fonctionnaliste de Parsons, les professions sont automatiquement libérales (faisant l'objet d'une rétribution) et définies par trois critères : « la spécialisation du savoir, une formation de haut niveau et un idéal de service » (Wittorski, 2008,

[87] « Les seules vraies professions, selon la terminologie anglo-saxonne classique, sont celles qui contribuent à la régulation et au contrôle de la structure sociale, en mettant en œuvre un ensemble de valeurs spécifiques (universalisme, spécificité fonctionnelle, neutralité affective) » (Paradeise, 2003, p. 26).

p. 16). La formation de haut niveau correspond à un processus historique aboutissant au fait qu'un cursus universitaire vienne transformer « des connaissances empiriques acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle sinon incontestable » (Wittorski, 2008, p. 17). Il s'agit donc d'écoles spécifiques dont la sélection à leur entrée est, de plus, assez drastique. Quant à l'idéal de service, il correspond à l'idée d'un service pour le bien commun satisfaisant l'intérêt général (par exemple, les professions sont dotées d'un code éthique qu'elles doivent respecter). Les critiques émises à l'encontre du modèle fonctionnaliste ont permis de faire émerger un modèle plus interactionniste dans lequel les professions ne sont pas vues comme des structures mais comme des acteurs collectifs. En effet, cette approche défendue par Hugues considère les professions comme des acteurs collectifs ayant réussi à imposer deux éléments clés : « une licence individuelle (permission spéciale de poursuivre une activité) et un mandat légal, moral et intellectuel (la charge de dire ce qui est juste et utile » (Paradeise, 2003, p. 26). De ce fait, nous allons trouver des caractéristiques supplémentaires aux professions. Par exemple, pour passer du statut d'occupation à celui de profession, il est nécessaire de créer des instances professionnelles de type associatives ou ordinales qui vont alors réglementer, contrôler et défendre contre tous les assauts l'exercice spécifique de leur activité (on s'éloigne alors de la conception altruiste de la profession de Parsons). Dans cette approche, le processus de professionnalisation est donc un phénomène de négociation ou de transaction sociale reposant sur des stratégies de communication (développement d'une rhétorique professionnelle), de coalition et de défense d'un territoire à l'interne comme à l'externe. Il s'agit donc de la rencontre de trajectoires individuelles et collectives au sein d'un groupe professionnel mais aussi au sein de l'espace plus global des professions. Ainsi, « l'approche interactionniste défend quatre idées :

- Les membres d'une même activité de travail ont tendance à s'auto organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire, et à se protéger de la concurrence ;
- La vie professionnelle est un processus biographique qui construit les identités tout au long du déroulement du cycle de vie, depuis l'entrée dans l'activité jusqu'à la retraite ;
- Les processus biographiques et les mécanismes d'interaction sont dans une relation d'interdépendance. La dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques de ses membres, elles-mêmes influencées par les interactions existantes entre eux et avec l'environnement ;
- Les groupes professionnels cherchent à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en recherchant des protections légales, tous aspirent à obtenir un statut protecteur » (Wittorski, 2008, p. 18).

Enfin, c'est dans cette approche anglo-saxonne que nous nous inscrivons pour porter une réflexion sur les éléments qui vont différencier un métier d'une profession.

Dans le modèle français c'est notamment Bourdoncle qui marqua son désaccord avec le modèle anglo-saxon dans le sens où il estime que la caractérisation d'une qualification en profession « est trop précise pour qu'aucune activité ne puisse être qualifiée, chez nous, de professionnelle » (Wittorski, 2008, pp. 18-19). C'est ainsi qu'il conçoit plutôt « la profession à la française [comme] multiforme » (Wittorski, 2008, p. 19) et développe en conséquence cinq

buts à la professionnalisation que nous avons présenté dans la première partie de notre travail[88]. De plus, il insiste sur le fait qu'une part de l'activité professionnelle repose sur l'action et non uniquement sur des savoirs rationnels.

Là où les modèles anglo-saxon et français se rejoignent c'est autour du fait que la professionnalisation comporte le développement d'une rhétorique professionnelle et que le développement de cette rhétorique est presque même l'un des points centraux de tout processus de professionnalisation. En effet, Tardif et Lessard (2000) cités par Wittorski indiquent : « peut être est-il plus approprié de concevoir la professionnalisation essentiellement comme une rhétorique, un discours que produit et diffuse un groupe occupationnel dans sa lutte constante pour l'autonomie et la reconnaissance d'une pratique qu'il cherche à maintenir et à contrôler » (Wittorski, 2008, p. 20). C'est d'ailleurs, dans cette perspective que nous proposons l'utilisation du terme de « maïeutique » plutôt que celui de « pratique sage-femme » dans notre travail de recherche. Le développement de la rhétorique professionnelle par la mise en œuvre de stratégies (identitaires) permet donc la construction identitaire des individus et du groupe social que représente le groupe professionnel (participant par là même au développement professionnel). Ainsi, « la professionnalisation se construit par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits » (Wittorski, 2008, p. 20).

Nous abordons maintenant la professionnalisation et le développement professionnel comme dynamique de transformation des sujets car, en effet, le développement professionnel permet à l'acteur de passer d'« une socialisation professionnelle à la construction d'une professionnalité » (Jorro dans Jorro, 2014, p. 77). De manière générale, « le développement professionnel est le produit d'une interdépendance ente le vécu personnel, le vécu professionnel et l'organisation de l'institution » (Lefeuvre et al., 2009, p. 278). Quand il s'inscrit dans une perspective professionnalisante, « le développement professionnel est perçu comme un processus d'apprentissage provoqué par les conditions d'activité mises en œuvre. Le professionnel est ainsi considéré comme un apprenant qui construit des savoirs professionnels dans le but d'augmenter son efficacité au travail » (Lefeuvre et al., 2009, p. 279). Cette approche considère donc le professionnel comme acteur de son développement professionnel, « capable de construire de nouvelles ressources, de manière individuelle et/ou collective, pour apprendre et maîtriser son métier » (Lefeuvre et al., 2009, p. 279).

Par quels moyens et dans quels espaces le professionnel peut construire ses nouvelles ressources ?

[88] Nous les rappelons, professionnaliser : l'activité elle-même ; le groupe qui exerce cette activité ; les savoirs liés à cette activité ; l'individu exerçant l'activité et la formation à l'activité.

Au sein des organisations

Nous faisons ici la distinction entre l'organisation qualifiante, l'organisation apprenante et l'apprentissage organisationnel.

L'organisation qualifiante est en lien avec une dimension individuelle de la professionnalisation dans laquelle les individus doivent « réélaborer les objectifs de leur activité de travail » (Zarifian cité par Wittorski, 2007, p. 24) en se basant sur la communication « qui fait que des personnes se mettent d'accord à la fois sur des objectifs communs… et sur les interactions entre leurs activités que nécessite la réalisation pratique des objectifs » (Zarifian cité par Wittorski, 2007, p. 24). L'organisation qualifiante relève donc « du travail collectif, de la formation-action, du travail par projet, des groupes participatifs (développant une activité d'auto-analyse du travail) » (Wittorski, 2007, p. 25). Elle intervient dans un contexte économique marqué par l'incertitude.

L'organisation apprenante présente, elle, une dimension collective et prescriptive et est produite « par ou pour des consultants ou des praticiens » (Garant dans Jorro, 2014, p. 33). L'objectif est de développer une organisation intelligente reposant sur les capacités des acteurs qui la constitue « à atteindre les résultats qu'ils recherchent et leurs capacités à apprendre ensemble, dans une compréhension systémique de l'organisation » (Garant dans Jorro, 2014, p. 33). Elle est souvent assimilée à l'apprentissage organisationnel mais nous pouvons les distinguer.

En effet, *l'apprentissage organisationnel*, revêt une démarche scientifique (plus centrée sur les conditions de développement de l'apprentissage) et a notamment été développé par Argyris et Schön dans le but de développer l'organisation. Il est donc davantage question de la professionnalisation des organisations (recherche d'efficacité collective) que des individus[89]. L'apprentissage organisationnel se définit « comme un phénomène collectif d'acquisition de connaissances, activé afin de résoudre une situation problématique rencontrée. Il implique un processus de questionnement à la fois individuel et organisationnel qui s'effectue par des personnes en interaction au nom de l'organisation » (Garant dans Jorro, 2014, p. 34). Il s'agit donc d'élaborer une société du savoir par l'intermédiaire de communautés d'échange, de communautés apprenantes et de réseaux de connaissances dans le but d'une « gestion stratégique des savoirs et des compétences » (Garant dans Jorro, 2014, p. 34). L'approche y est également systémique. Elle aboutit à une production de savoirs dont l'impact en termes de

[89] Pour une approche combinant le développement de l'organisation et de l'individu de façon simultanée, il faut plutôt se tourner vers l'environnement capacitant qui est « une organisation apprenante qui soutient et encourage les projets individuels de développement et qui donc prône une articulation harmonieuse entre développement de carrière et développement personnel : le travailleur peut construire un projet en accord avec l'entreprise mais aussi en accord avec la finalité qu'il attribue au travail et avec ce qu'il considère comme un travail de qualité » (Endrizzi, 2015, p. 19).

modifications de pratiques dans l'organisation est plus ou moins profond (apprentissage organisationnel simple ou double boucle) et qui vont constituer « un ensemble durable, généralisable et transmissible de réponses, de solutions à des questions ou des problèmes » (Garant dans Jorro, 2014, p. 34). Selon Lefeuvre et al. (2009), la thèse défendue par l'apprentissage organisationnel est « que l'organisation, le collectif, indépendamment des acteurs, construit de la connaissance, la cristallise, la mémorise puis la transmet à ses membres. Pour le dire en d'autres termes, chaque structure a une histoire, une culture, indépendamment des individus qui la composent » (p. 287).

Au sein du groupe professionnel

A ce niveau, nous allons trouver les démarches d'accompagnement qui peuvent être du *tutorat* dans le cadre de l'accompagnement d'un étudiant en formation ou du *parrainage/marrainage* quand il s'agit de l'accompagnement d'un professionnel novice en insertion professionnelle. Ces dispositifs « ont bien souvent pour fonction première l'aide à la mise en situation de travail, de manière à augmenter l'efficacité de celle-ci » (Wittorski, 2008, p. 23) et ceci dans le cadre d'une démarche contractuelle plus ou moins formalisée, reposant sur la participation des deux parties et évoluant au sein d'une relation de confiance. Car « accompagner, se tenir à côté de, poursuivre et devancer les pas de l'Autre… » (Charlier dans Jorro, 2014, p. 17) repose paradoxalement sur « la confiance dans la compétence de l'Autre et la reconnaissance de son autonomie » (Charlier dans Jorro, 2014, p. 17). C'est donc parier sur son potentiel de développement. En plus de viser l'efficacité de la situation de travail mise en œuvre dans la professionnalité de l'accompagnateur, « l'accompagnement est [aussi] une occasion de partage, de formalisation et de co-construction » (Charlier dans Jorro, 2014, p. 18). L'accompagnement repose donc aussi sur des moments de réflexivité de la part de l'accompagnateur (sur sa propre posture d'accompagnateur) mais aussi de l'accompagné (sur lui, sur les situations de travail et sur lui dans les situations de travail).

Au sein de l'activité elle-même, le développement professionnel va s'effectuer :

Par la rencontre du sujet (constitué de son histoire et de sa socialisation) avec une multitude de situations professionnelles[90]. Cela peut-être par l'intermédiaire de l'autoformation accompagnée, de situations de travail simulées ou accompagnées, de retours d'expérience, de situations de rencontres professionnelles et de partage de pratiques, de voyages d'études ou encore lors de la rédaction d'un mémoire.

[90] Jorro dira que le développement professionnel est la « transformation personnelle des composantes de l'agir professionnel » (Jorro dans Jorro, 2014, p. 77). De plus, pour cette auteure, « le développement professionnel suppose un processus d'internalisation qui conduit l'acteur à faire l'expérience d'une acculturation professionnelle, un processus d'externalisation qui se manifeste à travers un savoir agir et interagir en contexte » (Jorro dans Jorro, 2014, p. 77).

Par l'incorporation croissante de compétences à l'action qui aboutit à un processus de sélection et de hiérarchisation des compétences au fil du temps. Ce sont les compétences incorporées[91] (Leplat) qui permettent ce processus tout en sachant que les compétences incorporées se développent par imprégnation, par l'action ou de manière contrôlée.

Par le développement de l'expérience qui est l'affaire du sujet et non celle de l'institution. L'expérience est une construction subjective réalisée à partir des actions de l'individu.

Par soi, par les autres et par les choses (environnement matériel). Les apprentissages par soi-même, au contact des autres et de l'environnement vont dépendre du sentiment d'efficacité[92], des capacités d'autorégulation et du sentiment d'autodirection de l'individu. Ces apprentissages correspondent à l'apprenance c'est-à-dire à l'« ensemble de[s] dispositions favorables à l'acte d'apprendre dans toutes les situations qu'elles soient formelles ou non, expérientielles ou didactiques, autodirigées ou dirigées, intentionnelles ou fortuites » (Raynal & Rieunier, 2012, p. 63).

Par la co-construction, par la co-détermination et par la co-transformation activité-acteur(s). Selon les approches constructivistes et socio-constructivistes, le sujet agit sur son environnement et inversement dans une espèce de réciprocité. Pour la didactique professionnelle, le développement professionnel va correspondre au processus d'élaboration des schèmes, des invariants opératoires, des concepts organisateurs et pragmatiques qui se regrouperont au sein de la structure conceptuelle de la situation. Pour l'ergonomie et l'anthropologie-sociologie cognitives, le développement professionnel passe également par les communications produites dans l'activité. Ces communications auront notamment une fonction de coordination interindividuelle.

Par la réflexivité sur les pratiques et la capacité de l'individu à être un praticien réflexif : « professionnaliser un individu, c'est faire en sorte qu'il prenne de la distance par rapport à son action » (Wittorski, 2008, p. 31). Il s'agit pour l'individu de développer un regard sur ses pratiques dans le but de mieux s'adapter à la flexibilité du travail. Ce travail réflexif peut encore une fois avoir lieu avant ou après l'action, par écrit ou par oral et produira les savoirs d'action au sens de Barbier. Wittorski indique également que cette réflexivité sur ces pratiques peut concourir par le biais de la recherche-action professionnelle à l'élaboration de nouveaux savoirs ancrés sur les pratiques professionnelles. La recherche-action professionnelle consiste pour l'individu à définir une « question-problème » (Wittorski, 2012, p. 5) soulevée par son activité professionnelle à laquelle il va tenter de répondre en menant « un travail théorique et empirique à son sujet en vue de mieux comprendre ses contours et à proposer, enfin, des réponses

[91] Selon Leplat (1995), les compétences incorporées à l'action sont mobilisées dans des situations de travail déjà connues par l'acteur.

[92] Bandura (1997) le définit comme la conviction qu'a un individu d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. Ce sentiment s'accompagne aussi de celui qui est la conviction qu'a l'individu que ses actions permettront d'atteindre les résultats visés.

"éclairées" susceptibles d'être transférées dans l'espace professionnel » (Wittorski, 2012, p. 5). La recherche-action professionnelle relève donc d'un « processus itératif doublement constructiviste dans la mesure où il transforme conjointement l'action et son agent par la production d'outils mentaux nouveaux d'accompagnement et de gestion du changement » (Wittorski, 2012, p. 5).

3.4.La compétence

Le terme de « compétence » est très usité. Nous entendons parler de compétences, compétences professionnelles, bilan de compétences, référentiel de compétences, validation de compétences etc. Pour autant, utilisons-nous ce terme à bon escient ? D'où vient-il ? Est-il fondé théoriquement ? Qu'implique-t-il ? Pourquoi cette nécessité ? La polysémie qui caractérise l'usage de ce concept est telle qu'il faut circonscrire précisément le sens qu'on lui attribue dès qu'il est employé comme référent. Du point de vue étymologique, le mot « compétence » vient du latin *cum* (avec) et *petere* (aller), ce qui signifie « se diriger vers un même point ». Nous trouvons aussi que ce terme vient du latin *competentia* signifiant « proportion, juste rapport ». Du point de vue historique, le terme de « compétence » prend, en 1468, la forme de « en compétence de » qui signifie « par rapport à » (dérivé du mot « compétition ») pour finalement définir à partir du XVII^{ème} siècle « l'aptitude, la capacité de quelqu'un en telle ou telle matière ». Puis au XX^{ème} siècle de nommer « une qualification ». La compétence revêt aujourd'hui le sens commun de « capacité reconnue dans un domaine » et en Droit d'« aptitude légale à instruire et juger une affaire ». Plus précisément, les usages historiques du terme ont d'abord été juridiques puis linguistiques avant qu'il ne soit utilisé dans les champs de l'éducation, de la formation professionnelle et du travail (par les psychologues et les sociologues du travail) :

L'usage juridique : au XV^{ème} siècle, le terme de compétence désigne les champs d'intervention possibles d'une institution en fonction de l'autorité et de la légitimité qui lui étaient conférées. Au XVIII^{ème} siècle, le terme dépasse le cadre de l'institution et s'applique aussi à l'individu comme étant « toute capacité due au savoir et à l'expérience ».

L'usage linguistique : Chomsky en 1971, différencie la performance (réalisation du langage, extériorisation de la compétence) de la compétence (capacité et ressources pour parler, potentialité innée et universelle). Il s'agit alors d'une rupture avec le courant behavioriste mais la limite de cette approche est que la compétence apparait comme biologiquement fondée.

L'usage dans l'éducation et la formation professionnelle : il est d'abord apparu dans les années septante aux USA puis dans les années huitante en Europe et au Québec. Selon Tardif (2006), la compétence a toujours été conçue comme étant de l'ordre de l'action, de savoirs en actes ou de séquences d'actions. Mais la compétence a d'abord été conçue dans une orientation essentiellement comportementaliste dans laquelle, en formation professionnelle par exemple, les compétences étaient souvent reliées à des tâches qui devaient être assumées. Sous l'influence du béhaviorisme, chaque tâche exigeait une compétence particulière et réciproquement. Dans les années septante aux USA c'est le développement du modèle *minimum competency testing* dans les domaines de la lecture, de l'écriture et des mathématiques qui

détermina les compétences comme une série de savoir-faire ou de connaissances procédurales, entendus dans un sens étroit. Puis cette orientation s'est modifiée pour que la compétence soit maintenant envisagée dans une logique beaucoup plus systémique possédant un caractère holistique et intégrateur. Ainsi, il s'agit dorénavant d'un système de connaissances organisées en schémas opératoires dans lesquels les connaissances sont reliées dans la logique d'un système structuré en fonction de l'action. Ainsi, une compétence permet un grand nombre d'actions dans des situations fort différentes, mais appartenant à une famille de situations donnée.

L'usage dans le travail : la tertiarisation de l'économie, l'automatisation et l'informatisation de la production dans les sociétés occidentales ces dernières décennies ont été sources de complexité pour les organisations. En effet, il a fallu que les organisations s'adaptent à ce nouveau marché (qui plus est dans un contexte international de plus en plus marqué) et à ces nouveaux modes de production, les incitant à être plus réactives et à devoir faire preuve de réflexion. Ce contexte global étant associé à un climat d'incertitude à la fois interne (gestion du climat social et du système d'organisation où l'humain est vecteur de productivité et adaptabilité des structures) et externe (lisibilité des marchés mondiaux, évolution en permanence des activités et organisations de travail). Les organisations ont donc dû passer d'une logique de conformité/exécution à une logique de gestion de la complexité/adaptation. Dans les organisations, ceci s'est notamment manifesté par la nécessité de développer le travail collectif, les interactions et les démarches qualité à la recherche permanente de la satisfaction des clients. C'est dans ce contexte que les sociologues du travail se sont alors interrogés sur les conditions sociales d'émergence du discours sur les compétences. C'est l'émergence de critiques scientifique, sociale et culturelle sur les anciens modèles d'organisation du travail (fordisme, taylorisme, etc.) qui ont engendré le passage de la logique de qualification à celle de compétence dans la même logique que l'émergence de la professionnalisation. La compétence est donc au carrefour de l'individu, du collectif, du travail et de l'environnement.

Nous donnons quelques définitions de la compétence dans les champs de l'éducation et du travail et sur lesquelles nous nous appuieront pour dégager les principales caractéristiques de la compétence.

Dans le champ de l'éducation, nous commençons par la définition de Tardif. Pour lui, la compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations[93] » (Tardif, 2006, p. 22). L'orchestration des ressources, compte tenu du contexte, se

[93] Pour cet auteur, « la mention explicite de "famille de situations", qui, en soi, ne change en rien la nature ni la portée de la compétence, présente l'avantage d'imposer, pour chaque compétence, des précisions quant à l'étendue de la famille et à la variété des situations. En réalité, cet ajout déclare que, autant dans les contextes de

situe au cœur de la dynamique de la mise en œuvre de chaque compétence pour cet auteur. De plus, il parle d'un savoir-agir ou d'une disposition à agir en situation complexe plutôt que d'un savoir-faire. En effet, selon lui, savoir-faire et savoir-agir se distinguent sur quatre plans : le caractère algorithmique de l'un et le caractère heuristique de l'autre, l'éventualité d'automatiser le premier et l'invraisemblance de le faire dans le second cas, la possibilité d'exercer le savoir-faire en dehors de tout contexte et l'impossibilité de déployer un savoir-agir hors contexte et enfin le degré de complexité inhérent à l'un et à l'autre. Ainsi, pour lui, une compétence est caractérisée par : son caractère intégrateur[94], son caractère combinatoire[95], son caractère développemental[96], son caractère contextuel[97] et son caractère évolutif[98]. Certains auteurs comme Crahay (2006), introduisent dans la définition de la compétence la norme de « complexité inédite » ce qui soulève des questions dans l'évaluation des compétences. En effet, « le fait d'ériger en norme la compétence comme étant la capacité des apprenants à résoudre des problèmes complexes et inédits, peut, par conséquent, enlever le droit à l'erreur en phase de construction des compétences » (Lefeuvre dans Jorro, 2014, p. 67).

Nous poursuivons avec Jonnaert pour qui « la compétence est le résultat du traitement achevé d'une situation par une personne, ou un collectif de personnes, dans un contexte déterminé. Ce traitement repose sur le champ des expériences vécues par les personnes dans d'autres situations plus ou moins isomorphes à celle qui fait l'objet d'un traitement. Ce traitement s'appuie sur un ensemble de ressources, de contraintes et d'obstacles et sur des actions ; la réussite de ce traitement est fonction de la personne ou du collectif de personnes, de leurs expériences de vie, de leur compréhension de la situation, de la situation elle-même et du contexte, des ressources des personnes elles-mêmes et de celles disponibles parmi les circonstances de la situation. Une compétence est également fonction des contraintes et des obstacles que ressent la personne ou le collectif de personnes et/ou qui sont présents parmi les circonstances de la situation. La compétence est l'aboutissement de ce processus dynamique, elle est spécifique à une situation et peut être adaptée à d'autres situations qui sont presque isomorphes à la situation actuelle et qui appartiennent à la même famille de situations » (Jonnaert, 2009, pp. 63-64). Pour cet auteur, une compétence se précise donc à travers : « un contexte, une personne ou un collectif de

développement de programmes que de planification de situations d'apprentissage et de situations d'évaluation, la famille doit être clairement circonscrite et que les situations visées à l'intérieur de cette famille doivent être minutieusement déterminées. Si, dans des milieux de formation et d'éducation, on décide d'exclure l'idée de famille de situations dans la définition privilégiée, on ne peut cependant pas faire l'économie d'établir, par l'intermédiaire des situations elles-mêmes, l'étendue de chaque famille relative, à chacune des compétences » (Tardif, 2006, p. 23).

[94] Chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.

[95] Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources.

[96] Chaque compétence se développe tout au long de la vie.

[97] Chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action.

[98] Chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise.

personnes, un cadre situationnel (une situation et sa famille de situations), un champ d'expériences vécues antérieurement par la personne ou le collectif de personnes dans des situations presque isomorphes à la situation en cours de traitement, un cadre d'actions (des catégories d'actions incluant un certain nombre d'actions mises en œuvre par une ou plusieurs personnes de cette situation), un cadre de ressources (des ressources utilisées pour le développement de la compétence) et un cadre d'évaluation (des résultats obtenus, des transformations observées dans la situation et sur les personnes, et des critères qui permettent d'affirmer que le traitement de la situation est achevé, réussi et socialement acceptable) » (Jonnaert, 2009, p. 64). La finalité de ces cadres est d'identifier les éléments fondateurs d'une compétence. Il ne suffit pas d'évoquer vaguement des situations, encore faut-il identifier celles qui seront pertinentes pour les apprentissages et porteuses de significations pour les apprenants.

Le Boterf (2000), dans sa définition de la compétence, a été l'un des premiers à substituer la notion de connaissances par celle de ressources qui peuvent être internes[99] et/ou externes. Il met également en exergue la différence entre « être compétent » et « avoir des compétences » :

- Être compétent, c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources ».
- Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnels, savoir-faire de coopération avec d'autres professionnels) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

Enfin, Le Boterf indique que la compétence est la résultante entre le savoir agir (les moyens intellectuels et personnels d'agir), le pouvoir agir (l'organisation permet-elle à l'individu d'agir ?) et le vouloir agir (qui renvoie à la dimension personnelle d'agir).

Dans le champ du travail, nous commençons par la définition de Wittorski qui s'inscrit dans l'interaction sujet-organisation (construction des sujets et des activités). Ainsi, « finalisée[100], la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation, dans l'action, d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se

[99] Les ressources internes sont les connaissances, les attitudes, les valeurs et les schèmes. En ce qui concerne les connaissances, nous distinguons : les connaissances déclaratives (le quoi), les connaissances conditionnelles (le quand et le pourquoi) et les connaissances procédurales (le comment).
[100] Le caractère finalisé correspond au fait que la compétence a une fonction sociale et une utilité sociale. L'expression « fonction sociale » étant prise dans le sens large du terme, dans le sens de « porteur de sens ».

construit l'acteur de la situation » (Wittorski, 2007, pp. 147-148). La compétence caractérise alors l'attribution sociale d'une qualité à un individu par son environnement. Nous nous situons dans les espaces méso et macro qui « vont attribuer un statut de compétence à certains process d'action selon des critères qui leur sont propres (souvent relatifs à l'efficacité de l'action) » (Wittorski, 2007, p. 149). De plus, pour cet auteur, la compétence est appréhendée comme une combinaison de cinq composantes articulées à trois niveaux (celui de l'individu ou du groupe producteur/auteur du process d'action, celui de l'environnement social immédiat et celui de l'organisation). Les cinq composantes de la compétence sont :

Cognitive : elle correspond au niveau micro et regroupe les « savoirs, connaissances, capacités et façons de voir et de penser les situations » (Wittorski, 2007, pp.149-150).

Culturelle : elle correspond « à la façon dont la culture de l'organisation (les règles et les valeurs qu'elle affiche) et/ou le groupe professionnel auquel l'individu appartient vont le conduire à agir en congruence avec les attentes exprimées » (Wittorski, 2007, p. 152).

Sociale : elle correspond aux niveaux micro, méso et macro et regroupe « d'une part, le choix que fait l'individu (ou le groupe) de mettre en œuvre et donc de mettre en reconnaissance tel ou tel process d'action…, d'autre part, l'exercice d'un acte de formulation et de désignation par un tiers consistant à qualifier et à reconnaître (selon des critères d'efficacité, de pertinence qui lui sont propres) le process d'action dès lors que sa mise en œuvre s'accompagne d'un succès (aux yeux du tiers) » (Wittorski, 2007, pp. 151-152).

Affective : elle correspond au niveau méso et regroupe « trois éléments : d'une part, le rapport affectif à l'image de soi…, d'autre part, l'investissement affectif dans l'action… et enfin l'engagement » (Wittorski, 2007, p. 151).

Opératoire : elle « renvoie, pour sa part, au niveau de l'individu agissant (espace micro), à l'activité, c'est-à-dire au travail réalisé (prenant appui ici sur la différence entre tâche et activité introduite par la psychologie du travail » (Wittorski, 2007, p. 153).

Nous poursuivons avec la définition d'Ardouin pour qui la compétence est « la formalisation d'une dynamique complexe, d'un ensemble structuré de savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être, savoir-agir, savoirs sociaux et culturels, savoirs expérientiels), mobilisés de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est la résultante socialement reconnue de l'interaction entre l'individu et l'environnement » (Ardouin, 2008, p. 11). Il émane de cette définition trois dimensions : l'idée d'interaction entre individu et environnement, comme résultat des interactions, la compétence est le produit de celles-ci et enfin l'idée de représentation et de modélisation d'une réalité qui n'est jamais vraiment discernable. Ainsi les caractéristiques de la compétence sont :

La compétence est étroitement articulée avec l'activité. Elle se met en évidence dans l'action et l'activité : c'est un savoir d'action. Avant ce sont les ressources, les capacités. Quand on passe dans l'action, on passe à la compétence. Selon Leplat, elle est « opératoire et finalisée ». Elle est indissociable de l'activité par laquelle elle se manifeste. La compétence se met au jour par l'action à travers la performance.

Les compétences sont à mettre en relation avec les situations de travail et les types d'organisation. La compétence est dépendante en partie du contexte d'action. Le cadre de travail et d'activités est plus ou moins promoteur de compétences. Les compétences individuelles et collectives[101] sont dépendantes du système de travail. Il faut donc interroger l'organisation du système de travail quand on veut interroger la compétence des individus et d'un groupe.

La compétence est composée d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique. C'est la combinaison adaptée de ressources à la situation dans laquelle on est en constant ajustement. Schwartz (1997) identifie six ingrédients de la compétence : les savoirs conceptualisés et formalisés, la mise en savoir expérientielle, la mise en dialectique des savoirs conceptuels et des mises en savoir issus de l'expérience, la capacité à investir des mises en patrimoine liée à une communauté de valeurs entre le milieu et l'individu, le sentiment d'appartenance à un milieu de travail et l'incorporation non consciente de l'historicité du milieu et la capacité à « jouer collectif » et à rationnaliser un choix conjoncturel.

La compétence est reconnue, légitimée socialement. C'est l'environnement qui reconnaît que l'action est adaptée (renforcement de la légitimité de l'action). La compétence d'un médecin est par exemple reconnue dans un train ou un avion sans autre vérification que sa déclaration.

La compétence est apprise et s'inscrit dans un processus identitaire. C'est un savoir-faire social qui s'apprend : avoir la bonne attitude dans la bonne situation. On devient compétent par apprentissages théoriques, pratiques et expérientiels. Cet apprentissage n'est pas - et ne peut pas être – indépendant de l'identité de la personne, de ce qui la compose ni des « transactions » entre le passé, le présent, l'avenir et le devenir (Dubar, 1991). On s'éloigne donc de la vision innéiste de la compétence de Chomsky. Il faut prendre en compte les contextes et les contraintes pour être compétent.

La compétence est un construit social théorique. Il y a autant de déclinaisons de la compétence qu'il y a de structures qui les gèrent. Par exemple, les référentiels de compétences sont des outils de lisibilité théoriques. La compétence est « abstraite et hypothétique », par nature

[101] La compétence collective est différente de la somme des compétences individuelles. Elle est l'ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui-ci. Pour Le Boterf, cela nécessite l'élaboration de représentations partagées, une communication efficace, une coopération efficiente et un savoir apprendre collectivement de l'expérience. Les compétences collectives supposent donc une expérience d'interactions, de communications, d'intercompréhensions et de partages de sens entre sujets individuels.

inobservable. Nous n'en observons que les manifestations (comportements, performance : dimension visible de l'action, le résultat quantifiable et observable de celle-ci. La compétence rend possible la performance et la performance rend lisible la compétence dans ses différentes dimensions et contenus).

Dans une approche axée sur la didactique professionnelle, nous ne trouvons que très peu de tentatives de définitions de la compétence puisque, par exemple, pour Vergnaud cité par Pastré « ce n'est pas un concept scientifique » (Pastré, 2014, p. 65). De ce fait, il va faire de la compétence un concept pragmatique[102] « au sens où tout le monde se comprend quand on en parle, mais où personne n'est capable de la définir » (Pastré, 2014, p. 65). Ainsi, en didactique professionnelle, Vergnaud « va aborder la notion de compétence d'une autre manière : au lieu de chercher à définir la notion, il se demande ce qui nous permet de dire qu'une personne A est plus compétente qu'une personne B ; ou que A est plus compétent à un moment t1 de son développement qu'au moment t0 » (Pastré, 2014, pp. 65-66). Ainsi, les réponses sont les suivantes :

- « A est plus compétent que B s'il sait faire quelque chose que B ne sait pas faire. Ou encore : A est plus compétent au temps *t'* qu'au temps *t* s'il sait faire ce qu'il ne savait pas faire ;
- A est plus compétent s'il s'y prend d'une meilleure manière : plus rapide par exemple, ou plus fiable, ou encore mieux compatible avec la manière de faire des autres… ;
- A est plus compétent s'il dispose d'un répertoire de ressources alternatives qui lui permettent d'adapter sa conduite aux différents cas de figure qui peuvent se présenter ;
- A est plus compétent s'il est moins démuni devant une situation nouvelle, jamais rencontrée auparavant ». (Pastré et al., 2006, p. 151)

Pour Pastré, l'une des meilleures « définitions » de la compétence est celle donnée par Montmollin (1986) car elle offre une multitude de possibilités : « les compétences sont des ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standard, de types de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissages nouveaux[103] et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle : elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche » (Pastré, 2014, p. 65). Mais si nous revenons à l'approche de Vergnaud de la compétence, les quatre solutions qu'il met en avant témoignent, à la fois, du résultat de la mise en œuvre de la compétence dans la performance, mais aussi, de l'activité en elle-même et de sa forme. Ainsi, dans la prolongation de cette dynamique, Pastré indique que pour « être en mesure de décrire

[102] Il faut préciser que nous trouverons une approche différente du concept pragmatique avec Pastré puisque ce dernier définit très clairement le concept pragmatique en 3 points : « 1/ son origine : il est construit dans l'action, 2/ sa fonction : il sert à guider et orienter l'action, 3/ sa dimension sociale : on le nomme, on en parle et on le transmet » (Pastré, 2014, p. 65).

[103] Nous ne retrouverons pas ceci chez la majorité des auteurs.

et analyser les formes d'organisation de l'activité en situation » (Pastré et al., 2006, p. 152) il est nécessaire d'avoir recours à un cadre théorique et méthodologique. Et pour lui, ce cadre est tout trouvé, il s'agit de celui du schème : « il faut passer de la notion de compétence au concept de schème pour aborder de façon rigoureuse la question de l'organisation de l'activité » (Pastré, 2014, p. 92). Dans cette lignée, nous pouvons alors proposer la définition suivante de Gillet pour qui la compétence est « un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intention d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action efficace » (Gillet, 1991, p. 69).

En ce qui concerne plus spécifiquement le développement des compétences, Samurçay et Pastré (1998) proposent un modèle dynamique de développement des compétences professionnelles en quatre étapes :

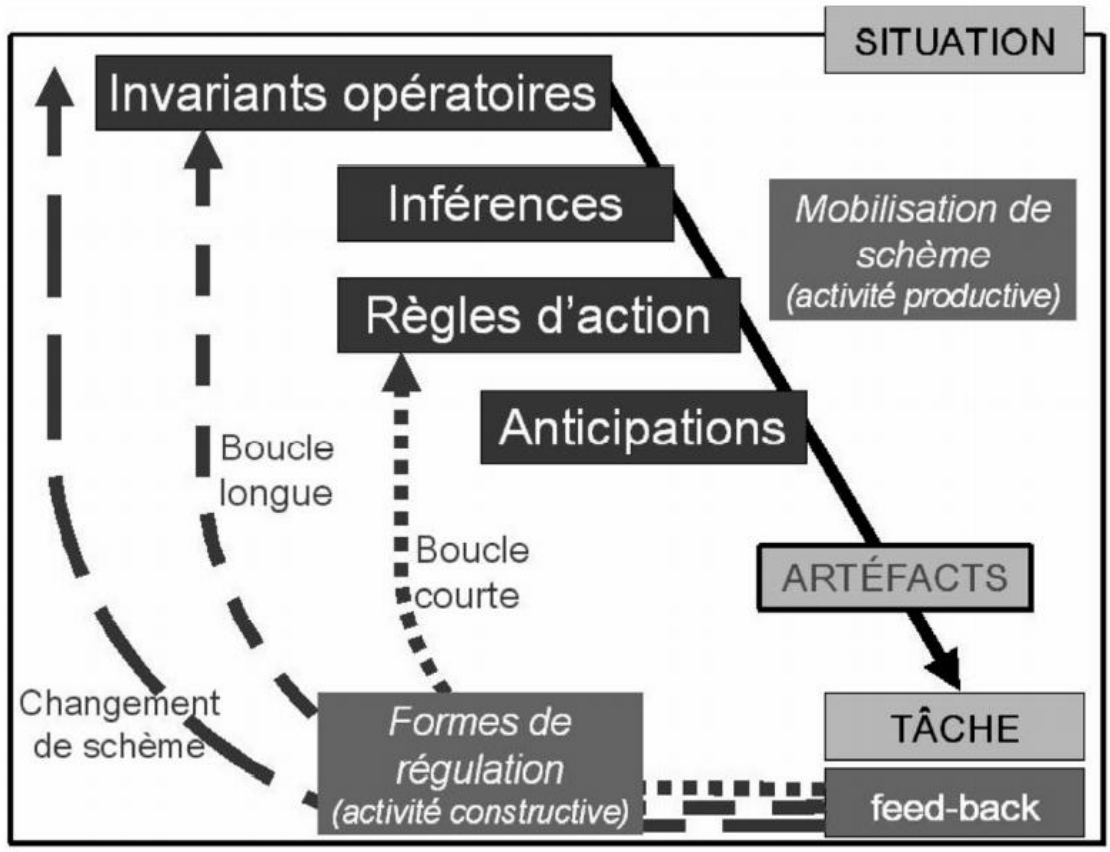
- « Les compétences commencent à se construire autour des situations prototypiques où la conceptualisation est presque confondue avec les règles d'action.
- Elles continuent à se développer par la construction de classes de situations qui intègrent les variétés rencontrées : les schèmes s'organisant en niveaux en relation avec des niveaux de concepts pragmatiques qui servent alors comme bases d'organisateurs de l'activité incluant des critères de choix d'actions adaptées à la situation.
- La prise de distance avec les situations concrètes, les représentations circonstancielles et le répertoire d'actions constituent une étape de plus vers la conceptualisation des situations de travail. Ce processus de schématisation qui ne retient que les données pertinentes pour l'action peut être mis en perspective avec la notion de représentation ou connaissance opérative bien connue de l'ergonomie. Ici non seulement on sait faire mais on comprend pourquoi on ne fait pas autrement.
- Enfin, une dernière étape consiste pour l'opérateur à pouvoir se libérer également de ces schématisations pour faire face à des situations imprévues ou très rares. On pense que c'est sur ce plan que se situent les compétences dites "critiques" » (Beckers, 2012, p. 131).

Pour Beckers, « au cœur du développement des compétences, il y a d'abord un couplage sujet-tâche dont le déséquilibre est assumé plutôt qu'ignoré par le sujet (accommodation nécessaire, "motif" de l'activité) et qui l'engage dans l'activité » (Beckers, 2012, p. 134). De plus, elle résume en deux points, les caractéristiques communes à plusieurs théories concernant le développement des compétences :

- « Dans le registre de l'opératoire, le niveau de compétence d'un sujet s'apprécie en observant son activité face à une tâche ouverte et inédite pour lui, ce que nous avons appelé, avec Leplat…, une tâche d'élaboration et non d'exécution, ces tâches sont contextualisées dans des situations ;
- Ce sont les tâches dont le sujet ne peut d'emblée s'acquitter seul qui sont susceptibles de provoquer chez lui un véritable apprentissage, une évolution de ses compétences » (Beckers, 2012, p. 134).

En guise de synthèse pour cette partie sur la compétence et la didactique professionnelle, nous proposons le « Modèle de la compétence MADDEC » selon Coulet (2011, p. 18) :

Figure 4 : Modèle de la compétence MADDEC (Coulet, 2011)



Enfin, bien qu'il soit davantage centré sur l'éducation, nous percevons dans les approches de Perrenoud sur sa définition de la compétence l'influence de la didactique professionnelle. En 1997, la compétence est pour lui la capacité d'action efficace face à une famille de situations qu'on arrive à maitriser parce qu'on dispose des connaissances nécessaires pour les caractériser (habitus, schèmes etc.). En 1999, il précise cette définition et la compétence devient « l'ensemble des ressources que nous mobilisons pour agir. La compétence est la capacité d'un sujet de mobiliser tout ou une partie de ses ressources cognitives et affectives pour faire face à une famille de situations complexes » (Perrenoud, 1996, p. 15). L'approche par compétences constitue, selon lui, une force nouvelle pour les savoirs[104] en les liant à des pratiques sociales, à des situations complexes, à des problèmes et à des projets donc en donnant plus de sens au métier d'élève. Pour lui, l'approche par compétences consiste à :

[104] Selon Jean-Pierre Astolfi, un savoir parfaitement intégré devient opératoire.

- Créer des situations didactiques porteuses de sens et d'apprentissages ;
- Les différencier pour que chaque apprenant soit sollicité dans sa zone proximale de développement ;
- Développer une observation formative et une régulation interactive en situation, en travaillant sur les objectifs-obstacles ;
- Maitriser les effets des relations intersubjectives et de la distance culturelle sur la communication didactique ;
- Individualiser les parcours de formation dans le cadre de cycles d'apprentissages pluriannuels.

Comment évaluer les compétences en formation et/ou professionnelles[105] ? Du point de vue des méthodes évaluatives, elles sanctionnent la plupart du temps l'acquisition de savoirs par les étudiants et non pas leur capacité à les combiner et à les mobiliser de façon pertinente en situation. Si les structures de formation veulent certifier la professionnalité des futurs professionnels elles doivent donc intégrer « des démarches évaluatives cohérentes par rapport aux apprentissages entrepris » (Beckers, 2012, p. 239). La compétence n'est pas une qualité intrinsèque du sujet, elle est produite par l'acte social d'évaluation. Elle est une qualité attendue et/ou attribuée à l'individu par l'évaluation à partir du constat de la réussite de l'activité du sujet : « la professionnalisation relève de l'organisation, de l'institution, du tiers qui prescrit mais aussi évalue et ainsi « fabrique » les compétences » (Wittorski et Ardouin dans Clénet et al., 2012, p. 94). Cela correspond à *l'identité prescrite* du sujet puis à son *identité reconnue ou attribuée* socialement. Ces deux dernières identités relèvent donc d'un tiers et du processus de professionnalisation contrairement à *l'identité agie et vécue* du sujet qui relève de l'individu et de son développement professionnel quand « il met en œuvre une activité qui est le support de transformations pour lui-même » (Wittorski et Ardouin dans Clénet et al., 2012, p. 94). Donc pour évaluer des compétences professionnelles, il faut d'abord les rendre lisibles : nous pouvons, dans un premier temps, nous appuyer sur la logique et le processus de référentialisation qui est un « processus interactif et itératif entre l'organisation, le collectif et l'individu ; entre l'externalisation des compétences et l'internalisation de celles-ci avec ses différents niveaux de formalisation » (Wittorski et Ardouin dans Clénet et al., 2012, p. 99). Ce

[105] L'évaluation des compétences s'inscrit dans une logique vidéographique (trajectoire de développement) et non photographique. L'approche par compétences relève du paradigme constructiviste de l'apprentissage favorisant une pratique professionnelle réflexive et intentionnelle. Ainsi, la perspective de l'évaluation doit être authentique et la logique pédagogique centrée sur l'apprenant (cela s'oppose à l'approche par objectifs qui relève du paradigme béhavioriste de l'apprentissage et dont la logique pédagogique est centrée sur l'enseignement). Ainsi, les situations d'évaluation doivent exploiter des problèmes de type complexe ou « mal défini », acceptant plusieurs solutions possibles, ce qui conduit à admettre que le mode d'élaboration de la solution est aussi important à considérer que la solution elle-même et qu'il mérite autant d'être objet de l'évaluation.

processus aboutit à la création d'outils, les référentiels parmi lesquels nous retrouvons le référentiel de formation mais aussi les référentiels métier ou encore de compétences. Comme l'indique Figari, « la référentialisation veut être une méthode de délimitation d'un ensemble de référents et se distingue en cela du référentiel qui désigne, lui, un produit fini, et plus exactement, une formulation momentanée de la référentialisation » (Figari, 1994, p. 48). Concernant le référentiel de formation, il se situe à l'interface du référentiel métier et de compétences et de l'action de formation. En effet, il est la transposition par les formateurs du référentiel de compétences (issu de l'analyse précise du métier) en objectifs de formation. Comme tout référentiel il assure une fonction sociale de régulation (recherche de confiance) entre les différents types d'acteurs concernés par l'activité. Il s'agit d'un outil de négociation et de reconnaissance servant la professionnalisation des individus, des métiers et des institutions (Ardouin, 2010, p. 121). Ardouin attire également notre attention sur les conditions d'utilisation de ces référentiels. En effet, il précise que le référentiel de manière générale « n'a de sens que s'il s'inscrit dans une logique dynamique offrant évaluation et évolution. Il n'est pas un instrument exclusivement normatif et de contrôle, mais il se doit d'être un outil de dialogue et de concertation » (Ardouin, 2010, p. 122). Dans le cadre de la formation, il est donc le fruit de compromis portant sur les objectifs, les contenus, les modalités et l'évaluation des apprentissages. Ainsi, le référentiel de formation guide l'activité de formation mais sert aussi à son évaluation. Plus les activités à réaliser dans les épreuves de validation sont proches des activités professionnelles auxquelles se préparent les étudiants, plus l'investissement de ceux-ci sert leur professionnalisation et plus le diplôme certifie leur capacité à prendre leur rôle de professionnel. Ainsi, Chauvigné indique que « le référentiel de validation doit pouvoir être structurant du référentiel de formation » (Chauvigné, 2010, p. 83). Or il poursuit en indiquant que dans le cadre des formations supérieures professionnelles, « les activités proposées aux étudiants lors des validations visent plutôt à vérifier des connaissances et conduisent ceux-ci à organiser leur activité d'apprentissage pour retenir les connaissances d'un point de vue disciplinaire plus que pour les relier à des problématiques professionnelles » (Chauvigné, 2010, p. 84). Ce qui est mis en avant ici est le manque de cohérence entre les intentions affichées de professionnalisation des formations et les méthodes évaluatives utilisées dans ces formations qui ne favorisent pas le processus. Il convient donc de mettre en cohérence les référentiels de formation répondant de plus en plus à cette volonté de professionnalisation avec les référentiels d'évaluation afin de témoigner d'un changement en profondeur. En ce qui concerne l'évaluation du développement des compétences dans le cadre d'une formation initiale, le débat reste vif. En effet, en référence aux définitions que nous avons citées de la compétence, évaluer des compétences revient à vérifier non seulement la mobilisation des savoirs professionnels validés par l'institution mais aussi la capacité du futur professionnel à les convoquer et à les mettre en œuvre à bon escient dans la pratique. Il convient donc de pouvoir évaluer cette dimension dans le cadre de l'activité professionnelle de l'étudiant c'est-à-dire en situation de stage. Cette évaluation pourra se faire par des formateurs, des tuteurs voire même par l'étudiant lui-même dans le cadre d'une auto-évaluation. Pour effectuer l'évaluation du développement d'une compétence dans une famille de situations bien précise, il faudra déterminer et utiliser des critères et des indicateurs qualitatifs. En rapport avec le caractère développemental d'une compétence, il convient également au cours du cursus d'évaluer cette compétence par paliers. Le dispositif de formation doit proposer à l'étudiant un parcours progressif lui permettant de

cheminer vers des objectifs intermédiaires puis terminaux. Cette lisibilité du parcours a pour avantage de donner à voir à l'étudiant la progression d'apprentissage à réaliser et donc de donner du sens à sa formation ainsi qu'aux efforts qu'il produit (maintien de sa motivation). Enfin, le fait que la compétence soit évaluée dans quelques situations données et qu'elle revêt un caractère développemental nous permet de souligner que l'évaluation des compétences au sein d'une formation permet de certifier un « potentiel professionnel avec des compétences en construction » (Boissart, 2013, p. 103). En effet, le professionnel devra continuer à les développer tout au long de sa carrière. En plus de ces mises en situations professionnelles, nous pouvons proposer la simulation pour attester du développement des compétences des étudiants. En effet, notamment dans le domaine de la santé, l'apprentissage par la simulation sur des mannequins haute-fidélité est largement développée. Une séance de simulation se déroule classiquement par la réalisation d'un scénario de quelques minutes (très proche des conditions réelles d'exercice) couplé à un débriefing immédiat et en groupe sur l'action qui vient d'être effectuée (nous retrouverons ceci dans le cadre de la didactique professionnelle). En associant l'action et la réflexion, nous pouvons dire que la simulation présente un réel enjeu de professionnalisation. D'autre part, l'apprentissage sur simulateur présente un autre intérêt qui est éthique. En effet, la simulation permet aux étudiants débutants de ne pas pratiquer leurs premiers gestes sur de véritables patients. Les outils pouvant également être utilisés pour apprécier le développement de compétences chez les étudiants sont la réalisation de travaux pratiques ou encore de jeux de rôles les mettant en situation professionnelle. Les autres outils d'évaluation proposés pour favoriser la professionnalisation sont en rapport avec l'autre levier de la professionnalisation qui est celui de la réflexivité. Les méthodes d'évaluation reposent alors sur l'analyse de pratiques professionnelles orale ou encore écrite à travers la réalisation d'un portfolio par exemple. Mais ce portfolio peut également contenir des réflexions portant davantage sur le développement professionnel des étudiants par le bais de journaux de bord individuels de leur formation. Ils représenteraient pour les étudiants une mise en récit d'eux visant à interpréter leurs expériences de travail afin de leur permettre de donner du sens aux différentes situations professionnalisantes rencontrées. Nous rappelons que Wittorski propose de demander un travail consistant à « définir une question-problème rencontrée par le stagiaire dans son exercice professionnel, à mener ensuite un travail théorique et empirique à son sujet en vue de mieux comprendre ses contours et à proposer, enfin, des réponses « éclairées » susceptibles d'être transférées dans l'espace professionnel » (Wittorski, 2012, p. 5). Nous nous situons ici dans un travail de grande envergure pouvant correspondre par exemple à un mémoire de fin d'études. Dans le même esprit mais à plus petite échelle, se développent les récits de situations complexes et authentiques (RSCA) dans le domaine de la formation des professions de santé. En effet, comme l'indique Pastré « une situation a une dimension globale : la découper c'est souvent la dénaturer. Un sujet confronté à une situation professionnelle est confronté à quelque chose de complexe, de partiellement imprévisible et d'interactif » (Sorel et Wittorski, 2005, p. 143). Toujours dans le même domaine, les formations développent des outils

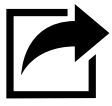
d'évaluation du raisonnement clinique comme les tests de concordance de scripts[106] (TCS) ou encore l'élaboration de cartes conceptuelles. Enfin, en ce qui concerne les formes d'évaluation favorisant la professionnalisation, il semble intéressant de conjuguer l'évaluation formative voire formatrice à l'évaluation sommative. L'évaluation formative a une visée pédagogique servant le processus d'apprentissage tandis que l'évaluation sommative a une visée sociale de certification. Si les énoncés de compétences dans les référentiels de formation cherchent à définir la professionnalité attendue des futurs professionnels, il semble que ce soient les situations formatives soutenant le processus de dialogues entre les différentes formes de savoirs professionnels qui participent à la production de cette professionnalité. Il est donc nécessaire de développer les évaluations formatives au sein d'un cursus professionnalisant d'autant qu'elles s'inscrivent dans une approche d'apprentissage en profondeur. En effet, ce type d'évaluation favorise la dimension auto-évaluative et réflexive visant à responsabiliser l'apprenant et permet de décaler les modalités de l'évaluation d'une centration excessive sur la notation vers une évaluation plus qualitative.

Que retenons-nous de la professionnalisation et de la compétence pour notre recherche ?

De la professionnalisation - constitution des professions, nous retenons essentiellement la dimension de la reconnaissance sociale recherchée et attribuée et la logique identitaire dans laquelle cette dynamique s'inscrit.

De la professionnalisation - formation, nous retenons essentiellement l'importance d'articuler étroitement l'acte de formation avec la réalité professionnelle à laquelle les individus se préparent.

De la compétence, nous retenons essentiellement les caractéristiques que nous en avons dégagées car nous nous appuierons sur celles-ci pour analyser les référentiels métier et de formation des infirmières obstétricales au Brésil.



[106] Les scripts peuvent être apparentés aux concepts pragmatiques de Pastré. En effet, la recherche en pédagogie médicale s'est appuyée sur la didactique professionnelle pour élaborer sa théorie des scripts (Chenu dans Parent & Jouquan, 2013, p. 211).

4. L'analyse de l'activité et la didactique professionnelle

Grâce à l'étude de la professionnalisation, nous venons de mettre en avant l'importance de se centrer sur le travail et son analyse pour assurer le développement des compétences des individus au regard de la « réalité du terrain ». Nous proposons maintenant d'entrer dans cette réalité et son analyse à travers la didactique professionnelle.

4.1. D'abord un détour par l'analyse de l'activité

« La Vie peut être définie à travers l'activité qui est en lutte permanente avec "l'inertie et l'indifférence" » (Schwartz reprenant Canguilhem, 2007, p. 122).

Approche générale du concept de l'activité et de son analyse

Le nombre et la nature des publications en lien avec l'analyse de l'activité, du travail ou encore des pratiques dans le champ de l'éducation et de la formation montrent à quel point l'intérêt pour une meilleure connaissance du réel semble important pour le développement des individus, des groupes et des organisations. En effet, l'« entrée activité » semble même être plus largement « un objet intégrateur pour les sciences sociales » (Barbier & Durand, 2003, p. 99) et apparaitre comme « une nouvelle culture de pensée » (Barbier & Durand, 2003, p. 99). Comme nous l'avons précisé dans la première partie de notre travail, l'activité désigne ce qui relève du « travail réel » en opposition au « travail prescrit » qui lui relève de la tâche. L'engouement pour son analyse répond à une demande sociale forte de la part des sujets concernés qui y voient une opportunité de mettre en évidence leur professionnalité ; mais aussi de la part des organisations qui y voient, elles, un gain de performance. En effet, « l'action et la connaissance sont toutes les deux, selon les moments, source ou ressource l'une pour l'autre » (Clot, 2004, p. 32). L'analyse de l'activité est donc, à la fois, un outil de recherche, de formation/professionnalisation et de transformation/optimisation de l'action ayant un caractère historique et social. De plus, nous pouvons également préciser que « le produit de l'analyse est, lui, un savoir que l'on peut caractériser comme un énoncé faisant l'objet d'une reconnaissance sociale, relatif à une corrélation entre plusieurs existants ou, mieux, entre les représentations relatives à plusieurs existants » (Barbier, 2014, p. 11). En résumé, si nous considérons que « l'analyse des activités a à rendre compte à la fois des faire des sujets, de leurs pensées et de leurs dires sur leurs faires » (Barbier, 2014, p. 11) alors les méthodes pour l'analyser « supposent de la part des formés ou des apprenants une activité intellectuelle sur et à partir des actions ou des situations concrètes dans lesquelles ils sont engagés, à des fins de production de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences. … l'engagement dans une action de transformation du réel est considéré comme délibérément inducteur d'une transformation identitaire, lorsqu'il est doublé d'une activité de production de représentation et de savoirs sur et à partir de cette action. L'acte de travail devient acte de formation lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même » (Barbier, 2014, p. 3). Ainsi, production de connaissances et action sont étroitement liés et autorisent le développement d'un champ de recherche différent des champs de recherche traditionnels.

Du point de vue théorique et méthodologique

Avec Barbier et Durand, le concept de l'activité est utilisé dans plusieurs disciplines des sciences sociales ce qui rend difficile sa démarcation tant « l'entrée activité » tend à être transversale. En effet, comme ces auteurs le précisent, « l'entrée activité » c'est-à-dire « le formatage des objets des sciences sociales en termes d'activité ou en référence à l'activité, constitue une approche privilégiée pour la construction d'outils de pensée transversaux à plusieurs champs de recherches / et de pratiques correspondantes » (Barbier & Durand, 2003, p. 99). Du point de vue théorique, l'analyse de l'activité découle de celle du travail et donc de l'ergonomie française mais aussi de la psychologie. En fait, l'analyse de l'activité intervient pour tenter de « conceptualiser les dynamiques produites dans cet écart entre le travail "prescrit" et le travail "réel" » (Schwartz, 2007, p. 129) mis en exergue par l'ergonomie française. Ainsi, les deux sources du concept d'activité sont celles de l'« impossible » (l'activité humaine ne peut pas être anticipée, standardisée de manière satisfaisante ; fondation de la connaissance vraie) et de l'« invivable » (une vie en santé ne peut coexister avec la prédétermination complète des normes de son activité ; fait technique et industrieux), ce qui fera dire à Schwartz que « l'activité humaine est le processus dynamique et tendu qui tente d'articuler, toute vie durant, le traitement des limitations de toute forme de normalisation et la saisie des nombreuses opportunités pour vivre, en dépit de toute forme rigide d'hétérodétermination » (Schwartz, 2007, p. 130). Pour ce qui est de l'axe de l'« impossible », Schwartz indique que « l'entière anticipation ou standardisation des processus de travail était impossible : l'activité humaine, en tant qu'obscur processus se développant entre ce qui est anticipé, prévu, et ce qui est vraiment fait, est inévitable, une invitée dans nos vies qu'on ne pourra jamais congédier » (Schwartz, 2007, p. 130). L'activité pénètre donc toutes les dimensions de l'Humain, ce qui fait que le concept de l'activité ne peut pas se déterminer à travers un champ théorique bien distinct. En effet, il « ne peut pas être la propriété d'une seule discipline scientifique. L'Activité ne peut pas être l'objet spécifique de la psychologie, de la neurologie, de l'anthropologie culturelle,… Chaque appropriation exclusive serait quelque part une mutilation. En fait, il les interpelle toutes mais n'appartient à aucune » (Schwartz, 2007, p. 131). Résultant de cette position théorique multiple, les méthodologies utilisées pour étudier l'activité vont donc être également diverses. Cependant, certains auteurs ont tenté malgré tout de dégager les caractéristiques communes des recherches menées en sciences sociales quand elles convoquaient « l'entrée activité ». Ainsi, pour Barbier et Durand, une recherche utilisant « l'entrée activité » doit répondre à trois priorités :

- « La première est d'articuler la construction d'objets de recherche en référence à des activités et à des théories de l'activité » (Barbier & Durand, 2003, p. 109) : nous retrouvons ici la notion des concepts d'intelligibilité de Barbier décrits dans notre première partie. Il convient aussi de formuler les objets de la recherche en termes d'enjeux d'activité et non de construits sociaux comme les compétences ou encore l'identité. Ainsi on formulera plutôt les objets de recherche en termes de représentations identitaires ou de sentiment de compétence. Enfin l'analyse de l'activité consiste « à produire des discours théoriques portant sur l'activité en général, tout en affirmant le caractère situé de cette activité » (Barbier & Durand,

2003, p. 109). Ce qui peut aider à dépasser cette tension est le recours à la conceptualisation.

- « Une deuxième priorité est probablement la construction, à discuter au sein d'une communauté scientifique élargie, d'outils de pensée cohérents avec cette entrée » (Barbier & Durand, 2003, p. 110) : ces outils peuvent se situer dans la *contextualisation* de l'activité qui rappelons-le, couple de façon indissociable le sujet à son environnement et *vice-versa*. Mais ces outils peuvent également concerner la question des *transformations affectant l'activité et les individus* (habitus, schèmes, *pattern*). Il s'agit ici d'étudier l'articulation de l'individu et du social dans ces constructions. Nous pouvons également étudier les cultures d'action, le couplage d'activités ou encore les communautés de pratiques quand il s'agit de questionner la *coordination de l'activité de plusieurs acteurs*. Enfin, ces outils peuvent se situer au niveau de la *transformation continue de l'activité* en lien avec son caractère dynamique.
- « Une troisième priorité consiste à penser en termes d'activité le processus de recherche lui-même et les différentes activités qu'il associe » (Barbier & Durand, 2003, p. 112) : comment, par exemple, demander aux acteurs d'expliciter leurs états mentaux et comment exploiter leurs verbalisations du côté des chercheurs en termes de méthodologie ? Nous pouvons également distinguer les démarches d'action de recherches qui ont une intention directe de production de savoirs de celles qui ont une intention de transformer le monde. Mais quoiqu'il en soit, si nous postulons que cette démarche de recherche est une activité en tant que telle alors nous devrons admettre que la production de connaissances qui en découle est « elle-même une activité socialement et historiquement située. Ceci confère à ces connaissances produites un caractère de constructions provisoires, incompatible avec l'ambition d'une unité théorique et conceptuelle, ou d'une "grande théorie" » (Barbier & Durand, 2003, p. 105). Elles peuvent néanmoins avoir un autre intérêt social « dans la qualité de leur argumentation, dans le caractère contre-intuitif de leurs propositions au regard des significations "naturelles" produites en situation » (Barbier dans Jorro, 2014, p. 23).

Caractéristiques les plus communément admises de l'activité

L'activité *transforme le monde* physique, mental ou social et le plus souvent, elle transforme ces trois dimensions à la fois mais elle transforme également le *sujet* qui transforme le monde. Elle est ainsi *dynamique* et *complexe*[107]. L'activité « est un moment de médiation entre l'individuel et le collectif, entre les niveaux macroscopiques et microscopiques de la vie sociale » (Schwartz, 2007, p. 131). L'activité sociale présente un caractère négocié. En

[107] Ce qui rend difficile sa modélisation.

didactique professionnelle, on va dire que l'activité est à la fois *productive* et *constructive* et source d'apprentissages par et dans le travail. Samurçay et Rabardel (2004) définissent l'activité productive comme le traitement des situations et la transformation d'un objet matériel, social ou symbolique tandis que l'activité constructive correspond au développement du professionnel (en transformant le monde, le sujet se transforme lui-même et enrichit son répertoire de ressources). Ces deux activités sont indissociables mais en termes de temporalités elles ne s'effectuent pas aux mêmes temps. L'activité productive prend fin à la fin de l'action tandis que l'activité constructive peut se réaliser en même temps ou *a posteriori* de l'action. C'est souvent par un travail réflexif rétrospectif que l'activité constructive s'effectue.

L'activité concerne *le sujet* et son *environnement* : ceci est indissociable. Le rapport sujet/activité/environnement fait partie intégrante de l'activité. En effet, « on peut chercher dans l'environnement les éléments qui orientent et structurent l'action du sujet, ou au contraire rechercher comment l'environnement est exploité par le sujet » (Béguin & Clot, 2004, p. 39). Barbier indique également que nous devons questionner le contexte et l'environnement des actions car elles ne sont jamais isolées et sollicitent les « rapports sujets/activités/environnements » (2011, p. 9). Selon Pastré, l'activité ne peut être dissociée de la situation « on ne peut comprendre l'activité des acteurs si on n'a pas une connaissance minimale de la situation » (Champy-Remoussenard dans Clénet et al., 2012, p. 163). L'activité est donc à la fois déterminée par le sujet agissant *et* la situation elle-même. Ceci revient également à inscrire et situer l'activité dans un *temps* et dans un *espace* : pour dire ceci autrement, l'activité prend place dans un contexte. De ce fait, l'activité possède une dimension *historique* et *holistique* : « les capacités cognitives humaines ne peuvent être déconnectées de leur milieu naturel, qui est en réalité très largement artificiel et en grande partie culturellement et historiquement déterminé » (Béguin & Clot, 2004, p. 41). On ne peut donc pas séparer l'action de la cognition ni même de la perception ou encore de ses composantes émotionnelles. De plus, de par son caractère évolutif et développementale (normes précédentes/normes actuelles ; travail réel/travail prescrit), l'« activité humaine est traversée par des contradictions potentielles et se révèle comme une matrice authentique de l'histoire humaine » (Schwartz, 2007, p. 131).

L'activité est constituée *d'activités* : les activités sont les « composantes de l'activité humaine susceptibles d'être distinguées à partir du repérage de régularités ou d'invariants dans leur processus de production et dans leur produit, et caractérisables en termes de procès » (Barbier, 2014, p. 26). A un niveau encore plus micro, on peut dire que l'action est une unité significative des activités et nous devons nous interroger sur ce qui fait leur caractère régulier mais aussi inédit ou encore singulier. Pour les chercheurs, les activités font référence à une diversité empirique tandis que pour les acteurs, elles sont une organisation sociale.

L'activité peut relever *d'intentions* : ces intentions sont portées par des acteurs et délimitent l'activité. En effet, comme nous l'indique Barbier « un champ d'action humaine se définit d'abord comme un champ d'intentions portées par des acteurs, et se délimite par ces intentions » (2011, p. 8). Dans cette configuration, l'activité peut apporter à l'individu un « sentiment d'unité et de continuité temporelle relevées par Erikson (1994) comme caractéristiques de l'identité » (Barbier dans Jorro, 2014, p. 21).

Synthèse des caractéristiques de l'activité

Barbier définit l'activité humaine comme étant l'« ensemble formé à la fois par les transformations du monde physique, social ou mental, dans lesquels et par lesquels se trouve engagé un sujet, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement, et par les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion » (Barbier dans Jorro, 2014, p. 21).

Clot (1999), précise également que l'activité de travail est triplement dirigée : vers son objet, vers les autres et les relations qu'ils entretiennent avec cet objet et vers le sujet lui-même.

Analyse de l'activité et analyse de pratique : quelle différence ?

Pour commencer, nous pouvons dire que « l'activité désigne ce que fait le sujet didactique dans un contexte précis de travail ; la pratique désigne la même activité, mais appréhendée dans un contexte plus large, ce qui inclut ses déterminations sociales, culturelles, personnelles… » (Reuter, 2012, p. 11). Ainsi, Macintyre (2006) cité par Colinet (2019, p. 9) définit dans son ouvrage *Après la vertu*, la pratique comme « […] toute forme cohérente et complexe d'activité humaine coopérative socialement établie par laquelle les biens internes à cette activité sont réalisés en tentant d'obéir aux normes d'excellence appropriée, ce qui provoque une extension systématique de la capacité humaine à l'excellence et des conceptions humaines des fins et des biens impliqués ». Il s'agit là d'un complément de définition de la pratique comportant une conception éthique et l'expression de normes morales. Toujours dans l'objectif de distinguer la « pratique » de l'« activité », nous proposons la définition des pratiques donnée par Trinquier (2010) comme étant « des actes et des procédures particulièrement observables, car ils sont récurrents, validés pour leur efficacité par un sujet ou un groupe de sujets, et institutionnalisés par ces derniers au cours de leur expérience » (Trinquier dans Jorro, 2014, p. 222). De par les caractéristiques communes qu'elle partage avec l'action ou encore l'activité, la pratique tend parfois à être assimilée à ces deux notions. Pourtant, ce qui va différencier l'action de la pratique est l'idée de l'atteinte du succès. En effet, une action peut ne pas amener à un succès mais dans la mise en œuvre d'une pratique, il y a cette idée sous-jacente d'atteinte d'un succès et/ou d'une efficacité. En résumé, nous pouvons dire que la pratique serait une action efficace liée à une habitude ou à une expérience. Elle implique un principe de réflexion avant l'action (une anticipation) pour transformer efficacement l'environnement. Elle peut de nouveau faire l'objet d'une réflexion, cette fois-ci après l'action dans un but d'amélioration de sa pratique et de développement à la fois individuel mais aussi collectif. A partir de cette définition, on rejoint de nouveau l'idée que l'analyse des pratiques ne peut se faire sans l'engagement des individus. Pour Barbier, la pratique est l'« énoncé ou discours d'un sujet sur sa propre activité » (2011, p. 103) c'est-à-dire ce que le sujet engagé dans des activités veut bien dire de son activité dans une communication à autrui. De ce fait, Barbier distingue en ces termes l'analyse des pratiques qui « n'est souvent qu'une activité discursive sur une activité discursive » (2011, p. 103) de l'analyse de l'activité « qui passe souvent par des traces d'activité et par des verbalisations à partir de ces traces » (2011, pp. 103-104). Plus précisément et toujours selon lui, « l'analyse des pratiques s'inscrit dans une perspective de construction des sujets ; l'analyse des activités peut s'inscrire dans des actions à intention de production de savoirs d'intelligibilité » (2011, p. 104). Pour Fablet, « nous

pouvons distinguer les groupes relevant de l'analyse du travail (analyse des situations de travail, ergonomie…), qui se focalisent sur les aspects opératoires des activités dans une relative extériorité par rapport aux agents et avec un souci de modélisation, et les groupes qui, s'intéressant aux pratiques-*praxis* et adoptant une position clinique, privilégient les dimensions relationnelles en jeu dans les activités considérées et invitent les professionnels à s'engager dans le processus d'analyse » (Fablet, 2004, p. 109).

En synthèse, nous retenons la définition suivante de l'analyse des pratiques comme étant une « démarche finalisée par la construction du métier, groupale, accompagnée par un (des) formateur(s), instrumentée par des savoirs-outils d'analyse qui développe un "savoir-analyser", une réflexivité » (Altet, 2000, p. 25).

4.2.Pour arriver à la didactique professionnelle

La didactique professionnelle, née dans les années nonante en France, a pour intention d'analyser les situations de travail pour en faire la base de la formation des compétences professionnelles. En effet, en tant que courant des théories de l'activité, elle envisage « l'analyse du travail comme un moyen de construire les situations de formation en tenant compte des situations de travail, et d'utiliser les situations de travail comme supports pour la formation des compétences » (Champy-Remoussenard, 2005, pp. 20-21). Elle est à la fois issue d'un champ de pratique, celui de la formation des adultes et de trois courants théoriques, ceux des didactiques disciplinaires (scientifiques et techniques), de la psychologie ergonomique et de la psychologie du développement. Elle possède un cadre théorique, celui de la conceptualisation dans l'action et repose sur une hypothèse qui est celle que « l'activité humaine est organisée sous forme de schèmes, dont le noyau central est constitué de concepts pragmatiques » (Pastré et al., 2006, p. 145). Ainsi, la didactique professionnelle se caractérise par la mobilisation d'une dimension sociale liée au travail, d'une dimension théorique liée à l'analyse de l'activité et d'une dimension opératoire liée à l'utilisation de concepts et de méthodes précis et accessibles au plus grand nombre. Elle s'articule autour de trois dimensions :

La première orientation est l'analyse des apprentissages qui ne peut être envisagée sans l'analyse de l'activité des acteurs : « il faut reconnaître une continuité profonde entre agir et apprendre de et dans son activité » (Pastré et al., 2006, pp. 145-146). En effet, du champ de la formation professionnelle continue des adultes et de son ingénierie de formation, il faut retenir pour la didactique professionnelle, que l'analyse des besoins de formation pour l'adulte implique une analyse du travail de ce dernier.

La seconde est celle qui consiste à aller observer les compétences professionnelles sur les lieux de travail afin de les analyser : en termes d'analyse du travail, c'est Leplat et la psychologie ergonomique qui permet à la didactique professionnelle de lui donner une première approche méthodologique. Celle de l'analyse de la tâche (le travail prescrit) et celle de l'analyse de l'activité (le travail réel) puisqu'« il y a toujours plus dans le travail réel que dans la tâche prescrite » (Pastré et al., 2006, p. 147). Et nous pouvons même aller jusqu'à dire, avec la clinique de l'activité de Clot, que l'activité réalisée n'est qu'une partie de l'activité réelle (ce que l'on n'a pas fait mais qu'on aurait pu faire). Pour en revenir à la didactique professionnelle,

analyser l'écart entre travail prescrit et travail réel est certainement ce qui permet de repérer le sens de l'activité de l'opérateur. Pour dépasser ce conflit, c'est la dimension cognitive de l'activité de travail qui va permettre de comprendre comment l'individu passe de la prescription de la tâche à la réalisation de l'activité en prenant en considération des dimensions objectives de la situation.

Enfin, la dernière articule les deux précédentes c'est-à-dire les dimensions de l'activité et de l'apprentissage en mobilisant « la théorie de la conceptualisation dans l'action » (Pastré et al., 2006, p. 146). Pour Pastré, « la didactique professionnelle a pour but d'analyser le travail en vue de la formation des compétences professionnelles » (2006, p. 145). Mais pour lui, être compétent, c'est aussi « savoir comprendre et analyser ce que l'on fait » (Champy-Remoussenard, 2005, p. 21).

Schèmes, situations, invariants opératoires, formes de la connaissance et concepts pour une conceptualisation dans l'action

Pour définir le schème dans le cadre de la didactique professionnelle, nous devons remonter à son origine. C'est Piaget qui, en travaillant à des théories de l'action et de connaissances issues de l'action, va proposer une définition du schème et qui va le placer à la base de sa théorie de l'adaptation. En effet, en étudiant le développement de la gestuelle des jeunes enfants, Piaget définit alors le schème comme étant pour l'enfant « le moyen d'assimiler de nouveaux objets et de s'accommoder aux propriétés nouvelles qu'ils présentent par rapport aux objets antérieurement assimilés » (Pastré et al., 2006, p. 149). Le schème a alors à la fois une fonction « d'action sur le réel, et d'exploration des propriétés du réel » (Pastré et al., 2006, p. 149). La théorie de l'adaptation de Piaget est d'autant plus importante à considérer, même pour l'activité d'un adulte, puisqu'une partie des informations, dans toutes situations, est cachée. Ce qui demande donc une adaptation constante de la part des individus. Les travaux de Piaget se sont essentiellement centrés sur l'individu tandis que ceux de Vygotski se sont davantage centrés sur le collectif en travaillant à l'élaboration de la zone proximale de développement mais aussi aux médiations de tutelle ou encore symbolique. Ces deux approches sont donc complémentaires puisque « le sens[108] d'une situation de travail ou de formation est à la fois individuel et partagé : individuel parce que le sens accordé par un individu lui est propre, et différent d'un individu à l'autre ; partagé parce que justement les individus d'une même communauté s'entendent relativement bien sur le sens à donner à telle ou telle situation, à telle ou telle pratique, à tel ou tel mot » (Pastré et al., 2006, pp. 149-150).

Vergnaud développe le concept de *schème* dans le cadre de la didactique professionnelle à partir des travaux de Piaget. En effet, il part du principe que toute activité est organisée et qu'il est possible d'analyser cette organisation. Vergnaud suggère alors que l'organisation de

[108] Vygotski différencie « sens » et « signification ». Pour lui, le « sens » donné à un mot regroupe non seulement sa « signification » conventionnelle mais aussi les expériences diverses que l'individu a associé à ce mot.

cette activité est composée d'invariants, de nature conceptuelle, ce qu'il appelle des « schèmes ». Ces schèmes sont, pour lui, la pierre angulaire de l'analyse de l'activité. Ainsi, selon lui, le schème correspond à « une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations données » (Pastré, 2014, p. 86). Un schème en tant que « totalité dynamique fonctionnelle » (Pastré et al., 2006, p. 152) est composé de quatre éléments :

- « Un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations ;
- Des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;
- Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte) ;
- Des possibilités d'inférence » (Pastré et al., 2006, p. 152).

Le schème est un réflexe cognitif intégré qui est élaboré pour et dans l'action. Que celle-ci soit mentale ou matérielle. Le schème est donc pertinent pour analyser aussi bien des gestes que des raisonnements, des opérations ou encore des interactions sociales. Le schème est source d'apprentissage et ceci à plusieurs niveaux. En effet, dans la mesure où il peut être décrit, comparé, évalué et analysé, il sert d'apprentissages pour un collectif. Mais il peut également servir de production de connaissance à l'échelle individuelle quand celui-ci permet à l'individu de s'adapter dans une situation nouvelle mais proche des précédentes[109] : « Piaget le premier retient l'idée que la connaissance est adaptation » (Pastré et al., 2006, p. 154). Nous retenons de la définition du schème donnée par Vergnaud que le schème concerne uniquement l'organisation[110] de l'activité et non l'activité elle-même et qu'il intervient dans une classe de situations.

Ce que Vergnaud introduit avec cette définition, le différenciant de l'approche de Piaget, c'est que le schème s'inscrit toujours dans un couplage avec une *situation* : « il n'y a pas de schème sans situation, mais pas non plus de situation sans schème, puisque c'est le schème qui identifie une situation comme faisant partie d'une certaine classe » (Pastré et al., 2006, p. 153). En cas de nouvelle situation donc, le schème devra s'adapter afin de permettre une réponse adaptée au problème qui se pose. Ainsi le schème s'investit avec plus ou moins d'ajustements dans des situations analogues[111]. En passant en « mode résolution de problème », le schème est donc aussi une source de connaissance pour l'individu par adaptation active. Ainsi se développe

[109] Philippe Jonnaert (2009) rejoint la notion des schèmes de Vergnaud quand il décrit les caractéristiques de la compétence. En effet, pour lui, l'élément majeur qui se dégage des caractéristiques de la compétence est l'ancrage du développement de toute compétence dans une situation et dans une famille de situations. A toute compétence correspondent une situation et une famille de situations dans lesquelles elle se développe, se construit et s'adapte. En effet, en général une situation appartient à une famille de situations qui partagent entre elles un certain nombre de caractéristiques. La compétence développée dans l'une de ces situations peut souvent être adaptée aux autres situations de la même famille. Ainsi se dégagent des situations isomorphes qui sont des situations qui appartiennent au même champ sémantique à l'intérieur d'une même famille de situations et qui présentent une structure semblable. Il est exceptionnel de rencontrer des situations strictement isomorphes. Par contre, au sein d'une même famille de situations on peut trouver des situations quasi isomorphes, c'est-à-dire qui présentent un très grand nombre de caractéristiques communes.

[110] En effet, l'activité générale reste « toujours contextualisée, variable et adaptée aux circonstances » (Pastré, 2014, p. 86).

[111] Cette notion rejoint celle de la zone proximale de développement de Vygotski.

le catalogue de schèmes de l'individu le rendant de plus en plus compétent : il « permet d'engendrer une activité et une conduite variables selon les caractéristiques propres à chaque situation. … Le schème est donc central dans une perspective d'analyse de la construction de la compétence. Il permet de rendre compte de l'invariance et de l'adaptabilité relatives du travail » (Champy-Remoussenard, 2005, p. 21).

Ce qui rend possible l'adaptation du schème dans diverses situations, est le fait que l'organisation de l'activité possède une part *d'invariance* qui est finalement la part généralisable de l'action. Cette part généralisable de l'action « est de nature conceptuelle, si on veut bien entendre par là que la première fonction des concepts est d'organiser l'action » (Pastré et al., 2006, p. 154). Le schème est même un concept de nature pragmatique puisqu'il « sert de "passeur" entre un registre pragmatique[112] et un registre épistémique[113] » (Pastré et al., 2006, p. 154). Mais par exemple, l'invariant opératoire qui ne peut aller sans le schème est, lui, un concept en acte (explicite ou implicite et informel). En effet, les invariants opératoires sont « des instruments de la pensée qui servent aux humains à s'adapter dans le monde et qui rendent celui-ci compréhensible pour eux. Ces invariants sont construits par le sujet dans sa confrontation avec le réel » (Pastré et al., 2006, p. 155). Ils caractérisent, organisent et guident un domaine de l'action sous forme de propositions tenues pour vraies par le sujet qui lui permettent de relever des informations dans son environnement et de poser un diagnostic de la situation. Il s'agit donc d'une démarche de conceptualisation au sein du schème. En synthèse, « la fine pointe du concept de schème consiste à articuler le caractère adaptable de l'activité et l'invariance de son organisation » (Pastré, 2014, p. 88) comme le disait également Champy-Remoussenard.

Nous venons d'utiliser plusieurs termes comme « registre épistémique et pragmatique » ou encore comme « concept pragmatique et en acte » que nous devons maintenant mettre en lien avec les deux *formes de la connaissance* que met en avant la didactique professionnelle. La psychologie russe du travail, en mettant en exergue la différence entre l'image cognitive et l'image opérative, permettra à la didactique professionnelle d'envisager deux voies de conceptualisation. En lien avec l'image cognitive, qui est élaborée en dehors de l'action, c'est une conceptualisation énonçant « des propriétés et des relations sur des objets » (Pastré et al., 2006, p. 148) dont il sera question. En lien avec l'image opérative, qui est orientée pour l'action, c'est une conceptualisation « qui sélectionne certains traits d'un objet pour en faire des concepts qui orientent et organisent l'activité » (Pastré et al., 2006, p. 148) dont il sera question. De ces deux conceptions sont nées les deux formes de la connaissance pour la didactique professionnelle. Deux formes de la connaissance cognitive qui sont indissociables et qui

[112] Sujet agissant ou capable doté d'un pouvoir d'agir. C'est ce registre qui est d'abord privilégié en didactique professionnelle : « avec la didactique professionnelle, l'accent est ainsi mis sur l'analyse de l'activité productive sur les lieux de travail » (Endrizzi, 2015, p. 23).
[113] Sujet connaissant.

s'articulent l'une avec l'autre en permanence dans l'apprentissage mais pas obligatoirement à parts égales car il y a souvent un décalage. Il s'agit de la forme prédicative (correspondant à l'image cognitive décrite ci-dessus et donnant naissance au modèle cognitif) et de la forme opératoire (correspondant à l'image opérative décrite ci-dessus et donnant naissance au modèle opératif). La forme prédicative de la connaissance permet de connaitre pour mieux comprendre : « elle identifie dans le réel des objets, des propriétés et des relations entre ces objets et ces propriétés » (Pastré et al., 2006, p. 158). Tandis que la forme opératoire de la connaissance permet de connaitre pour mieux agir : « on prélève dans le réel les informations qui vont permettre une bonne adaptation de l'action » (Pastré et al., 2006, p. 158). Ainsi, quand il est question de la forme prédicative de la connaissance nous nous situons dans le registre épistémique et les concepts qui y sont associés et quand nous nous situons dans la forme opératoire de la connaissance, nous nous situons dans le registre pragmatique et les concepts pragmatiques qui y sont associés : « on a donc une même connaissance qui peut, soit s'investir dans l'action pour l'orienter, soit se constituer en un savoir socialement établi, qui pourra être transmis comme un patrimoine » (Pastré et al., 2006, p. 158).

Détaillons davantage le *concept* pragmatique : le concept pragmatique est l'élément central de l'organisation de l'action efficace (il est mobilisé et développé dans et pour l'action). Il est spécifique aux dimensions de la situation professionnelle pour laquelle est organisée l'action efficace. Il permet de comprendre ce qui fait que le professionnel peut mener à bien son activité, que cela soit en accord ou non avec le travail qui lui a été prescrit. Il s'agit de distinguer les éléments de la situation qui sont repérés et font sens pour l'acteur. Il permet de représenter des phénomènes complexes, non directement observables. Le concept « se forme au cours de l'activité et de l'expérience, dans la rencontre avec une variété de situations, dont les propriétés sont différentes » (Pastré et al., 2006, p. 150). Enfin, le concept pragmatique possède une valeur sociale dans la communauté professionnelle puisqu'il est reconnu comme organisateur de l'action par cette dernière et donc communicable et transmissible à l'intérieur du groupe professionnel. Le concept organisateur va lui guider et orienter l'action. Les concepts pragmatiques sont des concepts organisateurs mais les concepts organisateurs « peuvent avoir une autre origine que l'activité » (Chenu dans Parent & Jouquan, 2013, p. 210). Un champ conceptuel fait référence au fait que certains concepts (notamment les concepts scientifiques) ne peuvent se former ni même exister isolément. Ainsi, ils sont organisés en réseau ou en système et entretiennent des liens ou des relations les uns avec les autres. La structure conceptuelle de la situation est l'ensemble des concepts qui organisent l'action et qui servent à la guider. Elle va également identifier les « éléments invariants qu'on retrouve mobilisés chez tous les sujets ayant une action efficace » (Pastré et al., 2006, p. 160). Elle relève d'une analyse *a posteriori* et se compose toujours de quatre éléments : des concepts en nombre restreint, des indicateurs ou des variables observables, des classes de situations et des stratégies attendues. Enfin, plus le modèle opératif de l'opérateur se rapproche de la structure conceptuelle de la situation, plus il sera compétent.

Développement et didactique professionnelle

Puisque la didactique professionnelle aborde la problématique de l'apprentissage par et dans le travail, il convient de s'interroger sur les moyens permettant le développement de cet

apprentissage et donc de l'individu. C'est ici que se joue alors l'activité constructive de Samurçay et Rabardel mais uniquement après l'apprentissage par l'action (activité productive).

Il s'agit essentiellement de moyens encourageant la *réflexivité* de l'acteur par l'analyse de sa propre action, la plupart de temps *a posteriori* de cette dernière (analyse rétrospective) : « il y a développement quand un sujet en vient à s'attribuer le sens de l'épisode qu'il vient de vivre » (Pastré et al., 2006, p. 157). Ainsi, nous pouvons aisément faire le lien avec la professionnalisation que nous avons développée précédemment. Parmi ces moyens, nous pouvons citer :

Les séances de débriefing et d'auto-confrontation simple, croisée ou instrumentée[114] : « dans les analyses des situations de travail, le moment du débriefing est celui où s'opère la conceptualisation de l'action (le retour sur, la mise en mots, l'échange, le récit de ce qui a été vécu) » (Champy-Remoussenard, 2005, p. 22). Véritables exercices de distanciation, les analyses réflexives rétrospectives sous forme verbales permettent de combler le décalage entre le modèle cognitif et le modèle opératif quand le modèle cognitif a été développé avant le modèle opératif. Parfois, cela permet même au modèle opératif de prendre de l'avance sur le modèle cognitif. Ces séances nécessitent la médiation d'autrui[115] et un cadre d'analyse.

Les séances de simulation : elles sont intéressantes quand il s'agit de construire un modèle opératif à partir d'un modèle cognitif. Mais elles doivent obligatoirement être associées à une séance de débriefing après (notamment avec l'appui de la vidéo par exemple). Cela permet d'appréhender un apprentissage des situations et non des savoirs.

L'élaboration de situations-problèmes : issue de l'étude par la didactique professionnelle du milieu industriel. Il s'agit de situations pour lesquelles il n'existe pas de procédures connues et qui obligent l'acteur à manifester sa compétence « la plus importante, celle qui fait la différence, consiste à savoir maîtriser les situations qui sortent de l'ordinaire » (Pastré et al., 2006, p. 163). Ainsi en construisant une nouvelle procédure pour résoudre son problème, l'acteur « s'aperçoit qu'il est capable de créer pour lui-même des ressources nouvelles, par exemple en réorganisant autrement les ressources dont il dispose déjà » (Pastré et al., 2006, p. 163).

Nous pouvons également indiquer que la didactique professionnelle engendre un développement quand elle permet à l'acteur :

D'être capable de désingulariser une situation : cette distanciation peut se faire au cours ou après l'action. En effet, « l'activité constructive permet de conceptualiser et d'universaliser au sein même du singulier : on reste à la fois centré sur la situation singulière et en même temps on se met à la concevoir comme un cas parmi d'autres possibles. C'est ainsi que le travail de

[114] Même si cette dernière technique d'auto-confrontation a davantage été développée par la clinique de l'activité et Yves Clot.
[115] Nous retrouvons de nouveau ici l'influence de Vygotski.

l'activité constructive aboutit à une ouverture, lente et progressive, vers l'universel » (Pastré et al., 2006, pp. 157-158).

D'être capable de réorganiser ses ressources personnelles face à une situation nouvelle : ceci rejoint en partie la définition de la compétence et les situations-problèmes car « quand un sujet est confronté à un vrai problème pour lui, c'est-à-dire quand il se rend compte qu'il ne possède pas une procédure lui traçant le chemin pour arriver au but, il va être amené à user d'analogies, de métaphores et quelquefois de bricolage » (Pastré et al., 2006, p. 158). Nous notons le rôle de l'imagination dans ce processus.

Enfin comme l'indique Pastré, l'analyse de l'activité ne doit pas se faire dans n'importe quel ordre : « quand on cherche à pénétrer dans l'analyse de l'activité, on constate qu'elle constitue un mixte indissociable de potentiel et d'actuel. Mais ce mixte n'est pas à lire dans n'importe quel sens : il faut partir de l'actuel pour remonter au potentiel » (Pastré, 2014, p. 92). Et partir de l'actuel consiste aussi à réaliser une analyse documentaire au préalable de l'observation du travail réel afin de connaitre le travail prescrit (textes institutionnels ou scientifiques).

Que retenons-nous de l'analyse de l'activité et de la didactique professionnelle pour notre recherche ?

Nous retenons surtout qu'elle nous offre un cadre d'analyse pour l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales au Brésil nous permettant d'étudier le développement d'un corps de métier et de mettre en évidence des invariants opératoires à travers une démarche de conceptualisation.

Elle nous permet également d'orienter la démarche méthodologique de notre recherche en se référant aux outils de la didactique professionnelle.

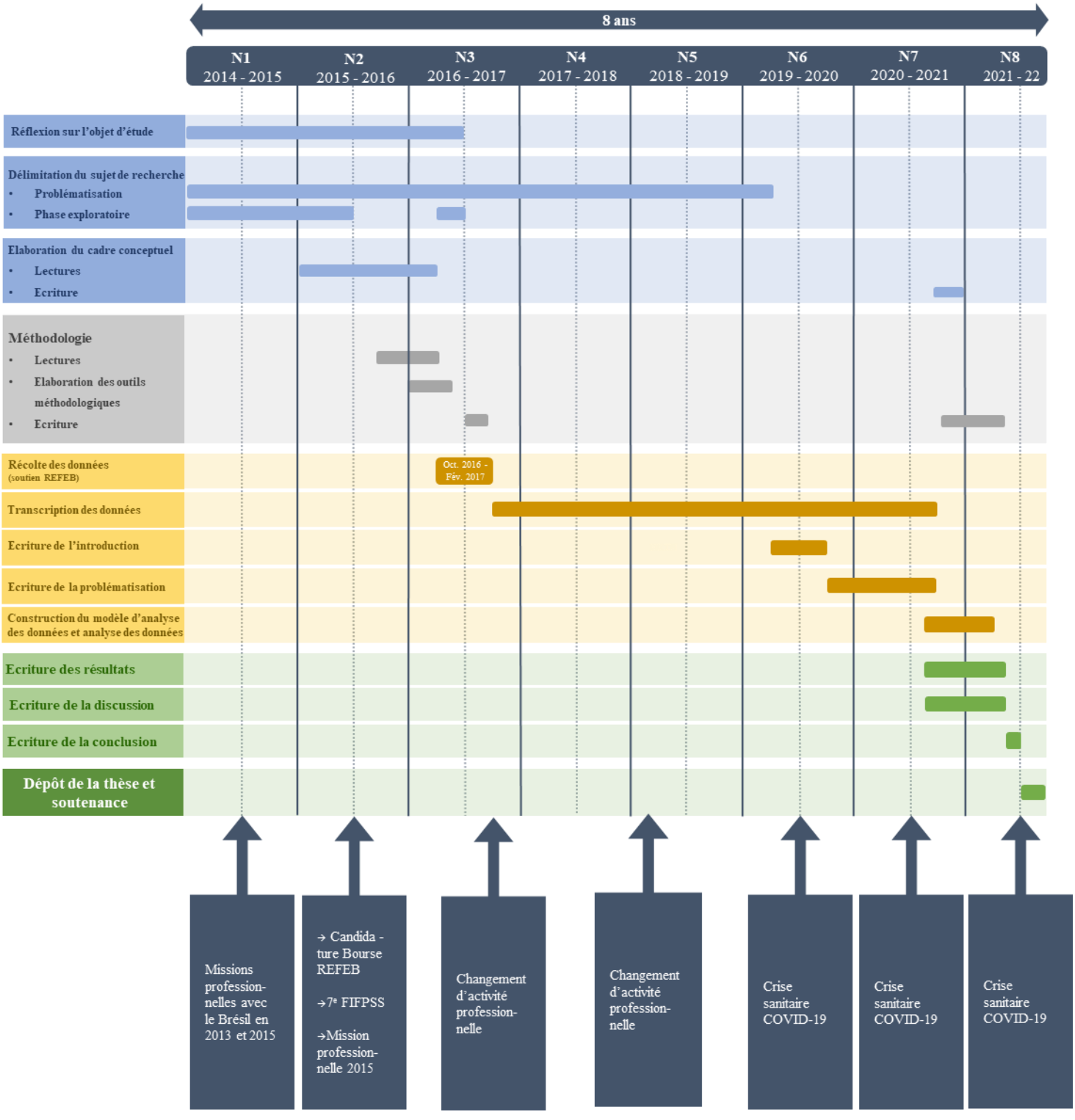
Partie 3 : La démarche méthodologique de notre recherche

« Le projet d'une science de l'homme suppose la recherche des propriétés générales de la vie sociale ou, si l'on préfère, des universaux culturels. Perspective illustrée notamment par les travaux de Sperber pour qui expliquer la variabilité culturelle implique nécessairement la recherche de schèmes mentaux universels ».
Ferréol & Jucquois (2010, p. 270)

1. Les temporalités et le contexte de la Thèse

Pour débuter cette partie sur notre démarche méthodologique nous présentons, sous différentes formes, les temporalités et le contexte de notre thèse : ici sous la forme d'un diagramme et en Annexe 14 sous la forme plus complète d'un tableau regroupant ces temporalités à travers une dimension recherche, une dimension professionnelle et une dimension personnelle. Comme nous l'avons indiqué lors de l'introduction de notre travail dans l'analyse réflexive de notre parcours professionnel, notre recherche doctorale a dû suivre et s'adapter à nos évolutions professionnelles. En effet, nous avons toujours mené une activité professionnelle conjointement à notre recherche et cette activité professionnelle a notamment été marquée par deux changements d'activité en Mars 2017 et en Août 2018. Nous constatons, avec le recul et ce diagramme, que ces deux changements majeurs dans notre vie professionnelle ont eu pour conséquence à chaque fois, une année suivante très peu productive du point de vue de l'avancée de notre recherche doctorale. Au total, ce sont donc deux années durant lesquelles nous n'avons que très peu fait progresser notre travail. En dehors de ces deux années, nous avons essentiellement consacré les trois premières années de notre thèse à la détermination de son objet d'étude, à sa délimitation, à sa problématisation et à la récolte de nos données sur le territoire brésilien. Puis nous avons consacré les trois dernières années de notre recherche à l'exploitation de nos données, à l'écriture de notre thèse et à sa défense.

Figure 5 : Temporalités de la Thèse 2014-2022



Nous présentons maintenant les trois étapes méthodologiques principales ayant permis de structurer et de réaliser cette recherche doctorale. Nous précisons que ces étapes ne se sont pas toujours déroulées selon une logique chronologique puisque certaines d'entre elles se sont déroulées simultanément. Ceci s'explique par le fait que ces démarches n'avaient pas toutes le ou les même(s) objectif(s). Ainsi, notre démarche exploratoire a essentiellement eu pour but de problématiser notre objet d'étude, de le structurer et nous a permis d'effectuer un travail nécessaire de distanciation par rapport à notre objet de recherche c'est-à-dire en nous permettant de passer progressivement d'une démarche professionnelle à une démarche scientifique. Notre démarche documentaire a eu pour but d'étudier en profondeur les dimensions professionnelle et de formation de la maïeutique et ceci à différentes échelles (internationale et brésilienne). Enfin, notre démarche de terrain a essentiellement eu pour objectif la récolte de nos données empiriques auprès des acteurs.

2. La démarche exploratoire

Notre démarche exploratoire s'est essentiellement déroulée de 2013 à fin 2015 mais elle a également contenu une petite période d'Octobre 2016 à Janvier 2017 lors de notre arrivée sur le territoire brésilien pour la récolte de nos données empiriques. Au total, les données exploitées dans le cadre de notre démarche exploratoire sont issues : de trois missions professionnelles (de 2013 à 2015), de quatre entretiens semi-directifs (01h37 d'entretien, de 2015 à 2017) et de deux observations (14h30 d'observation en 2016). Dans la première partie de notre travail relative à la présentation de la construction de notre recherche et de sa problématisation, nous avons exploité les éléments d'analyse de nos trois missions professionnelles ainsi que de trois de nos quatre entretiens exploratoires. Ainsi, grâce à ces éléments et le début de nos lectures sur l'éducation comparée, l'éducation interculturelle et l'interculturalité, nous avons pu faire évoluer notre objet d'étude vers une analyse approfondie de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil avec une approche interculturelle. Puis, lors de notre arrivée en Octobre 2016 sur le territoire brésilien pour la récolte de nos données empiriques, nous avons eu l'opportunité de réaliser deux observations dans l'attente du début effectif et officiel de celle-ci. Un peu plus tard, nous avons également eu l'opportunité de réaliser un entretien avec le Directeur administratif de l'*Hospital Sofia Feldman*. Nous présentons à présent les données issues de l'analyse de ces deux observations et de cet entretien.

2.1.L'observation à l'Hospital das Clínicas

Cette observation d'une durée de 02h30 s'est déroulée en Octobre 2016 à l'occasion de l'accompagnement d'une infirmière obstétricale dans une séquence de formation pratique en salle d'accouchement d'étudiantes infirmières de l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Cette observation a eu lieu à l'HC qui est un centre hospitalier universitaire rattaché à l'UFMG assurant la formation initiale des futurs professionnels médico-soignants de différents niveaux (graduation et post-graduation). Du point de vue obstétrical, cet hôpital accueille les grossesses

à haut risque (sept lits par chambre) et est le centre de référence au Brésil pour la médecine fœtale. Le nombre d'accouchements par mois y est d'environ 250 à 300 soit environ 3 000 à 3 600 par année répartis à 50-50 entre le nombre d'accouchements voie basse et le nombre de césariennes. Le taux d'analgésies péridurales y est de 30 à 40%. Pour prendre en charge ces accouchements, les équipes de garde sont des équipes exclusivement médicales et elles effectuent des horaires de douze heures. Elles sont constituées de trois obstétriciens et de trois étudiants en médecine résidents en obstétrique, de deux pédiatres et de deux étudiants en médecine résidents en pédiatrie, d'un anesthésiste et d'un étudiant en médecine résident en anesthésie. Il n'y a pas d'infirmières obstétricales impliquées dans la prise en charge des accouchements dans cet établissement. En effet, en 2013, les cinq seules infirmières obstétricales[116] de l'institution occupaient des postes de coordination. L'institution avait pour objectif, qu'en 2014, des infirmières obstétricales puissent réaliser des accouchements mais, en 2016, sur les quatorze infirmières obstétricales que comptait maintenant l'institution, aucune n'utilisait son champ de compétence d'infirmière obstétricale. En termes d'organisation architecturale, cette activité obstétricale prend place dans trois salles d'accouchement dont l'une d'elle est une salle dite « PPP » (Pré-, Per- et Post-natale), dans deux blocs opératoires et dans neuf lits de pré-travail regroupés dans une salle commune. Les patientes effectuent la majeure partie de leur travail dans cette salle commune et sont accueillies dans les salles d'accouchement uniquement lorsqu'elles sont sur le point d'accoucher. Cet établissement effectue également le suivi prénatal des grossesses et l'hospitalisation post-partum. La durée du séjour en post-partum y est, en moyenne, de quarante-huit heures et s'effectue dans des chambres communes à cinq lits. Enfin, cet établissement comporte également des unités d'accueil pour les nouveau-nés (unité kangourou, réanimation néonatale, soins intensifs néonataux et hospitalisation néonatale). En ce qui concerne notre observation, nous avions effectué le jour même de sa réalisation un écrit de type narratif relatant ce que nous avions constaté. Pour analyser ce texte narratif, nous avons utilisé la grille d'analyse des observations des professionnels avec les patientes et les étudiantes. Cette analyse est disponible dans le Tome IV des annexes : corpus d'analyses des observations. Les présentations de cette grille d'analyse et de sa construction seront faites plus loin dans cette partie méthodologique. Cette première observation exploratoire nous a permis de mettre en évidence et de constater le modèle de soins technocratique que nous avons décrit dans la partie portant sur la contextualisation de la naissance au Brésil. En effet, nous avons pu observer une pratique exclusivement médicale de l'accouchement, interventionniste, peu respectueuse de la personne humaine et non fondée sur les preuves scientifiques. En ce qui concerne l'activité de l'infirmière obstétricale, elle s'est limitée à la surveillance materno-fœtale durant le travail, à la communication des anomalies détectées au cours du travail à l'équipe médicale et surtout à l'accompagnement de la femme et de sa douleur. Enfin, en ce qui concerne l'activité de formation, les étudiantes ont très peu

[116] Les infirmières obstétricales ont été les dernières à pouvoir intégrer cet établissement. En effet, la spécialisation d'infirmière obstétricale a été la dernière à être reconnue dans cet établissement.

pu pratiquer auprès de la femme en travail. Cependant, durant le focus groupe qui a suivi la prise en charge de la patiente (et faisant l'objet du remplissage d'un journal de bord par les étudiantes), l'infirmière obstétricale a pu effectuer un retour sur l'expérience venant d'être vécue en faisant appel à la réflexivité des étudiantes pour leur permettre d'analyser et d'évaluer la prise en charge dont elles avaient été témoins. Pour cela, elle s'est appuyée sur les connaissances des étudiantes et a alimenté d'apports théoriques fondés sur l'*Evidence Based Practice*, les points que les étudiantes ne pouvaient pas encore comprendre.

2.2.L'observation à l'Hospital Sofia Feldman

Contrairement à notre première observation exploratoire, nous n'avons pas procédé à la rédaction d'une narration de ce que nous avions constaté mais nous avons procédé à la rédaction d'un rapport d'étonnement. Nous l'avons analysée de la même façon que notre première observation exploratoire à travers le prisme de notre grille d'analyse des observations des professionnels avec les patientes et les étudiantes. Cette analyse est disponible dans le Tome IV des annexes : corpus d'analyses des observations. Cette observation d'une durée de douze heures s'est déroulée en Novembre 2016 à l'occasion de l'accompagnement d'infirmières obstétricales dans le cadre de leur activité professionnelle en salle d'accouchement. Nous présenterons l'HSF plus loin dans notre travail puisqu'il a été l'un de nos deux terrains d'étude principal. Lors de cette observation nous avons pu accompagner trois femmes en phase active du travail et prises en charge par des infirmières obstétricales et des étudiantes infirmières se spécialisant en obstétrique. Elle nous a permis de mettre en évidence et de constater le modèle de soins cette fois-ci humaniste que nous avons décrit dans la partie portant sur la contextualisation de la naissance au Brésil. En effet, nous avons pu observer un accompagnement continu de la patiente et de sa douleur avec une attitude réconfortante et bienveillante de la part des infirmières obstétricales, une prise en charge technique reposant sur l'*Evidence Based Practice* et sans interventions inutiles (approche physiologique) de la part des infirmières obstétricales, et surtout, une autonomie professionnelle complète pour les infirmières obstétricales dans leur champ de compétence. Cette autonomie a également pris place au sein d'une collaboration efficace et cordiale avec l'équipe médicale dans le cas du diagnostic d'une pathologie. En ce qui concerne l'activité de formation, nous avons également pu observer le degré d'autonomie des étudiantes que ce soit dans la réalisation d'un accouchement ou d'une suture périnéale. Des éléments nous avaient malgré tout étonnée en tant que sage-femme française comme : la pratique respectueuse des infirmières obstétricales de la physiologie de la naissance et de l'accouchement ; l'arrivée des patientes en salles d'accouchement uniquement en phase active du travail ; la gestion de la douleur des patientes et le fait que les femmes puissent boire et manger pendant leur travail. D'autres éléments nous surprîmes également comme les mesures d'hygiène et la qualité et la quantité du matériel à disposition. Enfin, c'est cette observation qui nous fit entrer à titre personnel et professionnel, dans l'interculturalité. En effet, nous avions conclu notre rapport d'étonnement par ces mots : « *J'ai découvert, à Sofia Feldman, une autre façon de pratiquer la maïeutique et j'insiste vraiment sur le terme de maïeutique au regard du paradigme dans lequel l'hôpital Sofia Feldman se situe en ce qui concerne les soins dispensés auprès des mères et des enfants. Le*

manque de moyens matériels m'a vraiment fait prendre conscience de la chance que j'avais d'exercer en France. Malgré cela, les professionnels ont à cœur de dispenser des soins de qualité. Ce qui reste difficile à appréhender pour moi est la gestion de la douleur des patientes qui ne bénéficient pas d'APD. Mes observations me placent dans une position professionnelle délicate. En effet, le fait d'être sage-femme me permet de comprendre les situations rencontrées mais les pratiques observées touchent mes repères et mon identité professionnelle et donc l'image que je me faisais de la sage-femme. Mais je ne peux pas et ne veux pas déterminer « qui a raison et qui a tort » ou « qui fait bien et qui fait mal » car je ne pense pas que ce soit en ces termes là que la question se pose ».

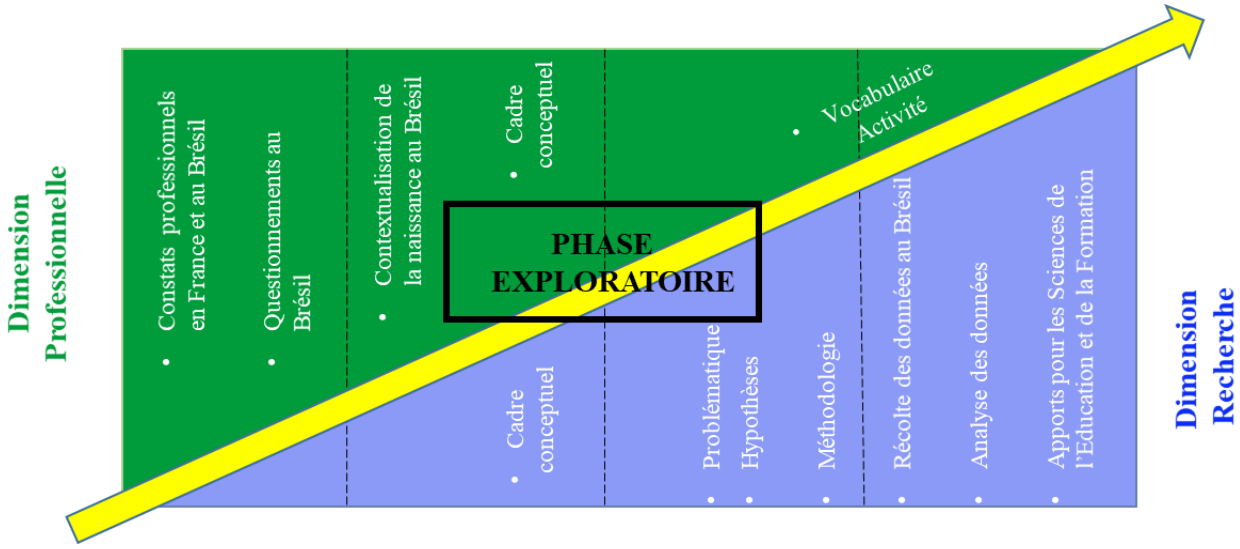
2.3.L'entretien avec le Directeur administratif de l'Hospital Sofia Feldman

Nous précisons que certains aspects de cet entretien furent déroutants et l'objet de digressions de la part de l'interviewé. C'est pourquoi l'analyse de cet entretien (disponible dans le Tome III des annexes : corpus d'analyses des entretiens) a fait l'objet d'une grille d'analyse à part entière pour celui-ci. Cet entretien nous permit de donner une dimension macro au contexte de notre recherche. En effet, l'interviewé nous expliqua que le paradigme de soins dans lequel s'inscrivait son établissement reposait : sur le respect de la physiologie de l'accouchement ; sur le respect de la dignité, de la culture et de l'autonomie de la femme dans les mécanismes de la parturition ; sur la construction de la citoyenneté des femmes, des hommes et des familles et, sur le respect de l'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales qui sont, pour lui, les professionnelles idoines pour l'accouchement physiologique malgré les résistances de la part des médecins. La présentation de ce modèle de soins comportait une dimension macro puisqu'il la contextualisa au regard d'éléments historiques, sociologiques, culturels, économiques et politiques. Par ailleurs, dans la mesure où nous avons retrouvé l'ensemble de ces éléments dans notre partie sur le contexte de la naissance au Brésil, nous pouvons affirmer que même si notre étude de terrain ne s'est déroulée qu'à l'échelle de la ville de Belo Horizonte, elle est représentative du contexte brésilien mais elle est également spécifique en ce qui concerne la pratique des infirmières obstétricales au Brésil.

2.4.La distanciation par rapport à l'objet de recherche

Pour conclure cette partie sur notre démarche exploratoire, nous souhaitons mettre en évidence à travers un graphique, comment elle nous a permis de progressivement passer d'une dimension professionnelle à une dimension recherche. En effet, celle-ci a finalement représenté la distanciation nécessaire que nous devions avoir vis-à-vis de notre objet d'étude. Ainsi cette étape nous permet d'adopter un regard décalé qui interroge l'universalité de notre activité professionnelle. Elle est le « pas de côté » d'une sage-femme française qui étudie « son » activité professionnelle dans un autre contexte socio-culturel que le sien et qui représente l'étape de la décentration d'une démarche interculturelle après avoir pris connaissance de son propre système.

Figure 6 : Distanciation par rapport à l'objet de recherche



3. La qualification de notre recherche scientifique et la détermination des outils méthodologiques

Nous nous sommes appuyée sur notre cadre conceptuel et plus particulièrement sur le concept de l'interculturalité et la didactique professionnelle pour qualifier la nature de notre recherche scientifique et déterminer nos outils méthodologiques.

3.1.Méthodologies des recherches interculturelles

En fonction de l'approche paradigmatique choisie de la notion de culture, deux approches scientifiques complémentaires sont possibles pour mener une recherche interculturelle (Dasen reprenant la définition de l'UNESCO, 1984, p. 3) :

- Soit une approche comparée des phénomènes culturels (comparaison entre différentes cultures) qui est l'« étude de la diversité culturelle, avec ou sans comparaison explicite entre les cultures, [elle] permet de mieux comprendre l'ensemble des sociétés humaines, et par le miroir de l'altérité, de mieux comprendre sa propre société » (Dasen, 2002, p. 11)
- Soit une approche interactionniste entre les cultures qui est l'étude sur les processus d'interaction entre individus ou groupes relevant de différents enracinements culturels. En effet, « dans le monde actuel, les contacts entre groupes culturels se multiplient, dans des situations et pour des raisons fort diverses. Une grande partie de la recherche interculturelle porte sur l'ensemble des phénomènes liés à ces contacts » (Dasen, 2002, p. 11).

Notre recherche s'inscrit à la fois dans une approche comparée des phénomènes culturels et dans une approche interactionniste entre les cultures comme décrites ci-dessus. En effet, la

culture professionnelle des infirmières obstétricales brésiliennes se construit grâce et, en même temps, en différenciation de celle des médecins obstétriciens (approche comparée). De plus, ces deux cultures doivent apprendre à cohabiter l'une avec l'autre dans le champ de la périnatalité (approche interactionniste). A titre individuel et professionnel, nous avons également expérimenté l'interculturalité à travers ces deux approches lors de notre séjour de recherche. Pour poursuivre, nous reprenons ici une partie des propos que nous avions exposé dans notre première partie concernant l'interculturalité. En effet, nous avions déterminé grâce à Dasen (2002) que les études interculturelles relevaient essentiellement de trois types qui correspondaient à des approches disciplinaires différentes :

- Le premier type d'étude relevait de l'ethnologie, de la sociologie et de la psychologie interculturelle. Il s'agissait de « l'étude d'un phénomène à l'intérieur d'une seule culture, portant en particulier sur l'influence de la culture sur celui-ci, ou des interactions entre le phénomène en question et la culture » (Dasen, 2002, p. 11).
- Le second type d'étude relevait de la méthode comparée que l'on retrouve dans l'anthropologie. Il s'agissait de « l'étude comparative d'un phénomène dans plusieurs cultures » (Dasen, 2002, p. 11).
- Le troisième et dernier type d'étude relevait de la psychologie sociale (que nous avions déjà mobilisé dans notre introduction). Il s'agissait de « l'étude des processus mis en jeu par la rencontre de personnes d'origines culturelles différentes, ou se réclamant de deux ou de plusieurs cultures » (Dasen, 2002, p. 11).

Notre recherche s'inscrit dans les deux premiers types d'étude décrits ci-dessus c'est-à-dire dans les disciplines relevant de l'ethnologie, de la sociologie, de la psychologie interculturelle et de l'anthropologie. En effet, nous ne nous situons pas dans l'approche disciplinaire de la psychologie sociale car elle relève davantage d'un paradigme explicatif (bien que ce soit ceci que nous ayons vécu à titre individuel lors de notre séjour brésilien). La démarche explicative proposée par Doise (1982) dans le champ de la psychologie sociale propose quatre niveaux d'explication qui ne correspondaient pas à l'objectif de notre étude. Le premier niveau cherche des explications dans l'individu lui-même ; le second dans les interactions entre les individus ; le troisième dans leur position par rapport au système social et le quatrième dans un ensemble plus macro correspondant aux idéologies et institutions (Mias dans Jorro, 2014, p. 353).

Si nous continuons sur ces approches disciplinaires, c'est maintenant dans une approche structuraliste que la démarche méthodologique anthropologique décrite par Claude Lévi-Strauss (1958) prend tout son sens. En effet, selon lui, la démarche anthropologique comprend trois étapes qui permettent de passer du particulier au général et donc de s'inscrire dans une démarche méthodologique purement inductive. Pour commencer, nous trouvons l'ethnographie qui est « l'observation directe d'une unité sociale et qui s'emploie à décrire et à classer sous forme de monographies tous les aspects de la société étudiée » (Perez et al., 2002, p. 61). Pour Audy (2008), « l'ethnographie cherche à comprendre certains éléments de la culture d'un groupe dans son milieu naturel (significations culturelles, croyances et comportements sociaux, histoire du groupe). On peut étudier des individus mais aussi la culture d'une organisation, d'un programme ou encore d'un groupe social particulier » (p. 26). Pour cette dernière cette approche requiert donc une immersion du chercheur dans le milieu étudié grâce à laquelle il

pourra accumuler des connaissances à partir d'observations, d'entretiens ou encore à partir de l'examen et de l'étude d'objets ou de documents faisant partie du quotidien des individus ou du groupe. Puis nous trouvons l'ethnologie qui « s'emploie à faire la synthèse de ces descriptions, à dégager une compréhension générale de la société, géographique, historique, globale. [Elle permet de] passer au niveau des systèmes politiques, religieux, familiaux et de production, en s'interrogeant sur leurs interrelations, c'est essayer de comprendre comment la société est organisée et comment elle travaille à son devenir » (Perez et al., 2002, p. 61). Enfin, nous trouvons l'anthropologie qui utilise une démarche comparative pour analyser les différences et les similitudes de faits dans divers milieux. En effet, l'anthropologie « à travers la comparaison ou la mise en relation de divers domaines, de systèmes dégagés par l'ethnologie dans les différentes sociétés, cherche à manifester l'existence de propriétés générales de la vie sociale » (Perez et al., 2002, p. 61).

Si nous reprenons maintenant nos lectures sur l'éducation comparée, nous avions mis en évidence un lien entre celle-ci et l'anthropologie. En effet :

> Nous pouvons comparer les méthodes d'éducation comparée avec celles de l'anthropologie culturelle qui sont essentiellement qualitatives. La méthodologie anthropologique est une façon particulière d'appréhender la réalité. Son approche holiste cherche à saisir la totalité d'une société avec une démarche de type monographique comme, par exemple, des unités sociales restreintes (villages, tribus ou quartiers) accessibles au regard d'un observateur. Le chercheur apprend à connaître les interviewés et à vivre avec eux. L'échantillon de son étude de cas ne représente pas toujours la population d'un pays. (Perez et al., 2002, p. 61)

Il en est de même pour l'éducation interculturelle qui s'approprie aussi la méthodologie de l'anthropologie culturelle pour analyser les faits éducatifs en partant aussi du principe qu'on ne peut comparer que ce qui est comparable. Ceci implique alors d'être extrêmement vigilant à la qualité des données et à ce qu'elles recouvrent c'est-à-dire que cela implique d'expliciter le contexte dans lequel ces données ont été recueillies. C'est dans cette perspective que nous avions pu résumer quelques éléments méthodologiques essentiels à retenir pour une démarche scientifique en éducation comparée selon Groux (1997) et que nous reprenons :

La démarche première consiste à identifier les éléments du système : acteurs, pratiques, fonctionnements, outils, choix offerts et résultats.

La seconde démarche consiste à établir des analogies entre ces objets étudiés dans des contextes différents.

La démarche de l'analyse systémique est souvent utilisée car elle présente l'avantage d'approcher la réalité éducative dans son ensemble (finalités, objectifs, acteurs, pratiques, fonctionnements, outils, résultats) et de l'étudier en relation avec son contexte. Elle s'apparente à la démarche structuro-fonctionnaliste et à l'approche structuraliste par la vision globale qu'elle propose et par l'étude des interrelations entre les éléments du système.

La méthodologie de la comparaison se conçoit par rapport à une prise en compte du contexte dans ses dimensions économique, historique, politique et culturelle. Le principe de contextualisation est essentiel en éducation comparée.

Ainsi, Groux (1997) attire notre attention sur l'analyse du contexte dans lequel la recherche prend place. Cette contextualisation nous oriente vers un premier outil méthodologique celui de l'étude de textes que nous appellerons « de référence » au regard d'un système culturel donné. De plus, Perez et al. (2002) indiquaient que l'approche holiste de la méthodologie anthropologique « cherche à saisir la totalité d'une société avec une démarche de type monographique comme, par exemple, des unités sociales restreintes (villages, tribus ou quartiers) accessibles au regard d'un observateur. Le chercheur apprend à connaître les interviewés et à vivre avec eux » (p. 61). Cette citation nous oriente maintenant vers deux autres outils méthodologiques : les observations et les entretiens.

3.2.Méthodologies en didactique professionnelle

Si nous prenons maintenant l'entrée par l'analyse de l'activité et la didactique professionnelle, Pastré indique qu'« analyser le travail, c'est principalement aller observer l'activité, même si pour entrer dans l'analyse de l'activité il faut commencer par une analyse de la tâche. Pour faire une analyse du travail, il faut aller sur le terrain, observer et enregistrer ce que font les acteurs. On peut, bien sûr, compléter cela par des entretiens ; mais, que l'on procède par observation ou par entretien, le primat de l'activité est central » (Pastré, 2014, p. 35). Là encore nous retrouvons les trois mêmes outils méthodologiques. En effet, une étude de textes pour analyser la tâche et son ou ses contexte(s) semble indispensable dans une perspective de développement professionnel qui « est le produit d'une interdépendance entre le vécu personnel, le vécu professionnel et l'organisation de l'institution. Ainsi, pour comprendre l'évolution des pratiques et des modes de pensée des professionnels, il est nécessaire de prendre en compte les éléments des conditions (sociales, relationnelles, organisationnelles, institutionnelles, culturelles, etc.) d'exercice professionnel (Mukamurera, 2002) » (Lefeuvre et al., 2009, p. 278). Puis, pour aller à la rencontre de cette tâche sur le terrain, il convient de le faire à travers des observations et des entretiens. Pour aller plus loin dans ce sens nous citons de nouveau Lefeuvre et al. (2009) concernant les observations centrées sur la situation d'activité :

> L'activité et la situation sont indissociables l'une de l'autre. Dans cette catégorie, peuvent être cités les travaux de la didactique professionnelle (Pastré, 2002, 2005). Ils ont pour objectifs de mettre à jour les invariants opératoires sur lesquels s'appuie les individus pour agir. … A partir des liens entre ces invariants, le chercheur construit la structure conceptuelle qui organise la pratique professionnelle. Cette conceptualisation rend compte des schèmes organisateurs de l'action. Le travail ethnographique peut également être intégré dans cette catégorie de méthode d'observation (Geertz, 1983). Les données recueillies par l'observation participante, complétée parfois par des entretiens plus ou moins structurés, permettent une immersion totale du chercheur au sein de la situation de l'activité (Jodelet, 2003). Cette méthode qui s'appuie au début sur

> une "analyse spontanée" a pour fonction ensuite d'organiser les informations collectées de manière systématique au moyen de classification et de catégorisation. L'objectif est de donner au matériau une organisation qui va permettre la production d'une intelligibilité de la situation d'activité au moyen de concepts et de théories. La démarche ethnographique correspond au mode d'enquête de terrain privilégié dans les démarches qualitatives. L'observation participante demande de la part de l'observateur un "effort d'objectivation maximal" pour maîtriser les effets de sa position d'observateur sur les données de terrain puis les effets d'imposition d'une vision qui est propre à l'observation (idéologie, normes morales, opinions, etc.). (pp. 305-306)

Le lien fait ici avec le travail ethnographique et la recherche qualitative est tout particulièrement intéressant pour nous et abonde dans le sens d'une cohérence de notre démarche méthodologique. Enfin, concernant les entretiens ou les entrevues Lefeuvre et al. indiquent qu'« elle[s] vise[nt] à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les raisons d'agir des individus à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations particulières » (2009, p. 303).

3.3.L'étude de cas et les outils méthodologiques retenus

Du point de vue méthodologique, nous pouvons affirmer que notre recherche relève de l'étude de cas d'un groupe social entendue au sens de la tradition de recherche nous venant principalement de la sociologie et de l'anthropologie. En effet, en ce qui concerne l'échelle de notre étude de terrain, elle est de type monographique puisqu'elle s'est limitée à une ville du Brésil uniquement mais notre recherche se distingue par son caractère approfondi ce qui relève justement d'une étude de cas. Selon Hamel (1997) cité par Leplat (2002) « l'étude de cas consiste donc à rapporter un évènement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder » (p. 2). Nous précisons que ce contexte est à la fois externe (conditions physiques, techniques et organisationnelles) et interne (caractéristiques du sujet qui déterminent et donnent sens à son activité). Cette approche se veut donc complexe dans le sens où elle nécessite le recours à différentes disciplines et à différentes méthodes. En effet, comme le souligne de nouveau Hamel (1997) cité par Leplat (2002) « l'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entrevue semi-directive et l'une ou l'autre des techniques d'analyse du contenu (…) La variété des méthodes s'inscrit dans ce but de croiser les angles d'étude ou d'analyse (p. 103) » (p. 3). Nous retrouvons cette caractéristique de l'étude de cas avec Audy (2008) quand elle indique « étant donné que cette approche vise à décrire un phénomène de façon exhaustive, le chercheur aura recours à une multitude de sources de données, allant de l'observation participante aux entretiens en passant par l'examen documentaire et la description détaillée du milieu, pour ne nommer que celles-là » (p. 27).

Devant cette complexité, Leplat (2002) indique alors qu'Hamel parle de « triangulation des données » ayant pour objectif de « croiser les points de vue, de tisser un réseau qui fera apparaître l'organisation du cas » (p. 3). En plaçant l'objet d'étude sous différents éclairages,

l'idée est de lui donner tout son relief. La triangulation des données faisait, à l'origine, « référence à l'utilisation de trois méthodes de recherche ou plus pour analyser les données. Maintenant comprise de façon plus large, elle désigne l'utilisation de plus d'un procédé sur une même population. Le recours à cette méthode s'impose quand les phénomènes étudiés sont complexes et que l'on a besoin de les mettre en lumière le plus complètement possible » (Audy, 2008, p. 42). Non seulement la triangulation permet d'enrichir la compréhension des phénomènes étudiés mais elle permet également de renforcer la validité et la crédibilité de la recherche scientifique en ce qui concerne les données, l'interprétation des résultats et la limitation des biais du chercheur. Il existe différentes formes de triangulation : des données, opérationnelle, des théories et méthodologique. La triangulation est adaptée à notre recherche car elle « conviendrait mieux à une recherche qualitative s'inscrivant dans une perspective paradigmatique postpositiviste, pour laquelle la question de la généralisation des résultats est importante » (Audy, 2008, p. 43).

Du point de vue de l'analyse de l'activité et de la didactique professionnelle, l'étude de cas a deux visées : l'une pragmatique et l'autre scientifique. C'est-à-dire que l'étude de cas « vise non seulement à trouver une solution au cas particulier considéré, mais à dégager aussi le principe de cette solution exploitable à l'étude d'autres cas » (Leplat, 2002, p. 6). C'est ce que nous avons tenté de réaliser avec notre recherche en étudiant la maïeutique dans le cas précis du Brésil tout en essayant de la conceptualiser afin d'interroger son universalité dans d'autres contextes (ouvertures et perspectives de notre recherche). A ce moment l'étude de cas portera sur plusieurs cas et « le chercheur examinera en profondeur chacun d'entre eux pour ensuite montrer les similitudes et les différences qui existent entre eux » (Audy, 2008, p. 27).

Nos outils méthodologiques ont donc essentiellement été déterminés par et avec notre cadre conceptuel car ces derniers devaient pouvoir nous permettre de répondre à nos objectifs de recherche. En effet, que ce soit avec l'interculturalité et la sociologie ou encore avec la professionnalisation et la didactique professionnelle, les outils méthodologiques utilisés pour mener des recherches dans ces champs se recoupaient. Par exemple, en sociologie : « les relations entre deux acteurs sociaux - ce que l'on désigne habituellement par l'interaction - s'expriment à différents niveaux : celui des représentations, qui s'énoncent notamment à travers le discours des acteurs, celui des relations interpersonnelles des individus ou des groupes, observables dans des situations concrètes de face-à-face, et enfin celui des rapports sociaux existant entre les groupes en présence ; ces niveaux sont relativement autonomes et peuvent même parfois engendrer des attitudes contradictoires » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 52). Ainsi, avoir recours à des entretiens et à des observations semblait aussi être pertinent dans une approche sociologique et anthropologique d'autant que leur confrontation permet d'évaluer la nature contradictoire ou non des attitudes. Du point de vue de la didactique professionnelle, nous retrouvions également ces outils méthodologiques. Enfin, nous avons également vu qu'une étude de textes dits « de référence » était essentielle à la contextualisation de la recherche et de ses données empiriques. C'est ainsi que nous nous sommes inscrite dans une triangulation de nos données qui « consiste à utiliser plusieurs sources d'information ou des sources aux perspectives variées. Elle permet de s'assurer de la justesse des données » (Audy, 2008, p. 42).

Parmi les différents types d'observations possibles, nous avons fait le choix de l'observation directe c'est-à-dire « celle où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens de l'observation » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 150). Ainsi, il nous était possible de capter les comportements au moment où ils se produisaient sans aucun intermédiaire. Nous précisons également que ces observations directes étaient non participantes et en milieu naturel (professionnel et de formation). Ainsi, nous ne participions pas à la vie active du groupe même s'il est arrivé que nous ayons dû intervenir une fois devant l'imminence d'un accouchement. Nous avons malgré tout retrouvé une caractéristique de l'observation participante dans notre démarche car « l'implication intime dans la vie d'un groupe ou d'une communauté peut affecter en profondeur le chercheur dans sa propre vision de l'existence et du monde ainsi que dans son lien aux autres » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 175). En effet, nous avons d'abord été dans un modèle interactionniste de l'observation qui favorise « l'émergence d'une perspective d'ethnocentrisme critique [dans laquelle] le chercheur prend conscience de ses propres préjugés culturels » (Audy, 2008, p. 36). Puis nous avons progressivement évolué vers le modèle d'imprégnation de l'observation qui favorise « une intégration maximale au milieu de manière à accéder aux perspectives que vivent les acteurs » (Audy, 2008, p. 36). Nous n'avons jamais réussi à nous situer dans le modèle de retrait de l'observation qui cherche à neutraliser « les particularités socioculturelles du chercheur » (Audy, 2008, p. 36).

En ce qui concerne le choix de nos entretiens, nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif. Ainsi, cette technique d'entretien nous a permis de « laisser venir » nos interviewés tout en nous assurant un recueil d'informations répondant à nos hypothèses élaborées au regard de notre cadre conceptuel. Nous voulions donc pouvoir abordés des points nous semblant importants pour affirmer ou infirmer nos hypothèses tout en permettant à l'interviewé de s'exprimer librement sur leur activité. C'est pourquoi nous avons exclu les entretiens libres et directifs. De plus, la technique de l'entretien est particulièrement adaptée pour « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs représentations sociales, leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences, etc. » ou encore pour « l'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vues en présence, ses enjeux, les systèmes de relations, le fonctionnement d'une organisation, etc. » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 172).

Enfin, « la méthode de l'entretien, suivie d'une analyse de contenu, est certainement la plus utilisée en parallèle avec les méthodes d'observation. Leur complémentarité permet en effet d'effectuer un travail d'investigation en profondeur qui, lorsqu'il est mené avec la lucidité et les précautions d'usage, présente un degré de validité satisfaisant » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 177). Cette complémentarité des méthodes nous fait penser à la *field research* ou étude sur le terrain. En effet :

> Elle consiste à étudier les situations concrètes dans leur contexte réel. Utilisée par les anthropologues et les sociologues, la *field research* met en œuvre une pluralité de méthodes. Elle combine le plus souvent l'observation participante, les entretiens semi-directifs et l'analyse secondaire … Initialement appliquée à l'étude des sociétés

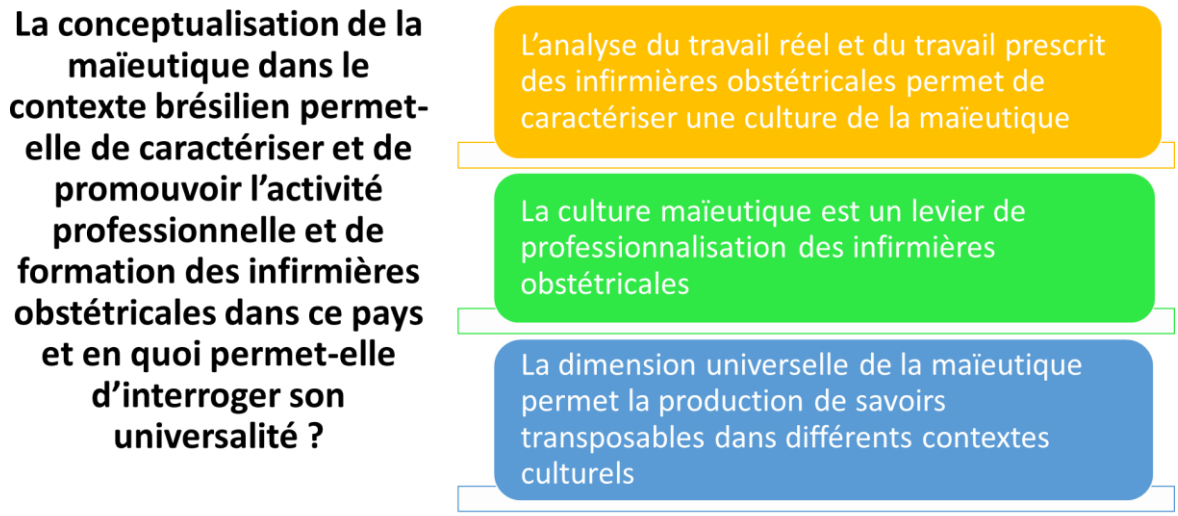
primitives lointaines, la *field research* est actuellement conciliable avec divers champs de recherche en sciences sociales, notamment la sociologie du travail, de la santé ou de l'éducation. Elle se penche sur des groupes particuliers dont elle tente de saisir les comportements et les interactions. (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 214)

En plus de la complémentarité des méthodes, ce qui fait particulièrement sens pour nous dans cette démarche méthodologique est que nous n'avons pas toujours procédé selon un ordre chronologique et séquentiel entre notre construction théorique et notre travail empirique. Les deux s'étant mutuellement nourris et de façon non linéaire. Cela dit, nous nous sommes toujours efforcée d'assurer en tout temps la cohérence de l'ensemble de notre démarche de recherche.

3.4.En synthèse de cette partie

Nous rappelons pour commencer notre problématique ainsi que nos hypothèses :

Figure 7 : Rappel de notre problématique et de nos hypothèses



Nous rappelons également que les objectifs opératoires de notre recherche étaient d'analyser l'activité maïeutique dans ses dimensions professionnelle et de formation au niveau local de la ville de Belo Horizonte et de conceptualiser la maïeutique afin d'interroger son universalité.

Compte tenu de l'orientation de notre travail, nous visions la description et la compréhension de l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales brésiliennes. Nous souhaitions faire surgir le sens que les acteurs de la maïeutique lui donnaient après l'avoir décrite. Pour comprendre ces réalités, il fallait donc que nous puissions avoir accès aux comportements, aux mots, aux discours, aux opinions et aux représentations de ces acteurs c'est-à-dire à des données descriptives et compréhensives. L'approche méthodologique qualitative est « une approche centrée sur l'être humain, qui souligne l'importance de comprendre la vision du monde des personnes. Cette approche nécessite que les chercheurs comprennent comment les individus interprètent et donnent un sens à ce qu'ils disent et à ce

qu'ils font, et à d'autres objets dans le monde (y compris les autres personnes), avec lesquels ils sont en rapport » (Audy, 2008, p. 7). De plus, la recherche qualitative s'intéresse « non seulement aux individus mais aussi au fonctionnement des organisations, aux relations entre les individus et les groupes ainsi qu'aux environnements sociaux » (Audy, 2008, p. 8). C'est pourquoi l'approche quantitative ne nous paraissait pas appropriée étant donné les cadres d'analyse convoqués (interculturalité et analyse de l'activité).

Ainsi, en inscrivant notre recherche dans l'interculturalité et l'analyse de l'activité, nous pouvons la qualifier de recherche qualitative ; inductive et monographique de type ethnographique et relevant essentiellement d'un paradigme descriptif (visant la description des activités professionnelles et de formation) et compréhensif (visant les sens des phénomènes). De plus, nous avons pu déterminer nos outils méthodologiques qui ont été la réalisation d'une étude documentaire, d'observations directes non participantes en milieu naturel et d'entretiens semi-directifs. Cette triangulation de nos données nous a ainsi permis de limiter les biais de compréhensions et/ou d'interprétations et ainsi de renforcer la rigueur scientifique de notre recherche. En effet, elle nous a permis de croiser nos données et d'effectuer une double analyse et interprétation de celles-ci ce qui faisait particulièrement sens pour nous dans la mesure où nous étions dans la posture d'une chercheure étrangère.

Pour continuer nous présentons maintenant les deux démarches correspondant à la constitution de nos données de recherche. En effet, pour répondre à notre problématique et à nos hypothèses, nous devions étudier le travail prescrit et le travail réel. C'est pourquoi nous nous sommes tournée vers des textes de recommandations et des référentiels pour traiter de la dimension du travail prescrit et c'est ce qui a constitué la démarche documentaire de notre étude. Puis nous devions étudier le travail réel et c'est ainsi que nous nous sommes alors tournée vers des observations directes et des entretiens semi-directifs auprès des catégories d'acteurs suivantes : les infirmières obstétricales, les patientes, les professeurs et coordinateurs des formations et les étudiants infirmiers se spécialisant en obstétrique. C'est ce qui a constitué la démarche de terrain de notre étude.

4. La démarche documentaire

Comme nous l'indiquions, la recherche documentaire nous a permis d'étudier le travail prescrit. Dans la mesure où notre objet d'étude portait sur l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil, nous avons effectué un recensement documentaire portant sur ces deux dimensions. De plus, nous avons également effectué ce recensement à plusieurs échelles et niveaux (une échelle internationale et une échelle nationale) pour pourvoir interroger par la suite l'universalité de la maïeutique. Au total,

ce sont donc douze textes qui ont été étudiés : six concernaient l'activité professionnelle et six concernaient l'activité de formation. Nous n'avons pas procédé à une analyse de chacun de ces textes à l'aide d'une grille d'analyse car notre objectif n'était pas d'effectuer une lecture critique de textes scientifiques. En effet, notre but était une étude approfondie de ces textes (littérature grise) afin d'en présenter le contenu. La constitution de ce corpus de textes s'est réalisée avant, pendant et au retour de notre séjour de quatre mois au Brésil consacré à la récolte de nos données. Nous résumons dans le tableau ci-dessous, les documents sur lesquels nous nous sommes appuyée pour mener ce travail.

Tableau 13 : Les textes de notre recherche documentaire

Titre	Auteur(s)	Année	Nature	Echelle	Source
Maïeutique **Résumé analytique de la série du *Lancet***	Publication collective	2014	Recommandations professionnelles	Internationale	Revue scientifique *The Lancet*
Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement **Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être**	OMS	2018	Recommandations professionnelles	Internationale	Internet
L'état de la pratique de sage-femme dans le monde **Résumé analytique**	UNFPA OMS ICM	2021	Recommandations professionnelles	Internationale	Internet
Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme	ICM	2002 2013 2018	Référentiel de compétences métier	Internationale	Internet
Résolution *COFEN* n°516/2016 du 23 Juin 2016	COFEN	2016	Réglementation professionnelle	Nationale	Internet
Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal	Ministère de la Santé brésilien	2016	Recommandations professionnelles	Nationale	Internet
Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié	OMS ICM FIGO	2005	Recommandations en formation	Internationale	Internet
Compétences fondamentales des	OMS	2013	Référentiel de compétences de formateurs	Internationale	Internet

formateurs de sages-femmes					
Normes globales de formation des sages-femmes	ICM	2010 2013	Recommandations en formation	Internationale	Internet
Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica	Ministère de la Santé Coordinatrice Marli Vilela Mamede	2013	Référentiel de formation initiale	Nationale	Ecole en soins infirmiers de l'UFMG
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) Rede Cegonha	Ministère de la Santé Ecole en soins infirmiers de l'UFMG Coordinatrice Kleyde Ventura de Souza	2016	Référentiel de formation initiale	Nationale	Ecole en soins infirmiers de l'UFMG
Curso de Aprimoramento para Enfermeiras (os) Obstétricas (os), com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha – Ministério da Saúde	Ecole en soins infirmiers de l'UFMG Coordinatrice Kleyde Ventura de Souza	2015	Référentiel de formation continue	Nationale	Hospital Sofia Feldman et Ecole en soins infirmiers de l'UFMG

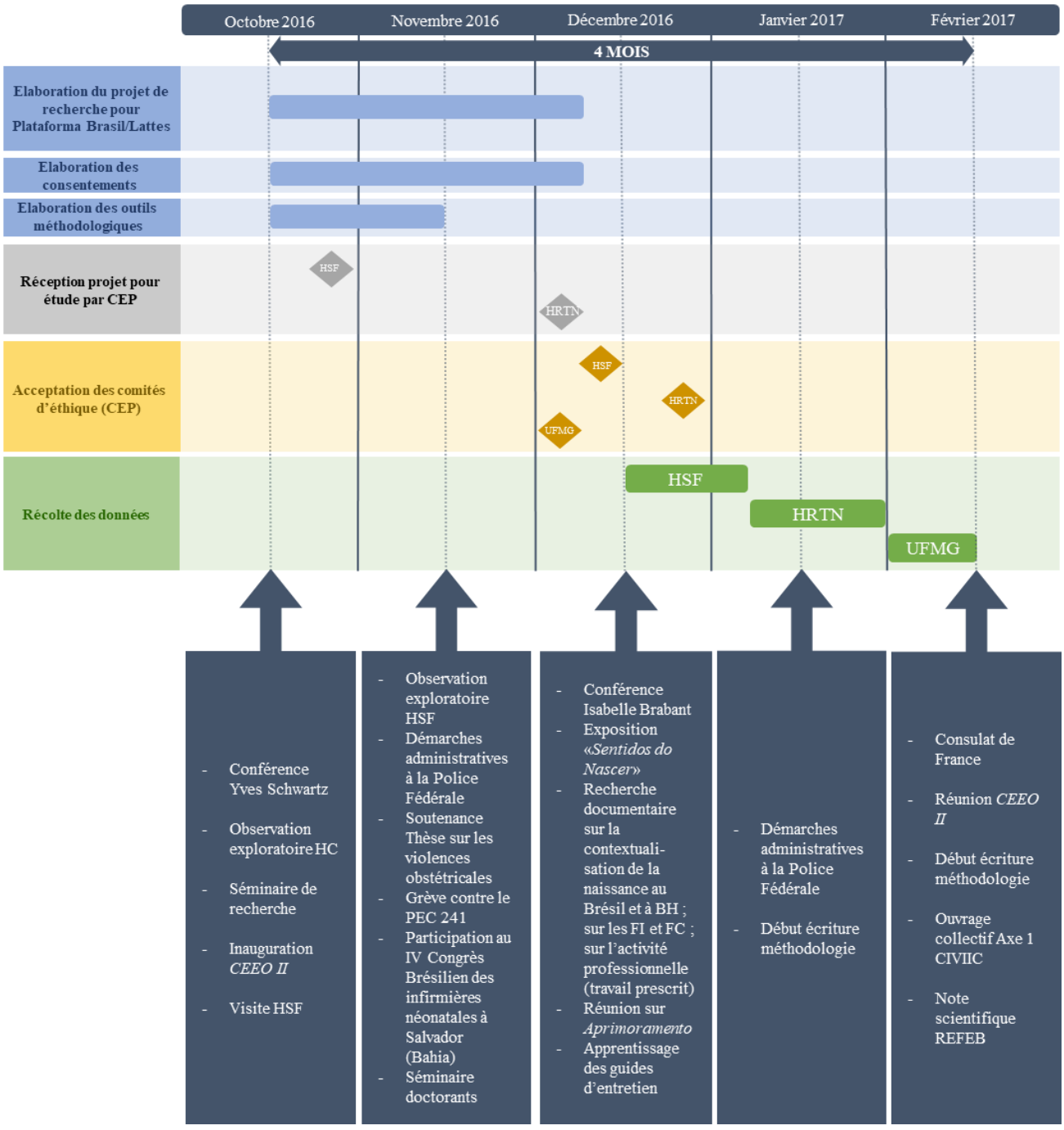
L'ensemble de ce corpus de textes nous a permis d'apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses.

5. La démarche de terrain

5.1.Les temporalités des quatre mois au Brésil

Pour débuter la présentation de notre démarche de terrain nous rappelons que celle-ci a pu s'effectuer grâce à l'obtention d'une bourse par le REFEB d'une durée de quatre mois. Elle s'est plus précisément déroulée du 13 Octobre 2016 au 18 Février 2017 dans la ville de Belo Horizonte, État du Minas Gerais au Brésil. Afin de rendre compte de notre parcours et de nos activités durant ces quatre mois, nous les présentons ici sous la forme d'un diagramme et en Annexe 15 sous la forme plus complète d'un tableau. Ainsi, nous pouvons rapidement identifier que les deux premiers mois de notre séjour ont été consacrés à la préparation de notre récolte de données et les deux derniers à la réalisation effective de celle-ci.

Figure 8 : Temporalités des quatre mois au Brésil du 13.10.2016 au 18.02.2017



En plus de leur aspect purement scientifique, ces quatre mois ont également été rythmés par notre acculturation puisque nous avons dû apprendre à vivre au quotidien dans un pays que nous ne connaissions que très peu. En effet, les seules fois où nous nous étions rendue au Brésil étaient lors de nos missions professionnelles. Or, ces missions professionnelles étaient tellement cadrées en termes de programme et de logistique (hôtels, chauffeurs, repas etc.) que nous n'avions pas eu à nous soucier d'une quelconque organisation pour évoluer de manière autonome dans ce pays. C'est donc ce que nous avons dû apprendre à faire très rapidement dès

notre arrivée sur le territoire brésilien en plus de continuer à développer notre apprentissage de la langue. C'est ainsi que nous avons dû réapprendre à nous organiser pour assurer nos besoins essentiels comme nous loger, nous nourrir et nous déplacer seule d'un point A à un point B que ce soit en transports en commun ou en voiture. Nous avons également dû, à plusieurs reprises, honorer des rendez-vous à la Police Fédérale afin d'être en règle du point de vue administratif sur le territoire brésilien. Force a été de constater que l'ensemble de ces nouveaux apprentissages en « terre inconnue » étaient à la fois une source d'épanouissement mais également de fatigue causée par la charge mentale que tout ceci engendrait et dont nous n'avions pas toujours conscience. Fort heureusement nous avons pu compter sur de nombreux soutiens humains (que nous remercions encore une fois) pour vivre cette expérience et faire de celle-ci l'une des plus belle de notre vie personnelle, professionnelle et de chercheure.

Nous poursuivons maintenant par la présentation des deux grandes étapes ayant rythmées l'entièreté de notre séjour de recherche au Brésil à savoir la phase de préparation de la récolte de nos données et la phase effective de la récolte de nos données.

5.2.La réalité de la recherche au Brésil : éthique de la recherche scientifique

Nous avons très vite été confrontée à une première difficulté qui aurait pu être anticipée de la France si nous avions eu au préalable connaissance du contexte de la recherche scientifique au Brésil. En effet, c'est seulement sur place que nous avons découvert les procédures réglementaires pour y effectuer une recherche. Ces procédures réglementaires consistent en un cadrage de la recherche scientifique[117] reposant sur quatre principes éthiques : le respect des personnes participantes à la recherche ; la bienfaisance de la recherche ; l'absence de malfaisance liée à la recherche et la justice. Bien que fort pertinent, ce cadrage éthique impose au minimum un délai de trois mois pour que l'ensemble du processus soit effectif et puisse permettre à une équipe de chercheurs d'effectuer son étude sur le terrain. En effet, chaque

[117] En France, depuis l'entrée en vigueur le 25 mai 2018 du règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), la communauté scientifique, notamment dans les domaines des sciences humaines et sociales, a dû s'interroger quant à la compatibilité des travaux de recherche avec cette nouvelle réglementation. Ainsi, les principes de cette réglementation doivent être suivis et respectés pour toutes les recherches et par chaque établissement d'enseignement supérieur et de recherche ainsi que par toutes les institutions qui financent de la recherche. C'est ainsi que le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) « s'est doté d'un comité d'éthique et engage des réflexions sur les questions d'éthique générale suscitées par la pratique de la recherche et liées aux conséquences sociales et morales du progrès de la connaissance, aux principes qui régissent les comportements individuels, à l'exercice de la science elle-même » (CNRS, 2021, p. 10). Quant à l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), elle « a adopté en juin 2014 une politique d'éthique et d'intégrité scientifique qui décrit les principes fondamentaux que doivent respecter tous les acteurs de la recherche ainsi que les droits et les devoirs de ceux qui évaluent et soutiennent l'activité scientifique. Depuis 2019, l'ANR impose la réalisation d'un Plan de Gestion des Données (ou DMP : Data Management Plan) pour tous les projets retenus » (CNRS, 2021, p. 10).

projet de recherche doit être déposé sur la « *Plataforma Brasil* » accompagné des documents demandés (explications ci-après) afin qu'il puisse être étudié par les « *Comitê de Ética em Pesquisa* » (CEP) de chaque institution sollicitée pour participer à la recherche. Ces comités d'éthique discutent de chaque projet de recherche afin de garantir le meilleur déroulement de celle-ci et le respect de l'autonomie des participants. Ils évaluent également la balance bénéfices-risques de la recherche en essayant de minimiser les malfaisances prévisibles ou inévitables liées à celle-ci. Chaque comité d'éthique est indépendant, c'est-à-dire qu'il ne prend pas part à la recherche et est capable de souligner des éléments de développement de celle-ci au chercheur. Il s'agit donc d'un véritable dialogue qui s'instaure entre le comité d'éthique et le chercheur, nécessitant de nombreux allers-retours chronophages afin que la recherche puisse répondre aux exigences de chaque institution. Car il existe autant de comités d'éthique qu'il existe d'institutions. De ce fait, le chercheur qui souhaite effectuer une recherche dans plusieurs lieux (ce qui était notre cas), doit respecter la procédure que chaque institution impose avant que son projet de recherche ne puisse être étudié par le comité d'éthique. Il a donc fallu que nous prenions connaissance des démarches à effectuer dans chaque établissement avant que nos demandes ne soient étudiées par les CEP. Il s'agissait, la plupart du temps, de remplir les documents administratifs de l'institution, de fournir les documents demandés liés à la recherche et de prendre contact avec les coordinateurs des services hospitaliers concernés par la recherche ou les responsables de la cellule gérant l'enseignement et la recherche des établissements choisis pour notre étude afin que ces derniers puissent déjà attester d'un lien effectif et fournir par écrit sous la forme d'une « *Carta de Anuência* » (Annexes 16 et 17), une autorisation d'effectuer la recherche dans leur secteur. Ces procédures devaient avoir été effectuées avant les dates de réunion des comités d'éthique qui se réunissent en moyenne une fois par mois. Puis nous devions attendre les réponses et propositions des CEP, effectuer les modifications demandées et ainsi, jouer le jeu des allers-retours entre eux et nous avant leur approbation finale sous la forme d'un « *Parecer* » (Annexes 16, 17 et 18). Voici, la synthèse des dates de ces démarches dans les différentes structures sollicitées pour notre recherche :

Tableau 14 : Synthèse chronologique de l'organisation de la récolte des données

	Hospital Sofia Feldman (HSF)	***Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)***	***Escola de Enfermagem UFMG***
Carta de Anuência	19/10/16	29/11/16	-
Réception du projet pour étude par les CEP	27/10/16	02/12/16	-
1er retour des CEP	18/11/16	19/12/16	-
2ème retour des CEP	09/12/16	-	-
Acceptation du projet par les CEP	14/12/16	30/12/16	01/12/16

Début de la récolte des données	19/12/16	08/01/17	03/02/17
Fin de la récolte des données	07/01/17	29/01/17	18/02/17

Nous revenons maintenant sur la procédure de dépôt des projets de recherche sur la « *Plataforma Brasil* ». Celle-ci a nécessité une charge de travail conséquente dans un pays que nous découvrions et dont nous ne maitrisions pas la langue. Il a donc fallu, pour toutes les étapes qui vont être décrites plus bas, effectuer une traduction des documents du portugais en français ou du français en portugais avec ou sans l'aide d'un traducteur. Cependant, tout au long des démarches liées à la recherche, nous avons pu compter sur l'accompagnement, l'aide et le soutien incommensurables de Luana Leite, infirmière obstétricale et boursière du programme de la post-graduation de l'école en soins infirmiers de l'UFMG (notre université d'accueil). La « *Plataforma Brasil* » est une base nationale et unifiée qui enregistre les recherches permettant ainsi un accompagnement de ces dernières quand elles se déroulent dans plusieurs lieux. En effet, c'est de cette base unique de dépôt d'informations relatives à une recherche que les comités d'éthique se servent pour rendre leur décision d'approbation ou non de celle-ci dans leur institution. Le cahier des charges pour le dépôt d'un projet de recherche sur la « *Plataforma Brasil* » est un cahier des charges très strict et souvent difficile à satisfaire, relatif aux données générales de la recherche (projet et domaines d'application par exemple), à l'équipe de chercheurs et au chercheur principal. Les données relatives aux chercheurs doivent être des informations curriculaires et administratives officielles enregistrées sur une autre plateforme, la plateforme « *Lattes* » rattachée au « *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* » (CNPq). Le CNPq a été crée en 1951 par la Loi n°1.310 et est un organe du Ministère de la Science, de la Technologie et de l'Innovation destiné à promouvoir la recherche au Brésil. Cet organisme permet de recenser par l'intermédiaire de sa plateforme virtuelle « *Lattes* », les chercheurs, les groupes de recherches et les différentes institutions effectuant de la recherche. Cette plateforme fut créée pour faciliter les actions de planification, de gestion et d'opérationnalisation pour la promotion de la recherche. Nous avons donc dû nous y inscrire (Annexe 19). Concernant la « *Plataforma Brasil* », nous avons dans un premier temps pris connaissance de la procédure détaillée permettant de déposer un projet de recherche. Nous précisons que devant la complexité de cette procédure, il existe des tutoriels pour guider les chercheurs. Ainsi les données de notre projet de recherche, devaient contenir les informations suivantes :

- Le titre et la conception du projet ;
- Le résumé et les mots-clés associés à la recherche ;
- Une introduction détaillant les contextes de la recherche théorique et pratique justifiant ainsi la pertinence de celle-ci ;
- La problématique, la ou les hypothèses associée(s) et l'objectif principal de la recherche ;
- La méthodologie détaillée de la recherche incluant des données quantitatives, ce qui a représenté une difficulté pour nous puisque notre recherche se situait dans le

domaine qualitatif. La méthodologie devait expliquer avec précision la séquence du déroulement de notre étude (recensement documentaire puis observations directes puis entretiens semi-directifs) ; le processus de recrutement des participants à l'étude avec les critères d'inclusion et d'exclusion de ces derniers ; la procédure pour recueillir leur consentement oral et écrit avant leur participation à l'étude ; les outils utilisés pour la récolte des données et leur exploitation (méthode(s) d'analyse des données) ; les raisons pour lesquelles une personne pouvait refuser de participer à l'étude ; la garantie de la préservation de l'anonymat de la personne et de la confidentialité des données relatives à la recherche et la durée prévue de l'étude dans chaque institution ;

- Les risques inhérents et les bénéfices attendus de la recherche ;
- Les perspectives de la recherche et enfin,
- Des références bibliographiques.

La version définitive de ces informations relatives à la présentation de notre recherche devait être annexée sur la plateforme en compagnie d'autres documents, qui étaient : les termes de consentement libre et éclairé, le calendrier prévisionnel de la recherche, le budget prévisionnel de la recherche, les outils servant à la récolte des données, les autorisations des secteurs hospitaliers et universitaires et l'avis favorable de notre université d'accueil à la réalisation de notre recherche (soutien institutionnel attestant d'un rattachement à un chercheur responsable reconnu au Brésil, sorte de garant scientifique). L'ensemble de ces documents se trouve en Annexe 20. En ce qui concernait les termes de consentement libre et éclairé des participants à la recherche (TCLE pour « *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* »), ils étaient obligatoires en lien avec la Résolution du Conseil National de Santé n°466/12 datant de 2012. Cette résolution impose que le TCLE contienne les informations suivantes en langage accessible aux destinataires :

- La description de la recherche (justification, objectifs) en précisant de quelle manière la personne va concrètement participer à la recherche ;
- La description du respect de la confidentialité et de l'anonymat de la personne et des données issues de la recherche en précisant que ces dernières sont accessibles aux participants de la recherche qui souhaitent y avoir accès ;
- La description des gênes, risques et bénéfices de la recherche. Il est rappelé dans cette partie que le participant à la recherche peut interrompre sa participation à la recherche à n'importe quel moment de celle-ci ;
- L'identité et les coordonnées (adresse postale, téléphone et e-mail) des chercheurs afin que le participant de la recherche puisse les contacter en cas de doute sur le sérieux de la recherche ou de ses intentions. C'est pourquoi chaque TCLE était signé en double exemplaire. Un exemplaire était laissé au participant de la recherche et un autre était archivé par le chercheur principal. Les coordonnées des comités d'éthique ayant validés le projet de recherche devaient également figurer sur le consentement, en plus de celles de l'établissement hospitalier ;
- Les références réglementaires des TCLE ;
- La déclaration de participation bénévole à la recherche.

Il a parfois été difficile de recueillir les consentements oral et écrit avant le début des séquences d'observations des pratiques des professionnels. En effet, le caractère urgent de certaines prises en charge en salle de naissance et la délicatesse de la situation observée (travail ou accouchement) rendait difficile l'obtention de l'attention de la patiente pour lui expliquer notre recherche et obtenir son consentement. Il est donc arrivé que les consentements aient été signés à la fin de la prise en charge de la patiente, mais pour toutes les autres catégories d'acteurs les consentements ont été signés avant le début de la récolte des données. Nous avons dû rédiger quatre types de TCLE : un pour les observations des infirmières obstétricales et des étudiants ; un pour les observations des professeurs-coordinateurs et des étudiants ; un pour les entretiens des infirmières obstétricales, des étudiants et des professeurs-coordinateurs et un pour les observations et les entretiens des patientes.

5.3.La récolte des données empiriques à travers les observations directes et les entretiens semi-directifs

5.3.1. Le choix des lieux d'étude (institutions)

Le choix des lieux d'enquête s'est réalisé au regard de l'objectif général de notre étude à savoir analyser l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales au Brésil et ceci, au regard des volontés politiques du *Rede Cegonha* de les insérer dans le champ de la périnatalité. Pour cela, il nous fallait donc pouvoir avoir accès à des terrains permettant d'explorer la dimension professionnelle ainsi que la dimension de formation et qui mettent en œuvre les directives politiques du pays. Notre choix s'est donc porté sur trois institutions de la ville de Belo Horizonte : l'*Hospital Sofia Feldman* (HSF), l'*Hospital Risoleta Tolentino Neves* (HRTN) et l'école en soins infirmiers (*Escola de Enfermagem*) de l'Université Fédérale du Minas Gerais (*Universidade Federal de Minas Gerais* UFMG).

L'Hospital Sofia Feldman (HSF)

Historiquement, cette institution a été fondée grâce au mécénat (Donation de Mr Feldman dont la femme s'appelait Sofia) et grâce à des médecins d'orientation politique communiste. Dans cette perspective, elle a été construite par la communauté en 1982 dans l'un des quartiers les plus pauvres de la ville de Belo Horizonte. Le projet était alors de pouvoir offrir à cette population sans couverture de soins, des soins de proximité mais aussi et surtout des soins de qualité basés sur les recommandations de bonnes pratiques en ce qui concernait les soins aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles. En 1982, lors de sa création, la maternité comptait alors six lits regroupés dans un système de logement commun et six lits de pédiatrie. Le premier accouchement y fut réalisé le 10 novembre 1982 par une infirmière obstétricale et professeure à l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Dès sa création, cet hôpital marqua sa différence dans le modèle de soins offert aux femmes en période gravidique en introduisant les infirmières obstétricales dans leurs prises en charge. Ceci pour deux raisons : elles avaient les compétences pour assurer des soins de qualité mais également car, d'un point de vue financier, les infirmières obstétricales « coûtaient moins chers » que des médecins pour cet établissement fondé sur le mécénat. Ainsi le modèle culturel des soins obstétricaux technicisés et médicalisés,

dominant dans tout le pays, était déjà remis profondément en question à cette époque dans cette institution. Aujourd'hui, ce modèle de soins fait office de référence dans tout le Brésil puisqu'il rejoint les volontés politiques fédérales mais aussi et surtout les recommandations internationales de bonnes pratiques. En effet, l'HSF semble être le pilier du changement du modèle de soins au Brésil car il promeut le respect des processus naturels et physiologiques de l'accouchement et rompt avec le modèle hégémonique de la médecine mercantiliste de l'obstétrique au Brésil. Il s'agit aussi d'une nouvelle proposition sociale d'inclusion via une participation collective au changement incluant les usagers et les professionnels. En effet, l'esprit communautaire présent au fondement de cette institution est toujours aussi présent aujourd'hui. En termes de partenariats internationaux, cette institution est en lien avec l'Argentine (formation de quinze jours pour quinze professionnels de sept maternités dans la région de Mendoza) ; l'Uruguay (participation à la réflexion nationale sur le processus de changement du modèle de soins) et le Japon. Enfin, l'HSF est également un centre de référence pour la formation initiale et continue des professionnels.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, nous avons donc choisi l'*Hospital Sofia Feldman* (HSF) car il fait office de référence au Brésil pour l'insertion et la pratique autonome de l'infirmière obstétricale dans son champ de compétence (établissement partenaire du Ministère de la Santé). L'HSF est aujourd'hui la première maternité de l'Etat du Minas Gerais. En effet, elle réalise environ 951 naissances par mois soit plus de 11 400 par année. Elle se situe dans le quartier Tupi à Belo Horizonte et est la maternité de référence pour les districts sanitaires Nord et Nord-Est de la ville soit pour un périmètre d'environ 500 000 habitants. Il s'agit d'une maternité prenant en charge des grossesses et des accouchements dits à bas risque mais environ 38% de leurs prises en charge concerne également des grossesses à haut risque. Elle fonde toute sa pratique sur des équipes pluriprofessionnelles. En termes d'indicateurs, environ 88% des accouchements voie basse physiologiques sont réalisés par les nonante infirmières obstétricales de l'établissement. Le taux d'analgésies péridurales y est de 3% et celui de césariennes de 28.7%. Cet établissement possède également le label « Hôpital Ami des Bébés ». En termes de structure, cette maternité est aujourd'hui composée des principales unités suivantes permettant une large offre de soins aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles :

La *Casa da Gestante* : inaugurée en 2010 mais ayant débutée à fonctionner en 2006, elle accueille les femmes enceintes et leurs familles en cas de grossesse pathologique.

La *Casa do Bebê* : elle regroupe trois chambres permettant à des familles d'être ensemble dans l'attente de la sortie d'un nouveau-né prématuré mais ne nécessitant plus une hospitalisation en néonatalogie.

La *Casa de Parto* (aussi appelé *Centro de Parto Normal* ou maison de naissance) : ce fut la première maison de naissance de tout l'Etat du Minas Gerais. Elle possède cinq salles « PPP » (Pré-, Per- et Post-natale) portant le nom de femmes importantes dans l'histoire de l'Etat du Minas Gerais. 10% des accouchements physiologiques (possibles dans l'eau) de l'institution y sont effectués soit environ 100 par mois. L'équipe est composée d'une infirmière obstétricale possédant une qualification en réanimation néonatale, d'une infirmière assistancielle et d'un agent administratif. Une étude rétrospective de janvier 2002 à juillet 2003 réalisée sur 2 117 femmes avait montré des résultats en termes de qualité de prise en charge identiques à ceux de

la littérature scientifique (48.8% de nullipares ; 10.5% de transferts pendant le travail pour stagnation de la dilatation, souhait d'analgésie, liquide amniotique méconial, anomalies du rythme cardiaque fœtal, hypertension artérielle, hyperthermie, procidence du cordon et anomalie de présentation et 0.9% après le travail pour hémorragie du post-partum et suture de déchirures de grade 3 ; présence du médecin dans 2.2% des cas pour assistance à la naissance ou suture périnéale ; 2.2% de césariennes ; 0.8% de forceps ; 3.2% d'Apgar inférieurs à 7 à 1 minute de vie et 0.7% à 5 minutes de vie ; 1.2% de transferts en unité néonatale de soins intensifs et 2.6% de soins intermédiaires pour syndromes respiratoires, ictère et infection ; 9.4% d'évaluation pédiatrique sans transfert sur des doutes par l'infirmière obstétricale à l'examen clinique du nouveau-né, des troubles de l'adaptation respiratoire et malformations congénitales mineures ; six décès néonataux sans lien avec la prise en charge per-partum soit un taux de mortalité néonatale de 2 pour 1 000 naissances vivantes).

Le bâtiment de la *Maternidade* : il regroupe la néonatalogie avec ses lits de soins intensifs (quarante-et-un) et intermédiaires (quarante-cinq dont trente lits pour de la prise en charge conventionnelle et quinze pour l'unité Kangourou) ; le bloc opératoire ; les huit lits de pré-travail ; les cinq salles d'accouchement dont trois possèdent une baignoire et toutes une douche ; les services de post-partum ; l'accueil aux urgences des patientes et la classification des risques ; les soins continus maternels ; l'unité de consultations prénatales et d'échographie. Depuis décembre 2019, des infirmières obstétricales ont été diplômées en échographie et peuvent maintenant assurer une consultation infirmière d'échographie.

L'*Unidade Carlos Prates* : elle est l'unité de santé sexuelle et reproductive de l'hôpital et offre à la population des méthodes contraceptives et de stérilisations masculine et féminine.

La *Banco de Leite Humano* (Banque de Lait Humain) : inaugurée en 2017, elle permet (entre autres) de faire bénéficier les nouveau-nés prématurés de lait maternel.

Le *Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares* : ce centre créé en 2006 offre aux patientes et aux professionnels de l'institution des pratiques intégratives et complémentaires comme la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, la chromothérapie, la musicothérapie, l'acupuncture, l'auriculopuncture, l'auriculothérapie, la réflexologie plantaire, des massages et la pose de ventouses.

Le personnel dispose, lui, d'une crèche accueillant les enfants de l'âge de 6 mois à 5 ans et d'une salle de sport.

En ce qui concerne l'activité de formation, l'HSF est un hôpital d'enseignement assurant la formation initiale et continue d'infirmières obstétricales. En effet, elle assure en toute autonomie la formation initiale des infirmières obstétricales selon le modèle de formation de la *Residência* (nous le présenterons dans la prochaine partie de ce travail) et fait office de terrain de stage pour deux autres types de formation (que nous présenterons également dans la prochaine partie de ce travail) : depuis 1999, le *Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica* (*CEEO*) qui est une formation initiale et, depuis 2013, l'*Aprimoramento* qui est une formation continue. Cet hôpital assure également, en toute autonomie, les formations suivantes : la *Residência* multiprofessionnelle en néonatalogie, la *Residência* médicale en néonatalogie et la *Residência* médicale en gynécologie-obstétrique.

Ainsi, 100% *Sistema Unico de Saúde* (SUS) - *Rede Cegonha* c'est-à-dire 100% service public, aujourd'hui, le plus grand défi de cette institution est d'assurer sa propre survie financière. La principale potentialité pour les infirmières obstétricales dans cette maternité est l'étendue de leur champ de pratique avec une autonomie professionnelle avérée et une perspective de modèle collaboratif en équipe multi-professionnelle. Ainsi, l'un des objectifs de cette maternité est de pouvoir viabiliser financièrement des activités exercées par des infirmières obstétricales comme : la prise en charge des femmes enceintes incarcérées, la prise en charge des patientes souhaitant accoucher à domicile ou encore la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en salle d'accouchement.

L'Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)

Cette institution dite « à taille humaine » prend en charge des grossesses et des accouchements à bas risque même si elle peut également prendre en charge des pathologies modérées de la grossesse et de l'accouchement. Elle réalise environ 270 naissances par mois soit plus de 3 200 par année et trente avortements par curetage par mois. En termes de structure, cette maternité comprend vingt-six lits de suites de couches, dix lits de néonatalogie et une unité Kangourou de quatre lits. Les femmes dont les enfants sont hospitalisés en néonatalogie bénéficient d'une salle pour l'allaitement maternel. La maternité bénéficie aussi d'un service social et psychologique. En salle d'accouchement, nous trouvons trois salles « PPP » (Pré-, Per- et Post-natale), une salle de pré-travail à deux lits, une salle dite « *litotomia* » pour la réalisation des extractions instrumentales et une salle de césarienne. L'accueil des patientes aux urgences et la classification des risques s'effectue par une infirmière non obstétricale et il y a deux salles pour cela. En termes d'indicateurs, environ 70% des accouchements voie basse physiologiques sont réalisés par les quatorze infirmières obstétricales de l'établissement ce qui témoigne d'une bonne insertion et d'une bonne autonomie des infirmières obstétricales. Elles ne peuvent effectuer plus de vingt-quatre heures de travail par semaine dans cette institution. Elles sont au nombre d'une pour les gardes de jour (d'une durée de douze heures) car il y a alors la présence permanente de deux voire trois médecins gynécologues-obstétriciens. Pour les gardes de nuit (également d'une durée de douze heures), elles sont au nombre de deux pour pouvoir assurer la présence permanente d'une infirmière obstétricale durant les horaires de repos de nuit de l'autre. L'HRTN, avec un taux d'environ 23%, possède l'un des taux les plus faible de césariennes de la ville avec l'HSF. Le taux d'analgésies péridurales y est de 16% et celui d'épisiotomies de 6%. Dans 73% des cas, les femmes y accouchent dans une autre position que la position dite « *litotomia* ou gynécologique ». En ce qui concerne les nouveau-nés, le taux de scores d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie y est d'1%. L'accueil en peau à peau des nouveau-nés est de 93% et le taux d'alimentation précoce dans la première heure de vie par une mise au sein est de 84%.

Nous avons donc choisi l'*Hospital Risoleta Tolentino Neves* (HRTN) car cet établissement favorise également l'insertion et la pratique autonome de l'infirmière obstétricale dans son champ de compétence. De plus, cette institution est un hôpital d'enseignement et fait office de terrain de stage pour les formations initiales des infirmières obstétricales en partenariat avec l'UFMG. Malheureusement, nous nous sommes aperçue au fil de notre récolte de données qu'aucun étudiant n'était présent et qu'il n'y en aurait pas. Ainsi, dans cet établissement, nous

n'avons pu avoir accès qu'à l'activité professionnelle des infirmières obstétricales et non de formation. Nous y avons alors réalisé dix entretiens (cinq de professionnels et cinq de patientes) et dix séquences d'observations (cinq professionnels observés chacun deux fois lors de deux gardes de douze heures). Nous avons alors fait le choix de ne pas exploiter ces données dans notre travail de recherche pour ne pas créer un déséquilibre important entre nos données nous permettant de caractériser l'activité professionnelle et nos données nous permettant de caractériser l'activité de formation. Bien entendu, ces données pourraient être mobilisées dans le cadre d'un travail de prolongation et de continuité de cette thèse comme une vérification des données et analyses issues de l'HSF.

L'Escola de Enfermagem de l'Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Cette école a été créée le 07 juillet 1933 comme première école Estaduale en soins infirmiers au Brésil. Elle s'annexa à la faculté de médecine de l'UFMG le 04 décembre 1950 (lui permettant ainsi d'initier une reconnaissance fédérale) pour s'en désannexer à partir de 1963 et recevoir la dénomination d'école en soins infirmiers de l'UFMG en 1968. En 1972, elle fait état de son autonomie administrative et à partir des années 1980, elle développe son activité de recherche et crée des formations de post-graduation pour spécialiser des infirmières en santé publique et en médecine-chirurgie.

La formation initiale d'infirmière générale à l'UFMG concerne environ 500 étudiants par année répartis en promotion de quarante étudiants. Le corps professoral est composé de soixante professeurs, dont certains sont détenteurs de Doctorats en diverses disciplines (sciences de l'éducation et de la formation, santé collective etc.). En effet, nous rappelons que la filière recherche pour les soins infirmiers a commencé à se développer au Brésil dans les années 1980. En termes de modalités pédagogiques, la formation initiale d'infirmière générale est une formation basée sur l'alternance, et ce, dès le premier semestre de formation. Les stages ont alors pour objectifs de développer chez les étudiants le sens social du travail infirmier et la dimension technique des soins, c'est pourquoi ils sont réalisés dans des services de soins ou des centres de soins primaires. De plus, des séances de simulations sont organisées à l'école et dans les hôpitaux. La formation est divisée en dix semestres (chacun d'une durée de 675 heures) et est donc d'une durée totale de cinq années. Sur ces dix semestres, cinq sont consacrés à la formation de base en sciences biologiques et en soins infirmiers généraux et cinq semestres sont consacrés à la formation pratique en soins infirmiers. En ce qui concerne l'apprentissage pratique, l'UFMG possède un partenariat avec quinze villes ce qui implique que les stages peuvent parfois s'effectuer très loin de Belo Horizonte. En dernière année de formation, un semestre entier est consacré à la réalisation d'un stage interné qui s'effectue en milieu rural dans un centre de santé et en milieu hospitalier. Le tuteur de stage de l'UFMG se déplace en stage auprès de l'étudiant chaque quinze jours. Durant cette formation, les étudiants bénéficient également d'une forte initiation à la recherche car ils peuvent se joindre aux projets de recherche des professeurs (ayant aussi une activité clinique) et doivent réaliser un mémoire tutoré en fin de cursus. De plus, leur parcours de formation est également construit en lien avec des disciplines librement choisies. Enfin, à l'issue de cette formation, les étudiants ont la possibilité de poursuivre leur cursus en Master en soins infirmiers pour deux années (un an de théorie et un an de thèse) puis en Doctorat pour trois années (un an de théorie et deux ans de thèse). Quatre

axes de recherche sont alors possibles : éducation, santé et formation de soins ; gestion des services de soins ; prévention des maladies et santé collective ; soins infirmiers (composante clinique). Pour ces formations supérieures, le corps professoral est composé de vingt-trois professeurs permanents dont chaque professeur peut accompagner jusqu'à huit étudiants. De plus, ces activités de recherche dépendent de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*[118] (CAPES) appartenant au Ministère de l'Education et chargée de l'évaluation des laboratoires de recherche tous les trois ans.

En ce qui concerne les soins infirmiers obstétricaux, c'est via son Département materno-infantile et de santé publique que l'école en soins infirmiers de l'UFMG assure les formations dans ce domaine. En effet, elle gère la formation initiale des infirmières obstétricales selon le modèle de *Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica* (*CEEO*) ainsi que leur formation continue selon le modèle de l'*Aprimoramento*. Elle est une université pilote et partenaire du Ministère de la Santé pour la mise en place et le déploiement du *CEEO*.

5.3.2. L'élaboration des outils de la récolte de données en lien avec les publics étudiés

Nous avons élaboré ces outils au regard de notre questionnement général, du contexte général de la naissance et de l'accouchement au Brésil et de ce que nous savions à ce moment-là du contexte professionnel et de formation des infirmières obstétricales. Bien évidemment, les thématiques explorées rejoignent pour certaines notre cadre conceptuel. Afin de pouvoir caractériser l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales, nous avons choisi d'effectuer la récolte de nos données auprès des acteurs suivants : des professionnels infirmières obstétricales, des patientes, des étudiantes et des professeurs/coordinateurs de formation.

L'élaboration des guides d'entretiens

Nous avons élaboré quatre guides d'entretiens puisque nous avions quatre catégories d'acteurs dans notre étude. Pour chacun des acteurs concernés, nous avons d'abord listé sous la forme d'un brainstorming les questions à leur poser puis nous avons structuré ces questions autour d'objectifs. Les guides d'entretiens ont été élaborés en français puis nous les avons traduits avec l'aide d'une collègue brésilienne infirmière spécialisée en obstétrique et professeure à l'école en soins infirmiers de l'UFMG (également notre tutrice de recherche durant notre séjour brésilien). Cette étape nous a permis de nous assurer que nos intentions étaient respectées par le partage de la rhétorique professionnelle. Puis nous nous sommes assurée auprès d'une traductrice que la syntaxe, l'orthographe et la grammaire étaient correctes. Ces guides d'entretiens sont consultables dans leurs versions françaises et portugaises et dans

[118] Coordination pour le Perfectionnement du Personnel de l'Enseignement Supérieur (traduction personnelle)

leur intégralité en Annexe 21. Leur usage nous a permis de satisfaire notre récolte de données.

Le guide d'entretien des professionnels/précepteurs

Nous présentons ci-dessous la synthèse effectuée de notre guide d'entretien auprès des professionnels/précepteurs en regroupant les questions posées dans la colonne « items » et en regroupant ces items dans des catégories plus générales répondant à des objectifs :

Tableau 15 : Le guide d'entretien des professionnels/précepteurs

CATÉGORIES	ITEMS
1. Pratique professionnelle quotidienne des infirmières obstétricales	• Expériences positives. Détail. • Difficultés rencontrées/défis • Modèle de soin et son influence
2. Métier d'infirmière obstétricale au Brésil	• Motivation choix professionnel • Reconnaissance sociale • Evolution(s) du métier souhaitée(s) • Champ de compétence ICM et sa mise en œuvre • Modalités FC
3. Politiques publiques de santé brésiliennes maternelles et néonatales	• Connaissance de la dimension macro de leur activité professionnelle et de son influence
4. Autres	• … • …

Objectifs en lien avec les catégories

1. Identifier les points positifs et les difficultés liés à la pratique professionnelle au quotidien des infirmières obstétricales aux niveaux micro et méso.
2. Identifier la place des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité au Brésil et identifier les perspectives d'évolution de cette activité professionnelle en lien avec les facteurs de motivation des personnes interrogées.
3. Déterminer auprès des personnes interrogées si elles connaissent la dimension politique (macro) dans laquelle s'inscrit leur activité professionnelle.

Le guide d'entretiens des patientes

Nous présentons ci-dessous la synthèse effectuée de notre guide d'entretien auprès des patientes en regroupant les questions posées dans la colonne « items » et en regroupant ces items dans des catégories plus générales répondant à des objectifs :

Tableau 16 : Le guide d'entretiens des patientes

CATÉGORIES	ITEMS
1. Préparation de l'accouchement	• Choix de la maternité • Elaboration d'un projet de naissance
2. Vécu de l'accouchement	• Vécu de l'accouchement et identification du modèle de soins reçu

	• Vécu de l'accompagnement par une infirmière obstétricale
3. Autres	• … • …

Objectifs en lien avec les catégories

1. Déterminer la façon dont les femmes se sont préparées à leur accouchement et si elles se sentent actrices de leur prise en charge au moment de l'accouchement.
2. Connaître le sentiment des femmes après leur accouchement en lien avec le modèle de soin qu'elles ont reçu.

Le guide d'entretien des professeurs et coordinateurs de formation

Nous présentons ci-dessous la synthèse effectuée de notre guide d'entretien auprès des professeurs/coordinateurs de formation en regroupant les questions posées dans la colonne « items » et en regroupant ces items dans des catégories plus générales répondant à des objectifs :

Tableau 17 : Le guide d'entretien des professeurs et coordinateurs de formation

CATÉGORIES	**ITEMS**
1. Ingénierie politique des formations des infirmières obstétricales	• Directives nationales des formations et adéquation au contexte brésilien • Différents modèles de formations avec identification des difficultés et potentialités • Influence du modèle de soins sur la formation des étudiants et leur future autonomie professionnelle • Défis à relever pour la mise en œuvre et le développement des formations • Soutiens pour des formations de qualité
2. Ingénieries de formation et pédagogique des formations des infirmières obstétricales	• Rôles dans l'université et la formation des infirmières obstétricales
3. Autres	• … • …

Objectifs en lien avec les catégories

1. Identifier et caractériser l'ingénierie politique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.
2. Caractériser les ingénieries de formation et pédagogique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

Le guide d'entretien des étudiants

Nous présentons ci-dessous la synthèse effectuée de notre guide d'entretien auprès des étudiants en regroupant les questions posées dans la colonne « items » et en regroupant ces items dans des catégories plus générales répondant à des objectifs :

Tableau 18 : Le guide d'entretien des étudiants

CATÉGORIES	ITEMS
1. Organisation et évaluation de la formation	• Organisation de la formation • Difficultés et potentialités de la formation • Défis à relever et moyens mis en œuvre pour les relever • Soutiens à la formation présents et souhaités
2. Construction de l'identité professionnelle	• Motivation choix de la formation • Avis sur le modèle de soins actuel et les perspectives de modification de ce dernier
3. Autres	• …

Objectifs en lien avec les catégories

1. Identifier les points positifs et les difficultés liés à la formation des infirmières spécialisées en obstétrique aux niveaux micro et méso.
2. Identifier les facteurs de motivation pour la formation et évaluer la construction de l'identité professionnelle des étudiantes spécialisées en obstétrique.

L'élaboration des grilles d'observations

« Voir c'est se dire, c'est un enseignement muet dans toute culture ».
Aurélien Saint-Esprit dans Colinet (2019, p. 197)

Nous avions fait le choix de pratiquer des observations directes afin de saisir des comportements sur le vif et d'accéder aux activités même si la pratique d'observations représente toujours un biais de désirabilité sociale et d'interprétation personnelle des faits observés sur le moment (mais limitée par la triangulation de nos données). Nos grilles d'observations ont été élaborées au regard des contextes des observations auxquelles nous allions assister et en nous inspirant des recommandations méthodologiques du campus FORSE. Ainsi, nous avons opté pour une technique de prise de notes et réalisé deux grilles d'observations : l'une pour l'activité des infirmières obstétricales/précepteurs et l'autre pour l'activité des professeurs/coordinateurs de formation. Vous trouverez ces grilles d'observations dans leur intégralité en Annexe 22.

Concernant la grille des infirmières obstétricales/précepteurs, les éléments devant être renseignés dans notre grille étaient :

Tableau 19 : La grille d'observation des infirmières obstétricales/précepteurs

Heure	Tâche	Verbal	Non Verbal	Relations autres professionnels	Pratique / au référentiel métier	Pratique / aux RPC	Identification du modèle de soins	Points communs avec la France	Spécificités socio-culturellles brésiliennes	Accompagnement des étudiants

Concernant la grille des professeurs/coordinateurs de formation, les éléments devant être renseignés dans notre grille étaient :

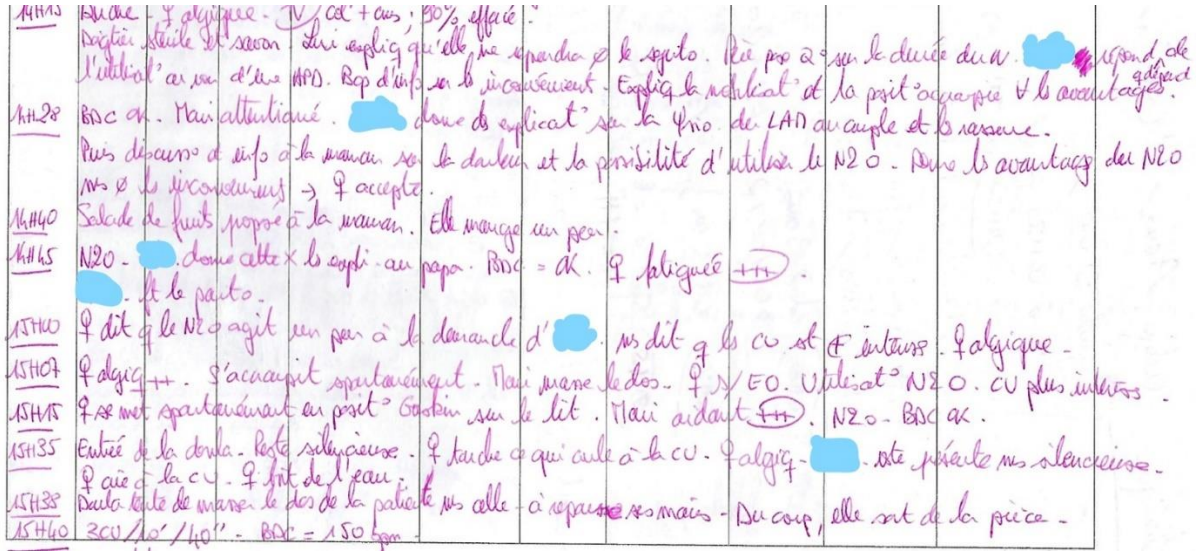
Tableau 20 : La grille d'observation des professeurs/coordinateurs de formation

Heure	Tâche	Verbal	Non Verbal	Identification des méthodes de formation théoriques et pratiques	Identification des méthodes de recherche en matière de formation (activité de recherche)	Points communs avec la France	Spécificités socio-culturellles brésiliennes

Contrairement à nos guides d'entretiens, nous nous sommes aperçue dès notre première observation que les grilles que nous avions élaborées et que nous utilisions pour réaliser notre prise de notes lors des observations n'étaient pas adaptées ni optimales pour notre récolte de données. En effet, elles étaient déjà des grilles d'analyse et non des grilles de prise de notes. Il nous a été impossible de réaliser ces deux activités en même temps : observer et analyser dans un contexte brésilien. Nous avions le sentiment de manquer des éléments d'observation car notre esprit était, lui, occupé à analyser les premiers éléments observés. Nous avons alors fait le choix, dès cette première observation, de nous détacher de cette grille et de relever de la façon la plus factuelle qui soit les éléments observés c'est-à-dire selon leur chronologie de déroulement. Ainsi, nous avons procédé tel un ethnographe qui avait alors tout le « loisir » de noter et de s'étonner des faits observés en étant « sensible à la diversité des systèmes de normes culturelles » (Canguilhem, 213, p.246). Nous n'avons dès lors plus rencontré de difficultés à écrire et observer en même temps. Nous n'avons pas eu le sentiment, sur le moment, que la prise de notes générait de l'inquiétude chez les observés mais il est arrivé par deux fois que des personnes observées et donc concernées par notre recherche nous demande de regarder nos notes. Nous les prenions en français. Nous avons donné accès à nos notes à ces personnes qui en faisaient la demande comme l'exige l'éthique de la recherche scientifique. Ces mêmes prises

de notes ne sont pas accessibles en annexes car il était très difficile de les anonymisées. Cependant, elles seront avec nous le jour de la défense orale de notre Thèse. En voici un extrait :

Tableau 21 : Extrait de l'une de nos prises de notes lors d'une séquence d'observation des pratiques professionnelles



L'objectif premier de nos observations était de connaitre et de décrire une réalité professionnelle ainsi que de formation pratique et théorique en ayant pour seul outil et seule grille de lecture des faits observés notre rhétorique professionnelle de sage-femme et de formatrice que nous partagions avec nos homologues brésiliens.

5.3.3. La détermination des échantillons et le déroulement de la récolte de données

La détermination des échantillons

La taille des échantillons a, à chaque fois, été déterminée afin d'équilibrer la récolte des données entre les différentes catégories d'acteurs, entre les différents lieux de notre récolte de données et entre l'activité professionnelle et l'activité de formation. Nous avons également atteint le principe de saturation de nos données qui revêt une importance singulière en recherche qualitative. En effet, « il y a saturation lorsque les données recueillies – qu'elles viennent d'entretiens, de l'observation, de la documentation, etc. – n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (saturation empirique) ou n'ajoutent aucune propriété nouvelle au concept (saturation théorique) » (Audy, 2008, p. 32).

Les modes de recrutements des participants à la recherche ont été différents selon les catégories d'acteurs ce qui correspond à différents types d'échantillons (volontaires, accidentel, par quotas, intentionnel etc.). Nous précisons que pour toutes les catégories d'acteurs suivantes dont nous allons présenter le mode de recrutement, précédent majoritairement leur autorisation de participation, nous (ou d'autres acteurs de notre recherche) effectuions une présentation de notre démarche, de notre méthodologie et des objectifs de notre étude. Aucun acteur n'a refusé de participer à notre recherche.

Pour les infirmières obstétricales : le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat après un tirage au sort de professionnels répondant au critère d'inclusion de notre étude (travailler dans l'institution depuis au moins un an). Cela concernait aussi bien les observations que les entretiens. Chaque professionnel a été observé à l'occasion de deux gardes d'environ douze heures chacune (moins pour les gardes de nuit car des heures de repos sont effectuées). L'une était effectuée en salle d'accouchement et l'autre en salle de pré-travail. Cela a parfois nécessité une adaptation du planning des infirmières obstétricales pour nous permettre de les observer dans ces deux secteurs complémentaires.

Pour les étudiantes de la Residência : le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat pour les observations lorsque celles-ci accompagnaient l'infirmière obstétricale observée. Elles ont, à cette occasion, également été invitées (toujours sur la base du volontariat) à continuer à participer à la recherche via la réalisation d'en entretien.

Pour les patientes : le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat pour les observations lorsque celles-ci étaient prises en charge par l'infirmière obstétricale observée et si elles ne présentaient pas l'un de nos critères d'exclusion (patiente souffrant d'un grave problème de santé ou patiente mineure). Elles ont, à cette occasion et après leur acceptation, également été invitées (toujours sur la base du volontariat) à continuer à participer à la recherche via la réalisation d'un entretien. Cependant, nous n'avons pas toujours pu interroger la patiente observée. En effet, cela n'a pas toujours été possible au regard des impératifs de notre calendrier d'observations des professionnels et des durées de séjours en post-partum qui sont courtes (vingt-quatre heures pour une accouchement voie basse et quarante-huit pour un accouchement par césarienne). Et tout ceci également associé à l'obligation de respecter une période minimum de repos de six heures entre la fin de l'observation de la patiente et la réalisation de son entretien. Ainsi, il est arrivé que des patientes non observées aient été interviewées à la condition qu'elles avaient été prises en charge par une infirmière obstétricale de l'institution.

Pour les coordinatrices de la Residência : le recrutement s'est effectué au regard de leurs responsabilités dans la formation. Elles n'ont pas été observées mais uniquement interviewées.

Pour les professeurs-coordinateurs de la spécialisation : les observations des cours et réunions ont été déterminés par le calendrier de la formation et, sur la base du volontariat, ils ont été invités à participer à notre recherche pour les observations et les entretiens.

Pour les étudiantes de la spécialisation : le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat après un tirage au sort pour les entretiens. Pour les observations, le recrutement s'est effectué selon le calendrier de la formation.

Ainsi, le recrutement des participants à notre recherche s'est effectué selon différentes méthodes selon leur catégorie mais il a toujours été effectué sur la base du volontariat et en assurant aux participants leur anonymat ainsi que celui des données issues de la récolte de nos données. Dans les hôpitaux, c'est dans un premier temps, la détermination des professionnels qui a donc conditionné par la suite les recrutements des étudiants et des patientes. Nous voulions que ces professionnels observés soient les mêmes qui soient interrogés afin de pouvoir confronter leurs pratiques et leurs discours. A l'université, c'est essentiellement le calendrier

de la formation qui a déterminé les cours pouvant être observés et par la suite les entretiens des acteurs observés (professeurs/coordinateurs et étudiants).

Le déroulement des observations

Nous avons d'abord choisi de réaliser les observations avant les entretiens afin que les questions des entretiens n'influencent pas la pratique des personnes observées. Pour organiser le déroulement de ces observations, nous reprenions contact avec les coordinatrices des services qui avaient déjà attesté d'un lien effectif entre nous pour l'acceptation de notre recherche par les comités d'éthique. Nous identifions alors les professionnels exerçant dans l'institution depuis plus d'une année puis effectuions le tirage au sort. Ainsi, nous établissions conjointement l'organisation de la récolte de nos données. Nous avons particulièrement fait le choix d'observer les professionnels en salle d'accouchement et de pré-travail car nous pensons que cette période représente la phase la plus complexe de la pratique de l'infirmière obstétricale et la plus critique pour la mère et l'enfant. De ce fait, l'accouchement est un événement durant lequel l'infirmière obstétricale est la plus à même d'exercer son Art dans le but d'assurer une prise en charge de qualité. Cela est, de plus, en cohérence avec les éléments concernant les prises en charge de la mère et de l'enfant au Brésil que nous avons décrites précédemment. En effet, nous rappelons que les volontés politiques du gouvernement brésilien sont de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, notamment au moment de la naissance et de l'accouchement car c'est à ce moment que les taux de mortalité et de morbidité sont les plus importants. Enfin, le Brésil inscrit sa politique de santé dans une volonté d'humaniser les soins et particulièrement les soins liés à la naissance et à l'accouchement.

Initialement, nous souhaitions filmer nos observations des situations professionnelles et de formation afin de ne rien manquer dans un contexte culturel différent du nôtre dont la langue représentait non pas une barrière mais uns adaptation permanente. Nous pensions alors que les traces vidéographiques nous permettraient de visionner et revisionner les situations afin de les décortiquer le plus précisément possible. C'est pourquoi, dans les consentements signés par les participants à cette recherche, il est fait mention de vidéos. Cependant, la mise en pratique de notre protocole de recherche, nous a amenée à réajuster notre façon de faire car dans les situations de prise en charge de couples au moment du travail et de l'accouchement, il nous est apparu extrêmement inadéquat de filmer ces moments même en adoptant une position la plus discrète qui soit. Nous voulions utiliser un Ipad qui est un moyen audiovisuel discret, familier et sans lumière. Mais notre recherche devait le moins possible troubler l'intimité de ces instants et nous n'étions pas à l'aise de filmer nos observations car nous avons nous-même jugé ce dispositif trop invasif. Ainsi, par respect de l'un des principes éthiques de la recherche scientifique, à savoir le respect de la vie privée des participants, nous avons renoncé à ces enregistrements sonores et vidéos. Cela était également plus confortable pour nous. De plus, nous suivions les professionnels dans leur pratique soit pendant des gardes de douze heures environ et nous ne voulions pas filmer des séquences de pratiques mais l'entièreté de leur journée de travail ce qui était difficilement réalisable pour nous comme pour les participants de la recherche. Enfin, dans la mesure où les nouveau-nés naissent à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, nous avons pratiqués nos observations de jour comme de nuit mais également en semaine comme en week-end et durant des jours fériés (Noël et Nouvel An).

Le déroulement des entretiens

Nous avons standardisé la conduite de nos entretiens afin de réduire la subjectivité liée à la technique de l'entretien. Ainsi, nous nous présentions au début de chaque entretien et nous rappelions le thème abordé, la durée approximative de l'entretien ainsi que ses modalités de déroulement et de restitution. L'anonymat était garanti aux interviewés et nous justifiions la présence du dispositif technique avant de nous assurer que la personne donnait son accord pour être enregistrée par voie audio. Personne n'a refusé d'être enregistré. Le TCLE était signé en double exemplaire avant chaque début d'entretien. Ce climat de confiance étant instauré, nous débutions les entretiens. Tous les items répertoriés dans les guides d'entretien ont été abordés. Cependant, afin de ne pas basculer dans le pôle directif de l'entretien, nous posions nos questions en fonction des propos des sujets interviewés. Cela nous a permis la conduite d'entretiens relativement fluides mettant au centre du dispositif d'enquête la parole des enquêtés. Dans certains cas, nous avons posé des questions supplémentaires quand nous voulions des éclaircissements sur les points abordés ou approfondir les propos des personnes interrogées. Nos guides d'entretien avaient été testés. Nous n'avons pas eu besoin d'apporter de modifications à nos guides suite à ces tests. Les entretiens ont été menés en langue portugaise après un entrainement à la prononciation des questions et un apprentissage des guides. Pour les entretiens avec les patientes, il est arrivé que nous soyons accompagnée d'une tierce personne afin d'établir le contact et la confiance entre la personne et le chercheur étranger. Il est, cependant arrivé à notre insu, que cette tierce personne intervienne au cours de l'entretien ce qui représente un biais dans notre enquête dont nous avons conscience.

5.4.Présentation de l'ensemble des données exploitées dans notre recherche

Arrivée à l'issue de la présentation de la récolte de nos données, nous exposons maintenant notre corpus de données et en présentons certaines caractéristiques avant de passer à la présentation de l'analyse de nos données empiriques issues de nos observations directes et de nos entretiens semi-directifs.

Pour commencer, nous rappelons que nous n'avons pas exploité les données issues de l'HRTN. Nous y avions alors réalisé dix entretiens (cinq de professionnels et cinq de patientes) et dix séquences d'observation (cinq professionnels observés chacun deux fois lors de deux gardes pour un total de nonante-neuf d'observation).

De plus, nous avions réalisé dix entretiens semi-directifs auprès d'étudiants : cinq auprès d'étudiants de la *Residência* de l'HSF et cinq auprès d'étudiants du *CEEO* de l'UFMG. Nous avons fait le choix de ne pas exploiter l'ensemble des données issues de ces dix entretiens dans notre travail de recherche afin de ne pas créer un déséquilibre trop important entre nos données nous permettant de caractériser l'activité de formation et nos données nous permettant de caractériser l'activité professionnelle. Nous avons alors sélectionné quatre entretiens parmi notre corpus de dix après une lecture complète des transcriptions de tous nos entretiens. Ces entretiens ont particulièrement été sélectionnés pour leur richesse et sont ceux qui étaient les plus contributifs pour notre travail. Nous avons assuré, à part égale, la représentativité des deux modèles de formation c'est-à-dire que deux entretiens sont issus des interviews des étudiants

de la *Residência* de l'HSF et deux sont issus des interviews des étudiants du *CEEO* de l'UFMG. La lecture complète du corpus n'a pas mis en évidence de grandes discordances entre les propos des étudiants issus d'un même modèle de formation.

A l'HSF, nous avons réalisé : dix séquences d'observation de professionnels pour un total de 104H15 durant lesquelles nous avons aussi pu observer six séquences d'accompagnement pratique d'étudiants. De plus, nous y avons effectué : cinq entretiens de patientes, cinq entretiens de professionnels, deux entretiens d'étudiantes et deux entretiens de coordinatrices de formation.

A l'UFMG, nous avons réalisé : six séquences d'observation de professeurs et de coordinateurs de formation pour une durée totale de 25H30. De plus, nous y avons effectué : deux entretiens de professeurs, deux entretiens d'étudiantes et deux entretiens de coordinatrices de formation.

Nous rappelons également que notre démarche documentaire nous a amenée à étudier douze textes.

Enfin, nous devons ajouter à ceci les données issues de notre phase exploratoire à savoir : trois missions professionnelles qui concernaient l'activité professionnelle et de formation, quatre entretiens exploratoires (deux concernaient l'activité professionnelle, un concernait l'activité de formation et un concernait l'interculturalité) et deux séquences d'observation à la fois de l'activité professionnelle et de l'activité de formation pour une durée totale de 14H30.

Voici donc sous la forme d'un schéma la présentation complète de nos données ainsi que leur répartition selon l'activité professionnelle et l'activité de formation :

Figure 9 : Récapitulatif complet des données de notre recherche

En ce qui concerne la durée moyenne des entretiens, nous les présentons ci-dessous sous la forme d'un tableau. Nous pouvons constater que, mise à part la durée moyenne des entretiens des patientes, les durées moyennes des autres catégories d'acteurs sont assez similaires :

Tableau 22 : Présentation de la durée des entretiens semi-directifs

Calcul durées des entretiens				
		Durées	Moyennes	Moyennes totales
Patientes	HSF	00:20:41	**00:08:28**	**00:08:28**
		00:04:45		
		00:04:09		
		00:05:47		
		00:06:59		
		Durées	Moyennes	Moyenne totale
Professionnels	HSF	00:26:41	**00:26:20**	**00:26:20**
		00:15:47		
		00:12:31		
		00:45:10		
		00:31:33		
		Durées	Moyennes	Moyenne totale
Professeurs et coordinateurs	Professeurs UFMG et HSF	00:16:09	**00:14:56**	**00:28:24**
		00:13:42		
	Coordinateurs UFMG et HSF	00:55:16	**00:41:52**	
		00:30:44		
		00:43:12		
		00:38:17		
		Durées	Moyennes	Moyenne totale
Etudiants	Residência HSF	00:29:00	**00:24:22**	**00:26:22**
		00:19:45		
	CEEO UFMG	00:38:01	**00:28:21**	
		00:18:42		
		Durées	Moyennes	Moyenne totale
Entretiens exploratoires	Marie	00:17:15	**00:24:18**	**00:24:18**
	Ana	00:35:37		
	Grand témoin	00:17:43		
	Dr I.	00:26:38		
Durée totale des enregistrements		**09:34:04**		

En ce qui concerne certaines caractéristiques générales de nos interviewés, nous les avons également résumées sous la forme d'un tableau que nous vous soumettons ci-dessous :

Tableau 23 : Présentation des caractéristiques générales de nos interviewés

Patientes n=5	Age moyen	Nbre d'enfants	Antécédent de césarienne	
	25,4 ans	1 enfant : 3 2 enfants : 1 3 enfants : 1	0	
Professionnels n=5	Age moyen	Sexe	Expérience professionnelle moyenne comme EO	Formations particulières autres que E et EO
	38,6 ans	4 femmes 1 homme	8,8 ans	Master en soins infirmiers UFMG (1)
Professeurs et coordinateurs n=6		Professeurs (n=2)	Coordinateurs (n=4)	
	Age moyen	29 ans	43,7 ans	
	Sexe	2 femmes	4 femmes	
	Expérience professionnelle moyenne comme professeur ou coordinateur	*CEEO* : 1ère fois pour les 2 *Residência* : 1 an pour PROF2	7,9 ans	
	Formations particulières autres que E et EO	Spécialisation en santé de la famille (1)	Spécialisation en santé de la famille (1) Master en soins infirmiers (2) Doctorat en santé collective (1) Doctorat en soins infirmiers (1)	
Etudiants n=4	Age moyen	Sexe	Modèle de formation	Formations particulières autres que E
	29,5 ans	4 femmes	*Residência* HSF 1ère année (1)	Spécialisation en santé collective (1)
			Residência HSF 2ème année (1)	Post-graduation en gestion de la santé et en néonatalogie (1)
			CEEO II UFMG Rede Cegonha (2)	

5.5.L'analyse des données empiriques issues des observations directes et des entretiens semi-directifs

Tout d'abord, nous précisons que nous nous sommes efforcée durant toute cette étape d'analyse de nos données de respecter l'anonymat des participants à notre recherche et la confidentialité des données issues de celle-ci. Afin d'exploiter les données recueillies par nos observations directes et nos entretiens semi-directifs nous avons procédé à leur analyse de contenu (analyse *longitudinale*). Notre objectif en était la description objective et systématique afin qu'ils fassent effet de sens. Pour y parvenir nous avons utilisé les mêmes grilles d'analyse pour chaque catégorie d'entretiens ainsi que pour chaque catégorie d'observation et nous les avons construites pour une analyse par thématique. En effet, procéder en utilisant de telles grilles d'analyse permet d'instaurer de la distance entre le chercheur et son matériel, une distance objective. Elles permettent également, par leur utilisation systématique, de faire croitre notre rigueur scientifique. Mais cela permet aussi une analyse comparée de nos données « sur une base stable et objective » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 191) de catégories et d'items (analyse *transversale*). Ces étapes indispensables permettent alors de produire de nouvelles données que nous pourrons utiliser avec une finalité interprétative. Nous effectuerons cette interprétation des données en deux étapes : une première lecture à basse inférence et une seconde à haute inférence. Dans la première, il s'agit pour nous d'être au plus près de nos résultats en les mettant en langage c'est-à-dire en les associant à des commentaires issus de l'analyse de nos résultats. Dans la seconde, il s'agit d'étoffer ces commentaires par le cadre

conceptuel de notre recherche afin de caractériser les résultats obtenus et de discuter nos hypothèses.

5.5.1. L'analyse des données issues de nos observations directes

La présentation des grilles d'analyse des observations directes

Les grilles d'analyse des observations ont été élaborées au regard des grilles d'observation que nous avions conçues, de notre cadre conceptuel sur la professionnalisation, de notre partie sur la contextualisation de la naissance au Brésil, de notre analyse du travail prescrit et de la lecture d'observations choisies aléatoirement dans notre corpus d'observations. Nous les présentons en indiquant pour chacune d'elle les liens effectués avec nos hypothèses.

Grille d'analyse des observations de l'activité professionnelle

Cette grille d'analyse nous a permis d'apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments observés sont en lien avec la caractérisation de l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique et de sa potentielle universalité. De plus, cela questionne la professionnalisation des infirmières obstétricales.

Elle est constituée de vingt-cinq items répartis en six catégories en plus d'une catégorie « autre ». Dans la catégorie « autre », quatre items ont été ajoutés au cours des analyses longitudinales de chaque séquence d'observation. Ces items sont : « hygiène », « matériel », « excuses » et « spécificité culturelle ». Nous avons renoncé à élaborer un tableau d'analyse transversale de ces séquences d'observations car il aurait été illisible. Cependant, vous trouverez en Annexe 23 un exemple d'analyse longitudinale de deux séquences d'observation et l'intégralité de ces analyses dans le Tome IV des annexes.

Tableau 24 : La grille d'analyse des observations de l'activité professionnelle

Catégories	Items	Analyse
Accompagnement des patientes	*Présence continue ou discontinue*	
	Degré de proximité (verbal et non verbal)	
	Communication *Information / Explication* *Participation à la décision*	
	Pudeur / Intimité	
	Relation de confiance	
Accompagnement des étudiants	*Autonomie*	
	Documents de formation	
Pratique sage-femme	*Documentation clinique*	
	Surveillance fœtale	
	Surveillance dynamique utérine et tonus utérin	
	Surveillance évolution du travail	
	PEC douleur	
	Gestuelle de l'accouchement *Gestion des efforts de poussées* *Gestion de la délivrance* *Suture périnéale*	
	PEC néonatale	
	Surveillance maternelle pendant le travail et le PPI	
Recommandations de bonnes pratiques *Evidence Based Practice*	*Mobilisation pendant le travail et position d'accouchement*	
	Alimentation et boisson pendant le travail	
	Voie veineuse périphérique	
	Interventions (ocytocine, amniotomie, épisiotomie, Kristeller)	
	Délivrance dirigée	
Collaboration avec les autres professionnels / intervenants	*Médecins (obstétricien, pédiatre, anesthésiste)*	
	Infirmières (obstétricales, assistancielles)	
	Accompagnant	
	Doula	

Modèle de soins	*Technocratique* *Humaniste* *Holistique*	
Autre	*…*	

Grille d'analyse des observations de l'activité de formation

Cette grille d'analyse nous a permis d'apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments observés sont en lien avec la caractérisation de l'activité de formation des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique et de sa potentielle universalité. De plus, cela questionne la professionnalisation des infirmières obstétricales.

Elle est constituée de treize items répartis en quatre catégories en plus d'une catégorie « autre » mais dans laquelle, après les analyses longitudinales de chaque séquence d'observation, aucun item n'a été ajouté. Vous trouverez en Annexe 24 un exemple d'analyse longitudinale d'une séquence d'observation et l'intégralité de ces analyses dans le Tome IV des annexes. De plus, vous trouverez en Annexe 25 l'analyse transversale de ces séquences d'observations mais le tableau en résultant est peu lisible.

Tableau 25 : La grille d'analyse des observations de l'activité de formation

Catégories	Items	Analyse
Ingénierie pédagogique	*Théorie (méthodes, EBM)*	
	Pratique (méthodes, achat du matériel)	
	Relation pédagogique *Dynamique du groupe*	
	Cas cliniques	
	Logistique (mobilier, disposition du mobilier, équipements et matériel)	
Ingénierie de formation	*Conception des formations (dispositifs, alternance, administratif)*	
	Evaluation des formations (théorie, pratique, précepteurs)	
	Socialisation professionnelle (messages professionnels, parcours et partage d'expériences et de savoirs, compétences ICM, collaboration pluriprofessionnelle)	
Ingénierie politique	*Politiques de santé publique soutenant les formations*	
	Promotion des formations	
Activité de recherche	*Communication à des congrès internationaux*	
	Formation-intervention (CEEO)	
	Recherche-intervention	
Autre	*…*	

5.5.2. L'analyse des données issues de nos entretiens semi-directifs

La transcription des entretiens

Concernant la transcription de nos entretiens, nous avons fait le choix de les faire transcrire en portugais, soit en langue originale, afin de rester la plus fidèle possible aux propos des participants de la recherche. Afin d'assurer la rigueur scientifique de notre travail, nous avons fait transcrire les entretiens par une traductrice-interprète depuis 2001 français-portugais agréée (diplôme de portugais de niveau universitaire supérieur avancé CELPE-BRAS[119], Ministère de l'Education, Brésil) ayant été Attachée de coopération internationale à l'*Hospital das Clínicas* de *l'Universidade Federal de Minas Gerais* (UFMG) durant vingt années et étant actuellement Attachée de coopération internationale de la *Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais*. Elle a, de plus, durant son activité professionnelle effectué la traduction en simultanée de conférences d'Yves Clot. Ainsi, nous assurions grâce à ses compétences linguistiques et professionnelles la qualité de la rhétorique professionnelle et de la rhétorique générale. La transcription des entretiens ne s'est pas effectuée selon une technique particulière (comme celle du GARS par exemple) car il ne s'agissait pas pour nous de procéder à une analyse clinique de ces entretiens. Cependant, tous les entretiens ont été transcrits avec la même méthode puisqu'ils l'ont tous été par la même personne. De notre côté, nous avons abondamment lu notre corpus d'entretiens afin de nous en imprégner le plus possible pour nos analyses. L'intégralité des transcriptions des entretiens utilisés pour notre recherche se trouve dans le Tome II des annexes mais un exemple de transcription d'un entretien avec un professionnel se trouve en Annexe 26. En ce qui concerne l'analyse de nos entretiens, nous l'avons effectuée en français c'est-à-dire dans notre langue maternelle puisque notre niveau de portugais nous permet de comprendre le langage écrit et oral mais pas d'en faire un usage écrit. Enfin, conserver la langue originale des entretiens dans leur transcription était aussi pour nous, l'occasion de nous inscrire dans un échange de type Maussien de Don et de Contre-Don avec le Brésil. En effet, il s'agit de lui rendre, le plus fidèlement possible, ce qu'il nous a donné à travers ces discours et que nous avons reçu pour notre recherche.

La présentation des grilles d'analyse des entretiens semi-directifs

L'analyse inductive de contenu thématique correspond au « processus de construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participants » (Audy, 2008, p. 40). Ainsi, les grilles d'analyse de nos entretiens ont été élaborées au regard des guides d'entretiens que nous avions conçus, de notre cadre conceptuel sur la professionnalisation et la socialisation professionnelle, de notre partie sur la contextualisation de la naissance au Brésil, de notre analyse du travail prescrit et de la lecture d'entretiens choisis aléatoirement dans notre corpus

[119] CELPE-BRAS : Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros – BRAS pour BRASil

d’entretiens. Nous proposons de les présenter en indiquant pour chacune d’elle les liens effectués avec nos hypothèses.

Grille d’analyse des entretiens avec les professionnels

Cette grille d’analyse nous a permis d’apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments interrogés sont en lien avec la caractérisation de l’activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique. Nous avons également pu dégager des éléments servant à questionner la professionnalisation des infirmières obstétricales. Enfin, en interrogeant le niveau macro de ces activités, cela nous a permis d’aborder la potentielle universalité de la maïeutique.

Cette grille d’analyse est constituée de treize items répartis en quatre catégories en plus d’une catégorie « autre ». Dans la catégorie « autre », deux items ont été ajoutés au cours des analyses longitudinales de chaque entretien. Ces items sont : « remerciements » et « retour sur notre collaboration ». Vous trouverez en Annexe 27 un exemple d’analyse longitudinale de l’un de ces entretiens et en Annexe 28, un exemple d’analyse transversale de nos entretiens à travers ceux effectués avec les professionnels. Nous avons procédé de la même façon pour l’ensemble de nos différentes catégories d’entretiens et vous trouverez l’ensemble de ces analyses longitudinales et transversales dans le Tome III des annexes.

Tableau 26 : La grille d'analyse des entretiens avec les professionnels

Catégories	Items	Analyse	Propos
Métier d'EO au quotidien (niveau MICRO)	*Modèle de soins*		
	Activité (expériences positives, défis)		
	Collaboration avec les autres professionnels		
	Accompagnement des étudiants		
Professionnalisation (niveau MESO)	*Identité et culture professionnelles*		
	Autonomie professionnelle		
	Evolutions / Perspectives pour le métier		
	Reconnaissance sociale (stratégies de communication)		
	Coalition du groupe professionnel / Association professionnelle		
Formations initiale et continue (niveau MICRO)	*Choix du métier (motivation, engagement, parcours)*		
	Maintien des connaissances et développement des compétences		
Contexte MACRO	*Référentiel ICM et mise en œuvre de ces compétences*		
	Politiques de santé publique du Brésil et leur influence sur la pratique des EO		
Autre	*…*		

Grille d’analyse des entretiens avec les patientes

Cette grille d’analyse nous a permis d’apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments interrogés sont, en partie, en lien avec la caractérisation de l’activité professionnelle des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique. Nous avons également pu dégager des éléments servant à questionner la professionnalisation des infirmières obstétricales notamment en ce qui concerne leur reconnaissance sociale. Enfin, en interrogeant l’expérience de leur vécu d’accouchement, cela nous a permis d’aborder la potentielle universalité de la maïeutique.

Cette grille d’analyse est constituée de douze items répartis en deux catégories en plus d’une catégorie « autre ». Dans la catégorie « autre », un item a été ajouté au cours des analyses longitudinales de chaque entretien. Cet item est : « déroulement de l’entretien ». Vous trouverez l’ensemble des analyses longitudinales et l’analyse transversale de ces entretiens avec les patientes dans le Tome III des annexes.

Tableau 27 : La grille d'analyse des entretiens avec les patientes

Catégories	Items	Analyse	Propos
Préparation à l'accouchement	*Réflexion sur la voie d'accouchement*		
	Préparation à l'accouchement (professionnels, vidéos, plano de parto) *Etre actrice de son accouchement (autonomie)*		
	Représentations sur l'accouchement		
	Choix de la maternité (public, privé)		
	Suivi de la grossesse		
Vécu de l'accouchement	*Accompagnement par EO (expérience de ce vécu)*		
	Modèle de soins reçu (actes, information, participation aux prises de décision)		
	Récit de l'accouchement		
	Vécu de la douleur		
	Décalage entre le rêve et la réalité		
	Expérience de vécu (bon ou mauvais souvenir)		
	Améliorations possibles		
Autre	…		

Grille d'analyse des entretiens avec les professeurs / coordinateurs de formation

Cette grille d'analyse nous a permis d'apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments interrogés sont en lien avec la caractérisation de l'activité de formation mais aussi de l'activité professionnelle des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique. Nous avons également pu dégager des éléments servant à questionner la professionnalisation des infirmières obstétricales notamment à travers leur autonomie professionnelle, leur valeur ajoutée, leur insertion professionnelle et leur reconnaissance sociale. Enfin, en interrogeant ces dernières dimensions et surtout l'apprentissage du métier, cela nous a également permis d'aborder la potentielle universalité de la maïeutique et, cette fois-ci, du point de vue de son apprentissage.

Cette grille d'analyse est constituée de dix items répartis en trois catégories en plus d'une catégorie « autre ». Dans la catégorie « autre », quatre items ont été ajoutés au cours des analyses longitudinales de chaque entretien. Ces items sont : « parcours et projets professionnels », « concernant les questions de l'entretien », « résultats de notre recherche » et « échanges autour de ma Thèse et de mon retour en France ». Vous trouverez l'ensemble des analyses longitudinales et l'analyse transversale de ces entretiens avec les professeurs et coordinateurs de formation dans le Tome III des annexes.

Tableau 28 : La grille d'analyse des entretiens avec les professeurs / coordinateurs de formation

Catégories	Items	Analyse	Propos
Ingénierie politique	*Avis sur les politiques de formation (directives nationales)*		
	Soutien(s) pour le développement des formations		
Ingénierie de formation	*Avis sur les modèles de formation (difficultés, potentialités, modalités)*		
	Influence du modèle de soins dans la formation		
	Défis à relever dans la mise en œuvre des formations		
	Rôle des acteurs de la formation (à l'université, dans la formation)		
Métier d'EO	*Valeur ajoutée (économique, en termes de compétences)*		
	Autonomie / *Insertion professionnelle (par rapport aux médecins et aux institutions)*		
	Reconnaissance sociale		
	Son apprentissage		
Autre	*…*		

Grille d'analyse des entretiens avec les étudiants

Cette grille d'analyse nous a permis d'apporter des éléments de réponse à nos trois hypothèses. En effet, les éléments interrogés sont en lien avec la caractérisation de l'activité de formation mais aussi de l'activité professionnelle des infirmières obstétricales donc de la culture maïeutique. Nous avons également pu dégager des éléments servant à questionner la professionnalisation des infirmières obstétricales notamment à travers des questions portant sur la socialisation professionnelle de ces futures infirmières obstétricales ou encore sur les modalités pédagogiques de leur formation. Enfin, en interrogeant le vécu de leur formation, cela nous a permis d'aborder la potentielle universalité de la maïeutique en ce qui concerne son apprentissage.

Cette grille d'analyse est constituée de douze items répartis en trois catégories en plus d'une catégorie « autre ». Dans la catégorie « autre », un item a été ajouté au cours des analyses longitudinales de chaque entretien. Cet item est : « parcours professionnel ». Vous trouverez l'ensemble des analyses longitudinales et l'analyse transversale de ces entretiens avec les étudiantes dans le Tome III des annexes.

Tableau 29 : La grille d'analyse des entretiens avec les étudiants

Catégories	Items	Analyse	Propos
Ingénierie pédagogique	*Modalités pédagogiques (alternance, réflexivité)*		
	Perception de la formation		
	Potentialités de la formation		
	Améliorations possibles		
Vécu de la formation	*Difficultés au cours de la formation*		
	Soutien pendant la formation (institution, bourse, famille, amis)		
	Défis à relever au cours de la formation		
Socialisation professionnelle	*Choix de cette formation (raisons, motivation, engagement)*		
	Modèle de soins *Représentations sur l'accouchement*		
	Représentations sur le métier		
	Perspectives professionnelles personnelles		
	Perspectives pour le métier		
Autre	*…*		

6. Les limites de notre étude

Afin de présenter les limites de notre étude, nous les structurons en deux temps : l'un concerne le contexte et le calendrier de notre Thèse et l'autre, sa méthodologie.

6.1.En lien avec le contexte et le calendrier de notre Thèse

Comme nous l'avons mis en évidence lors de la présentation des temporalités de notre Thèse, celle-ci s'est effectuée durant huit années avec une récolte des données majoritairement effectuée entre la fin de l'année 2016 et le début de l'année 2017. Il est donc assez légitime de se poser la question de la validité de cette recherche, aujourd'hui en 2022. Nous pensons, malgré tout, que notre recherche fait encore sens aujourd'hui car nous avons pu identifier des similitudes entre nos résultats et ceux émanant d'études antérieures ce qui laisse à penser que le changement paradigmatique souhaité par le Brésil autour de la naissance et de l'accouchement n'a vraisemblablement pas pu s'opérer complétement entre la fin de la récolte de nos données et la date de notre soutenance de Thèse soit durant ces cinq dernières années. Bien sûr, comme nous l'avons déjà précisé en introduction de ce travail, nous regrettons la durée totale de notre Thèse notamment les années « blanches » ayant suivies, pour chacune, un changement dans notre vie professionnelle.

En ce qui concerne le calendrier de nos quatre mois passés sur le territoire brésilien, nous regrettons de ne pas avoir pu anticiper depuis la France et avant notre départ, la dimension liée à la réalisation d'une recherche scientifique sur le territoire brésilien que nous avons décrite dans cette partie de notre travail. En effet, même si finalement, l'ensemble de la récolte de nos données a été fructueuse, nous aurions pu nous éviter quelques périodes d'attente anxiogènes.

6.2.En lien avec la méthodologie de notre Thèse

Nous souhaitons débuter cette partie par une limite qui nous semble importante à aborder et qui concerne notre statut de chercheure étrangère. En effet, même si ce statut a présenté pour nous l'opportunité d'effectuer le fameux « pas de côté », celui d'une sage-femme française qui étudie « son » activité professionnelle dans un autre contexte socio-culturel que le sien et correspondant à l'étape de la décentration d'une démarche interculturelle après avoir pris connaissance de son propre système culturel ; il n'en reste pas moins que ce statut en termes de communication langagière a pu parfois être délicat. Le fait que nous ne maitrisions pas la langue portugaise n'a pas été un frein mais ceci a parfois donné lieu à de légers moments d'incompréhension transitoires de part et d'autre notamment durant nos entretiens. Nous pouvons parfois le mesurer à la lecture des transcriptions de nos entretiens. Cependant, à aucun moment, nous n'avions identifié d'incompréhensions profondes lors de la réalisation de ces entretiens ni même lors des relectures des transcriptions. Ensuite, nous pouvons identifier comme autre limite à ce statut le fait que la communication interculturelle ne concerne pas uniquement la connaissance du langage de l'autre mais qu'elle nécessite aussi de connaitre les

référents et les codes culturels de cet Autre car les mêmes mots peuvent ne pas renfermer la même signification ou la même représentation dans les différentes langues. Cela dit, nous nous sommes tout de même aperçue que nous partagions pour beaucoup les mêmes significations et représentations sur les mots puisque nous partagions une langue commune : notre rhétorique professionnelle issue de deux langues latines. Enfin, la dernière limite que nous identifions liée à notre statut de chercheure étrangère est celle d'avoir effectué nos analyses dans notre langue maternelle soit le français. En effet, par souci de scientificité, nous tenions à ce que nos entretiens soient transcrits dans la langue originale de leur réalisation soit le portugais. Cependant, nous avons parfaitement conscience que le fait d'avoir procédé à leur analyse en français est un filtre à travers lequel nous avons fait passer nos données : celui de la traduction. Certes, il ne s'agissait pas d'une traduction littérale mot à mot mais nous avons tout de même effectué une traduction du sens des propos des participants lors de ces analyses. Nous ne pensons pas en avoir trahi le sens mais par honnêteté intellectuelle, nous nous devons de signaler cette limite (que nous avons également cherché à atténuer par la triangulation de nos données).

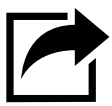
En ce qui concerne notre approche conceptuelle, nous devons préciser que nous avons certainement mobilisé la didactique professionnelle et plus particulièrement le terme de « conceptualisation » dans un sens inhabituel de la didactique professionnelle qui se centre plutôt sur la conceptualisation dans l'action. En effet, « elle définit les compétences d'un sujet comme un ensemble organisé de représentations (conceptuelles, sociales et organisationnelles) et d'organisateurs d'activité (schèmes, procédures, raisonnement, prise de décision, coordination) disponibles en vue de la réalisation d'un but ou de l'exécution d'une tâche » (Lefeuvre et al., 2009, p. 282). La didactique professionnelle s'intéresse donc à l'activité des individus et relève plutôt d'une dimension individuelle. Mais nous avons également pu déterminer avec notre cadre conceptuel que les schèmes pouvaient être pertinents pour analyser des interactions sociales car ils sont sources d'apprentissages à plusieurs niveaux et donc y compris également à l'échelle d'un collectif. En effet, l'un de nos objectifs était celui de pouvoir identifier les invariants opératoires de l'activité maïeutique au Brésil afin de pouvoir ensuite les mettre à l'épreuve dans d'autres contextes socio-culturels (ouvertures et perspectives de notre thèse). Notre conceptualisation de la maïeutique correspond donc à l'activité que nous avons menée, en tant que chercheure, pour produire des concepts puisque l'invariant opératoire est un concept en acte représentant une démarche de conceptualisation au sein du schème. En effet, « la conceptualisation […] est une activité, qui a pour but de produire des concepts, qui permettent à un sujet de mieux s'adapter au réel, de mieux adapter le réel à lui-même, mais aussi de mieux connaitre le réel » (Pastré, 2014, p. 150). Ainsi, nous ne nous sommes pas intéressée à la dimension individuelle de la didactique professionnelle en lien avec les processus cognitifs mis en œuvre dans les situations de travail par les acteurs. Nous n'avons également pas sollicité la didactique professionnelle dans le cadre de la formation des compétences professionnelles.

En ce qui concerne la récolte de nos données, il est dit que « les anthropologues … quittent leur propre pays pour de longs mois, voire des années, et recueillent dès lors un matériau empirique considérable » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 175). Nous n'en avions absolument pas conscience lors de notre séjour sur le territoire brésilien mais cette prise

de conscience a eu lieu lorsque nous avons débuté le travail de nos données. En effet, c'est à ce moment que nous nous sommes rendue compte que la masse de nos données étant conséquente et l'importance de cette matière a parfois été une difficulté pour nous dans le traitement et l'exploitation de nos données. Cependant, elle représente, à coup sûr, une source de données effective pour envisager le prolongement de cette recherche doctorale. Elle devient alors une force et une opportunité pour poursuivre et approfondir ce travail.

En ce qui concerne la démarche méthodologique de notre recherche, nous pouvons nous interroger sur l'échelle de celle-ci au regard de notre objectif de conceptualiser la maïeutique. En effet, comme nous l'avons souligné dans cette partie, notre étude est une recherche monographique de type ethnographique et pourtant c'est bel et bien à partir de celle-ci que nous avons tenté de conceptualiser la maïeutique. Certes, cela s'inscrit dans le propre d'une démarche inductive, mais nous restons tout de même prudente quant à la généralisation de cette conceptualisation. D'abord, à l'échelle brésilienne car notre étude s'est limitée à une ville et même, à uniquement deux institutions de cette ville. Cependant, les données issues de notre partie sur la contextualisation de la naissance au Brésil montraient que les constats réalisés à l'échelle de cette ville se retrouvaient également au niveau national. Cela atténue donc la limite que nous mettons en avant mais ce que nous souhaitons préciser est que nous avons fondé notre recherche sur des institutions mettant en œuvre les volontés politiques fédérales brésiliennes en lien avec la naissance et l'accouchement mais qu'il est certain que ces politiques ne peuvent être mises en œuvre de façon uniforme ni même simplement mises en œuvre sur l'ensemble du territoire brésilien. En effet, notre recherche aurait-elle autant de pertinence au sein de la tribu indienne des Waiapi (réserve protégée de Renca) vivant au cœur de la forêt amazonienne et vivant en osmose avec la nature ? La réponse est très probablement non. Et elle n'y ferait même, certainement, aucun sens dans la mesure où les accouchements doivent être effectués par des accoucheuses traditionnelles. Ensuite à l'échelle internationale, nous pensons que notre conceptualisation de la maïeutique dans le contexte brésilien doit être éprouvée dans d'autres contextes socio-culturels afin d'en dégager les limites et les potentialités. Nous l'avons fait *a minima* par le biais de notre troisième hypothèse de recherche mais elle mériterait d'être davantage travailler à l'occasion de recherches qui pourraient alors s'élaborer en continuité de la nôtre et lui offrir ainsi de nouvelles perspectives.

Nous présentons maintenant les résultats de notre recherche que nous avons distingué selon qu'ils soient en lien avec le travail prescrit ou le travail réel.



Partie 4 : Les résultats issus de la recherche

1. Le travail prescrit

Dans la mesure où notre recherche porte sur l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil, nous avons étudié le travail prescrit dans ces deux dimensions. De plus, nous l'avons également effectué à deux échelles : une échelle internationale et une échelle nationale. Nous résumons dans un tableau plus simplifié que celui de notre méthodologie, les documents sur lesquels nous nous sommes appuyée pour mener ce travail.

	International	Brésil
Activité professionnelle	Revue scientifique *The Lancet* Recommandations de l'OMS Référentiel de l'ICM sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme	Résolution COFEN n°516/2016 et autres textes législatifs et réglementaires *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*
Activité de formation	Recommandations de l'OMS Recommandations de l'ICM	Référentiel de formation initiale de la *Residência* Référentiel de formation initiale du *CEEO* Référentiel de formation continue de l'*Aprimoramento*

1.1. Concernant l'activité professionnelle

1.1.1. A l'échelle internationale

Revue scientifique *The Lancet* : enjeux, caractérisation et portée universelle de la maïeutique

> « La maïeutique est une solution vitale aux défis de l'apport de soins maternels et néonatals de haute qualité à toutes les femmes et tous les nouveau-nés dans tous les pays ».
> *The Lancet*, 2014, p. 1

Plusieurs études scientifiques internationales prouvent le bénéfice de la maïeutique pour les populations et elles ont été regroupées dans une série spéciale de la revue scientifique médicale *The Lancet* en 2014. L'objectif de cette série de publications (quatre études) est d'informer à l'échelle internationale sur la valeur ajoutée que représente la maïeutique dans les systèmes de soins quand elle s'appuie sur des professionnels formés. Ainsi, ces publications « fournissent aux professionnels et décideurs de santé des stratégies réalistes, applicables, durables et fondées sur des données probantes. … La maïeutique est d'ores et déjà largement reconnue dans nombre de pays comme apportant une contribution vitale et économique aux

soins maternels et néonatals de haute qualité. Pourtant, ses bénéfices potentiels sociaux, économiques et sanitaires sont loin de se concrétiser à l'échelle mondiale. La série, …, démontre l'ampleur de l'impact positif qu'offre la maïeutique lorsqu'elle est mise en œuvre notamment dans le cadre de systèmes de santé efficaces » (*The Lancet*, 2014, p. 2). Après l'exposition des enjeux liés à la mise en œuvre de la maïeutique dans tous les pays du monde et sa caractérisation, nous présenterons une synthèse de chacun des quatre articles composant cette série afin de mettre en évidence les points importants à retenir de cette publication pour notre recherche.

Les enjeux et la caractérisation de la maïeutique.

Ce qui sous-tend l'ensemble de cette publication est la volonté de réfléchir à un moyen concret de répondre aux objectifs de l'OMS en termes de diminution des taux de mortalité et morbidité maternelles et néonatales. En effet, on estime à environ 139 millions (140 millions selon l'OMS en 2018) le nombre de naissances chaque année dans le monde. Malheureusement, nous comptons également environ 289 000 décès maternels, 2.6 millions d'enfants mort-nés et 2.9 millions de décès néonataux au cours du premier mois de vie de l'enfant. Ces décès sont notamment imputables à une mauvaise qualité des soins dispensés auprès des mères et des enfants et « une réduction de la mortalité maternelle ne s'obtiendra que par une amélioration globale de la qualité du continuum de soins et des services d'urgence » (*The Lancet*, 2014, p. 3). Cette mauvaise qualité des soins est liée à plusieurs facteurs : la faible disponibilité des services et des prestations de soins dans certains pays mais aussi aux pratiques des professionnels quand celles-ci reposent sur la sous-utilisation des recommandations de bonnes pratiques et/ou la surutilisation d'interventions inutiles effectuées de manière systématique et non fondées sur les preuves scientifiques comme la limitation de la mobilisation durant le travail, la réalisation de l'épisiotomie et la césarienne. En ce qui concerne ce dernier point, « le recours insuffisant ou excessif aux interventions contribue à une morbidité clinique et psychologique aiguë pour 20 millions de femmes enceintes, affectant de manière durable la santé physique et psychosociale, le bien-être des mères et des nouveau-nés, engendrant des frais de soins de santé supplémentaires permanents, et leur capacité plus limitée à échapper à la pauvreté » (*The Lancet*, 2014, p. 3). Et cette problématique se retrouve dans tous les pays du monde, peu importe les ressources disponibles pour leur système de santé. Ce qui variera entre les pays sera le niveau et le type de risques associés à une grossesse et à un accouchement pour la mère et son enfant dans ses premières semaines de vie. Ainsi, « la nécessité d'améliorer efficacement, durablement et à moindre coût la qualité des soins est commune à tous les pays et milieux. Dans cette perspective, la maïeutique est cruciale » (*The Lancet*, 2014, p. 3).

Tableau 30 : Définition de la maïeutique (The Lancet, 2014)

Dans certains pays, l'ensemble des soins susceptibles d'être prodigués par des sages-femmes qualifiées est limité par le système de santé, et les barrières culturelles, et les rôles et responsabilité des différents professionnels de santé se chevauchent quelque peu. Dans de nombreux pays, certains soins relevant de la maïeutique sont dispensés par des obstétriciens, des médecins de famille, des infirmières, des sages-femmes auxiliaires, des travailleurs de santé communautaires ou des accoucheuses traditionnelles, ou par des sages-femmes insuffisamment formées, mais également par des sages-femmes compétentes, formées aux normes internationales et par des infirmières-sages-femmes qui ont reçu une formation à la fois d'infirmière et de sage-femme. Or, il est essentiel de définir la maïeutique comme recouvrant un ensemble de soins, afin d'identifier les aspects importants de ces soins, quel que soit le soignant, et proposer une structure d'examen de la qualité des soins relevant de la maïeutique.

Dans la présente série, nous définissons la maïeutique comme « les soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau- nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ».

L'Organisation internationale du travail (OIT) décrit les sages-femmes comme le principal groupe de professionnels à exercer la maïeutique. La Confédération internationale des sages-femmes définit le travail des sages-femmes ainsi que les compétences et normes essentielles de leur formation et pratique.

« Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de 'sage-femme' ; et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme ».

Outre les définitions de la maïeutique et de la sage-femme, ce que nous retenons dans cet encadré sont les facteurs limitants la pratique des sages-femmes qualifiées dans le monde. Cela concerne alors : les systèmes de santé, les barrières culturelles et enfin, les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé quand ceux-ci se chevauchent.

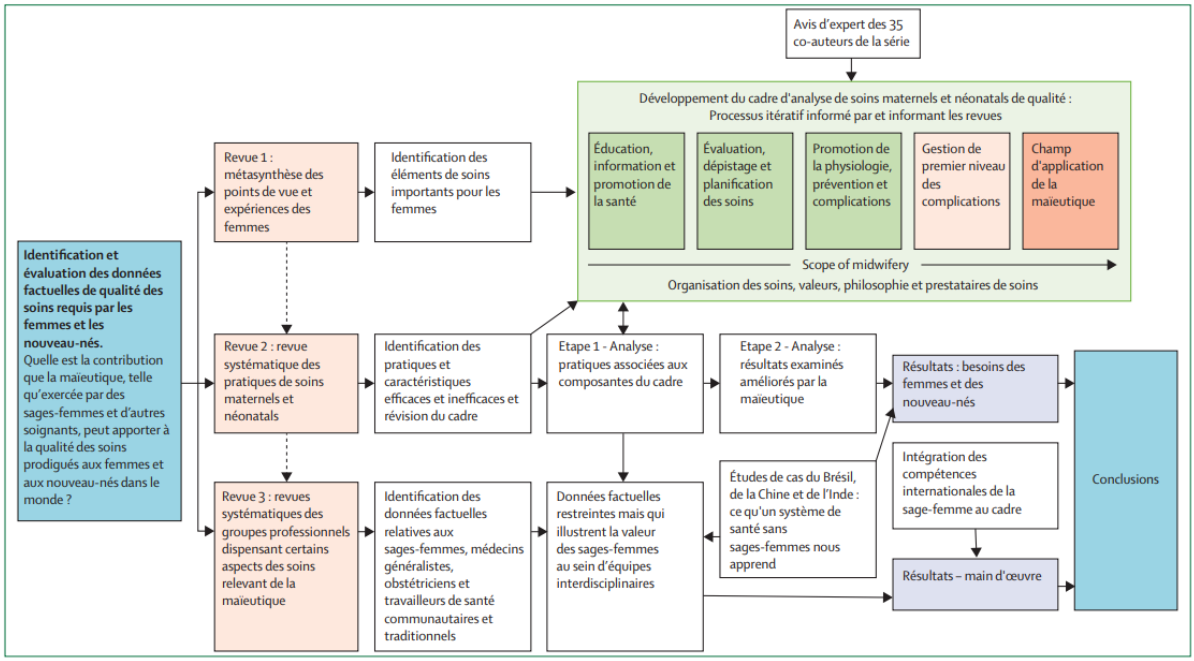
Ainsi, il parait judicieux d'insister dans la définition de la maïeutique, sur les « compétences, attitudes et comportements plutôt que sur des rôles professionnels spécifiques » (*The Lancet*,

2014, p. 2). En effet, « les conclusions de cette série plaident en faveur d'un changement délaissant les soins maternels et néonatals consacrés à l'identification et au traitement des pathologies, au profit d'une approche systémique qui met à disposition de tous des soins qualifiés. Ce changement suppose un travail d'équipe multidisciplinaire efficace et une intégration entre la prise en charge communautaire et en milieu hospitalier » (*The Lancet*, 2014, p. 2). Les soins regroupés sous l'appellation de maïeutique cherchent donc à répondre aux besoins essentiels des femmes, des nouveau-nés et de leur famille et font l'objet des articles de cette série scientifique que nous présentons maintenant.

1er article « *Maïeutique et soins de qualité : conclusions d'un nouveau cadre d'analyse des soins maternels et néonatals fondé sur données probantes* ».

Cet article est l'article central de la série puisqu'il a permis d'aboutir à l'élaboration d'un « cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité » au regard duquel, les pratiques efficaces et inefficaces ont été présentées permettant ainsi de caractériser et délimiter avec précision le champ de la maïeutique et les éléments la constituant. Ce cadre peut donc servir « à évaluer la qualité des soins, planifier le développement du personnel, l'affectation des ressources ou un programme de formation ou identifier les insuffisances en vue de travaux de recherche futurs. Il est conçu pour s'appliquer dans tous les milieux, et à tous ceux qui nécessitent ou prodiguent des soins et services maternels et néonatals » (*The Lancet*, 2014, p. 4). D'un point de vue méthodologique, ce cadre d'analyse a été produit grâce à une approche multiméthode incluant « une synthèse des résultats de revues systématiques sur les pratiques efficaces, les points de vue et expériences des femmes et les prestataires de soins maternels et néonatals » (*The Lancet*, 2014, p. 9).

Figure 10 : Schéma de l'approche multi méthode (The Lancet, 2014)

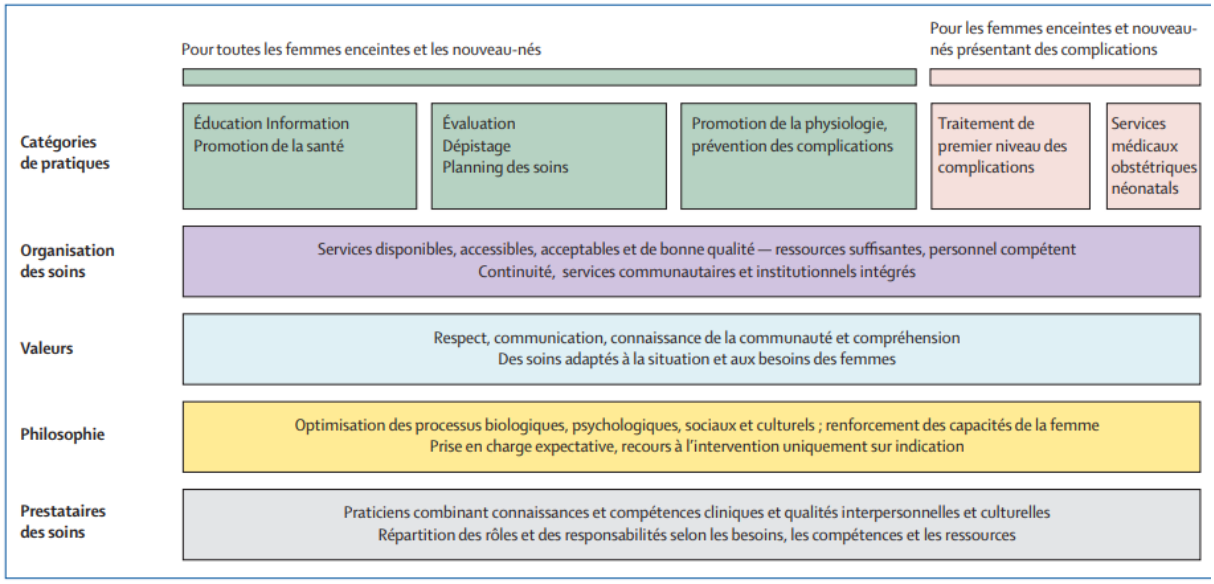


Nous constatons que, lors de cette démarche méthodologique, une étude de cas a été menée sur trois pays (parmi lesquels figure le Brésil) pour tenter de dégager les apprentissages liés à

l'absence de sages-femmes dans un système de santé. Ainsi, « les études de cas indiquent que privilégier les soins hospitaliers et les soins d'urgence peut entrainer une réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Néanmoins, sans l'effet équilibrant du champ complet de l'activité maïeutique, cette stratégie a également abouti à un nombre croissant d'interventions inutiles, coûteuses et potentiellement iatrogènes, ainsi qu'à des inégalités de disponibilité de prise en charge et de résultats. … ces dernières années, la Chine et le Brésil ont pris des mesures pour redéployer des sages-femmes afin de réduire la mortalité, la morbidité et les interventions inutiles » (*The Lancet*, 2014, p. 18).

Le cadre d'analyse ainsi établi, effectue comme nous pouvons le constater ci-dessous, « une distinction entre les types de soins et la manière dont ils sont prodigués et les personnes habilitées à les dispenser » (*The Lancet*, 2014, p. 9). Il revêt donc un caractère global et systémique de prise en charge des mères et des enfants.

Figure 11 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité (The Lancet, 2014)



En ce qui concerne les pratiques permettant de dispenser des soins de qualité auprès des mères et des enfants, les auteurs ont recensé 122 pratiques efficaces dont 72 relèvent du champ de la maïeutique (Annexe 29). La combinaison de pratiques relevant de la maïeutique permettrait d'améliorer à court, moyen et long terme, 56 indicateurs concernant la « réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale, [la] réduction de la mortinatalité et prématurité, [la] réduction du nombre d'interventions inutiles et [l'] amélioration de la santé psychosociale et de la santé publique » (*The Lancet*, 2014, p. 9). De plus, 44 des 72 pratiques efficaces « démontrent la nécessité d'optimiser les processus physiologiques de la reproduction et de la petite enfance, mais également de renforcer la capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles » (*The Lancet*, 2014, p. 5). En effet, en ce qui concerne plus particulièrement l'organisation des soins et des services de santé, il est important que ces derniers comprennent « une approche de prévention et de soutien capable de renforcer les capacités des femmes, dans le cadre de relations respectueuses, aussi adaptée à leurs besoins et soucieuse de promouvoir la physiologie, ainsi que la prise en charge de complications au niveau

des systèmes de santé primaire et l'accès aux traitements d'urgence, si nécessaire » (*The Lancet*, 2014, p. 9). Ainsi en continuité de ceci, dans le cadre de la prise en charge de complications, la pratique de la sage-femme « implique une collaboration interdisciplinaire efficace et une intégration des soins institutionnels et communautaires » (*The Lancet*, 2014, p. 9) permettant d'assurer un continuum des soins et des intervenants de santé à l'échelle de tout le système de santé. Concernant à présent le point de vue des femmes et leurs expériences, ce qu'elles recherchent particulièrement dans les services de soins maternels et néonatals sont de l'information et de l'éducation afin qu'elles puissent apprendre par elles-mêmes, valoriser leurs propres ressources et accéder rapidement aux soins par la compréhension du fonctionnement des services de santé. Elles cherchent à gagner en autonomie et en sécurité mais elles recherchent également « des soins prodigués de manière respectueuse par un personnel digne de confiance, empathique et bienveillant. … sachant allier des connaissances et un savoir-faire cliniques à des compétences interpersonnelles et culturelles » (*The Lancet*, 2014, p. 4). La maïeutique, à travers les sages-femmes, semble pouvoir répondre à la nécessité de prodiguer des soins de qualité pour tous, aussi bien techniques qu'humains, et ce, tout au long de la prise en charge contextualisée des femmes. En effet, en ce qui concerne les sages-femmes, l'article indique que « lorsqu'elles sont éduquées, formées, agréées et régulées, [elles] peuvent proposer l'éventail complet de la maïeutique » (*The Lancet*, 2014, p. 5). Pour avoir un effet positif sur la santé des mères et des enfants, les sages-femmes doivent également être respectées dans leurs compétences et intégrées dans le système de santé mais aussi au sein d'équipes interdisciplinaires. Les sages-femmes représentent également un intérêt économique pour les pays puisque « dans les pays à revenu élevé où l'affectation des ressources a été examinée, il semble que les soins prodigués par des sages-femmes constituent une solution plus avantageuse sur le plan économique que les soins prodigués par une équipe médicale » (*The Lancet*, 2014, p. 5). Ainsi, « la pratique de sage-femme est plus économique et est associée à de meilleurs résultats lorsqu'elle est exercée par des sages-femmes diplômées, formées, agréées et régulées » (*The Lancet*, 2014, p. 9).

2ème article *« Effet projeté de l'accès universel à la maïeutique »*.

Ce second article présente les résultats d'une modélisation des décès qui pourraient être évités par le renforcement de la maïeutique. Par « renforcement de la maïeutique », l'article entend une augmentation récurrente (tous les cinq ans) de la couverture des interventions pratiquées par les sages-femmes (y compris de la planification familiale). Ainsi, trois scénarios de renforcement de la maïeutique ont été testés : un renforcement modeste correspondant à une augmentation de 10% de la couverture des interventions, un renforcement important correspondant à une augmentation de 25% de la couverture des interventions et un renforcement universel correspondant à 95% de la couverture des interventions. Dans les trois scénarios, les résultats produits permettent de réduire les décès maternels et néonataux ainsi que la proportion d'enfants mort-nés dans les septante-huit pays examinés et classées selon l'indice de développement humain. Et ceci « même dans un contexte où les ressources sont soumises à de fortes contraintes. La maïeutique peut donner d'excellents résultats, quel que soit le stade de transition auquel est parvenu un pays, dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale » (*The Lancet*, 2014, p. 5). Ainsi, dans les pays à faible revenu, la modélisation prévoit sur une période de quinze ans une réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de la mortinatalité

de 27 à 82%. En ce qui concerne la mortalité maternelle, elle pourrait être réduite de 27% dans la projection du scénario modeste, de 50% dans la projection du scénario important et de 82% dans le cas de la projection universelle. De plus, « l'effet sur la baisse de la mortinatalité et des décès néonatals serait similaire » (*The Lancet,* 2014, p. 5). Dans les pays à revenu élevé, c'est la morbidité plus que la mortalité qui sera améliorée compte tenu des très faibles taux de mortalité observés dans ces pays. Par contre, « si le recours excessif aux interventions techniques constitue un problème dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, la contribution négative relative de la surutilisation, par rapport à la sous-utilisation, devrait être plus importante dans les pays à revenu élevé » (*The Lancet*, 2014, p. 6).

Ce qui apparait comme important dans cet article concernant la gestion des décès maternels et néonatals, est la mise en œuvre efficace d'une politique de planification familiale en l'intégrant dans l'éventail complet des soins de la maïeutique. En effet, cela permettrait « d'éviter 57% de tous les décès en raison de la baisse des taux de fécondité et du nombre de grossesses. La maïeutique appliquée à la fois à la planification familiale et aux interventions de santé maternelle et néonatale permettrait d'éviter au total 83% de tous les décès maternels, mort-nés et décès néonatals » (*The Lancet*. 2014, p. 7). Mais la liste des effets bénéfiques de la maïeutique ne se limite pas à l'amélioration des taux de décès qui pourraient être évités. L'article met également en avant une amélioration d'autres indicateurs de qualité de soins comme une diminution des traumatismes périnéaux, des naissances instrumentales, de l'analgésie ou de l'anesthésie en cours de travail, de la gravité des hémorragies, du nombre de naissances prématurées, du nombre de nouveau-nés présentant un faible poids de naissance et des hypothermies. De plus, la maïeutique permet également une augmentation « des cas de déclenchement spontané du travail, du nombre de naissances par voie basse sans assistance, des taux de déclenchement et de durée de l'allaitement » (*The Lancet*, 2014, p. 6). Enfin, pour terminer cette liste de bénéfices liés à la mise en œuvre de la maïeutique, « les femmes ont fait état d'un taux de satisfaction supérieur en ce qui concerne les soins en général, et la prise en charge de la douleur en particulier, de même qu'une meilleure interaction entre la mère et le bébé a également été relevée » (*The Lancet,* 2014, p. 6).

Pour que ces modélisations puissent être réalisables, la maïeutique doit pouvoir prendre place dans un système global de santé opérationnel et performant permettant aux professionnels d'orienter et de transférer efficacement les femmes vers les structures idoines et spécialisées en cas de complications identifiées. Cela diminue les admissions en unités néonatales de soins intensifs et témoigne à la fois d'une amélioration des soins et de l'utilisation des ressources. En effet, la sage-femme peut représenter le lien essentiel dans le *continuum* des soins « depuis le centre communautaire jusqu'à la prise en charge clinique complexe, ce que ne peut probablement pas faire le spécialiste. Les sages-femmes agissent en véritable facilitateurs de santé, elles constituent le lien essentiel permettant d'amener les femmes dans le système de santé, au niveau et au moment le plus efficace et le plus efficient » (*The Lancet*, 2014, p. 7).

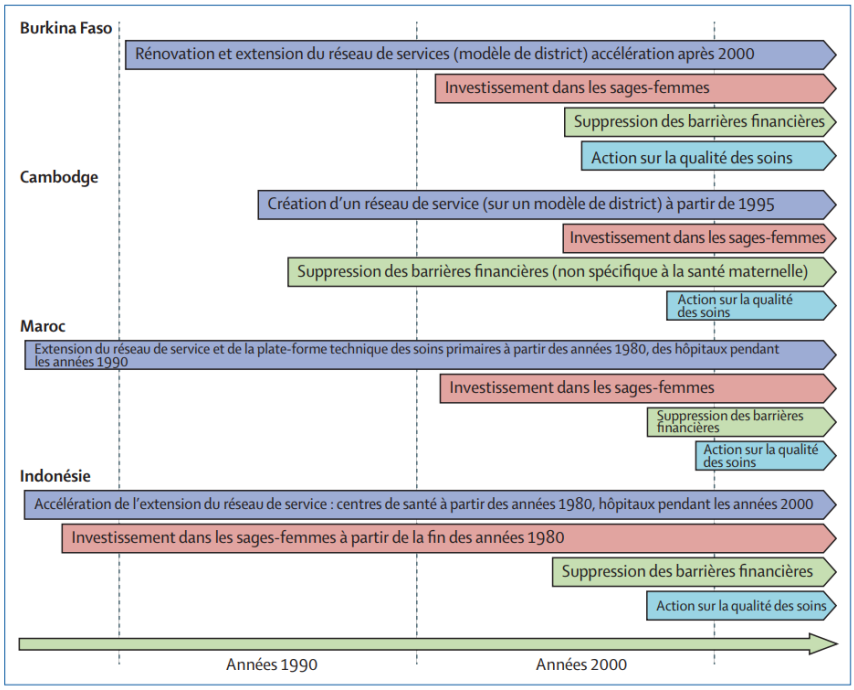
3ème article *« Expériences nationales du renforcement des systèmes de santé et du déploiement des sages-femmes dans les pays présentant un taux de mortalité maternelle élevé ».*

Ce troisième article présente de façon concrète comment le Burkina Faso, le Cambodge, l'Indonésie et le Maroc ont déployé les sages-femmes dans le cadre d'une stratégie

d'amélioration de la santé des mères et des enfants. En effet, ces quatre pays à revenus faibles et intermédiaires et présentant un taux de mortalité maternelle élevée « ont cherché à améliorer la survie et la santé maternelle et néonatale au cours des trois dernières décennies, en investissant dans les sages-femmes et en renforçant d'autres aspects de leur système de santé » (*The Lancet*, 2014, p. 6). Le renforcement des systèmes de santé a été basé sur des actions en lien avec l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration de la qualité et du nombre des infrastructures (croissance du nombre de centres de santé et de la capacité d'accueil des maternités) permettant à la population d'y avoir un accès pour les naissances et permettant la prise en charge en milieu hospitalier des complications et enfin sur la diminution des barrières financières ouvrant à un meilleur accès aux soins (fonds d'équité, mécanismes d'assurance, remboursements publics etc.). Parmi ces mesures, celle qui semble être la plus efficace est celle permettant d'élargir l'accès à la population aux structures de soins et donc celle permettant l'amélioration des naissances en établissement. Les actions sur la qualité des soins sont celles qui arrivaient en dernier chronologiquement et concernaient surtout une volonté d'améliorer les normes techniques, les compétences et les équipements. Cependant, « la surmédicalisation et les soins respectueux, centrés sur les femmes, n'ont en revanche bénéficié que de peu, voire d'aucune attention » (*The Lancet*, 2014, p. 38) alors que ces deux dimensions représentent un enjeu majeur actuellement dans la mise en œuvre systémique des soins autour de la naissance et de l'accouchement. En effet, « l'incapacité à proposer des soins maternels adéquats devient un handicap politique, face à une société civile de plus en plus critique et exigeante. La capacité d'affirmation plus forte de la société civile expose la sphère politique et les autorités de santé au risque de représailles si aucune réponse satisfaisante n'est apportée aux problèmes de qualité qui affectent les soins de naissance » (*The Lancet*, 2014, p. 45).

Nous présentons ci-dessous l'ordre chronologique des interventions pour le renforcement des systèmes de santé et le déploiement des sages-femmes dans les quatre pays étudiés de cette publication :

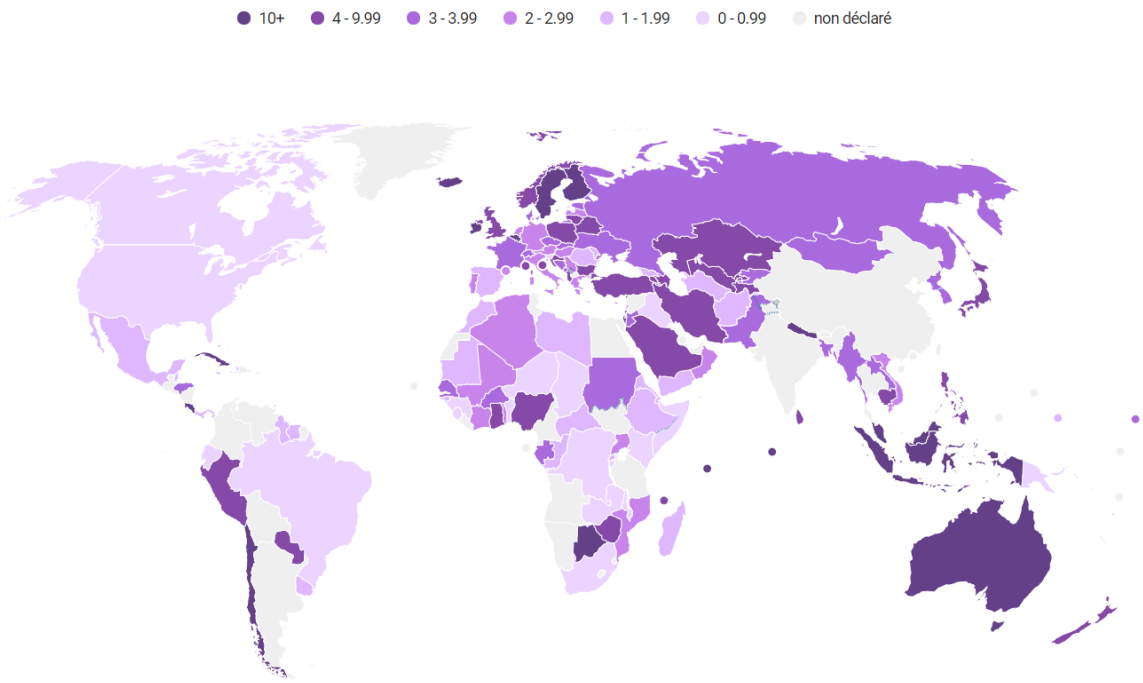
Figure 12 : Séquence des interventions cruciales pour le renforcement des systèmes de santé en faveur de la qualité et de la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso, au Cambodge, au Maroc et en Indonésie, des années 1980 à aujourd'hui (The Lancet, 2014)



Ainsi, en couplant le déploiement rapide de sages-femmes formées avec qualité et le renforcement de leur système de santé, ces pays ont sensiblement et durablement réduit la mortalité maternelle et néonatale et ces expériences permettent de retenir deux enseignements majeurs. Tout d'abord, il faut retenir « qu'une stratégie d'amélioration de la santé maternelle et néonatale ne saurait se réduire au simple choix de la catégorie professionnelle à renforcer, mais dépend fondamentalement de la conception et des investissements consacrés à l'ensemble du réseau de prestation des soins. Le déploiement du personnel à l'intérieur de ce réseau est une question de gestion du temps, des coûts et de la qualité » (*The Lancet*, 2014, p. 6). Le second enseignement est que « lorsque les systèmes sont renforcés de manière cohérente sur une longue période, l'investissement dans les sages-femmes est une stratégie réaliste et efficace pour réduire la mortalité maternelle, notamment dans un contexte où les ressources sont soumises à de fortes contraintes » (*The Lancet*, 2014, p. 6).

Afin d'optimiser les bénéfices de la maïeutique et d'étendre la couverture des interventions pratiquées par les sages-femmes, il faut donc augmenter la masse critique des sages-femmes partout dans le monde. Or il existe de fortes disparités en ce qui concerne le nombre de sages-femmes par habitants dans les différents pays du monde. Sur la carte du monde ci-dessous, les différentes nuances de violet représentent le nombre de sages-femmes pour 10 000 habitants. La catégorie « sages-femmes » regroupe les sages-femmes professionnelles, les sages-femmes auxiliaires professionnelles, les sages-femmes sans statut défini, le personnel infirmier formé à l'obstétrique ainsi que les infirmiers auxiliaires professionnels formés à l'obstétrique.

Figure 13 : Nombre de sages-femmes dans le monde pour 10 000 habitants (UNFPA, 2021)



La situation de l'Afrique subsaharienne est particulièrement préoccupante au regard du nombre annuel de grossesses et de naissances qui continuera à augmenter à l'avenir et des prévisions de déficit d'effectifs de sages-femmes par rapport à une demande croissante. En effet, « selon les données disponibles pour quatorze pays de la région présentant une mortalité maternelle élevée, en 2009 et 2010, 71 243 sages-femmes et infirmières sages-femmes ont accompagné dans ces pays en moyenne 42 naissances par an (soit trois millions au total), soit une couverture de 27%. Bien que ce chiffre témoigne d'une augmentation de la prestation de soins, il est loin d'être suffisant pour couvrir les prévisions de croissance démographique » (*The Lancet*, 2014, p. 7). Ainsi, dans ces pays, l'amélioration de la couverture des interventions pratiquées par les sages-femmes nécessitera une accélération de l'augmentation des effectifs de sages-femmes mais aussi une hausse significative de leur productivité. « Aux niveaux de productivité actuels, un doublement du nombre de sages-femmes d'ici à 2035 (soit une augmentation nette de près de 3 % par an) ne permettrait de couvrir que 35,7 % des naissances. Une couverture de 75 % des naissances en 2035 supposerait une augmentation du stock de sages-femmes en équivalent temps plein à 299 661 personnes, soit une croissance nette de 6 % par an. Sans augmentation des effectifs de sages-femmes, la productivité devra atteindre en moyenne 175 naissances par sage-femme et par an (norme de référence actuelle de l'OMS) si l'on veut obtenir une couverture de 75 %. Or ce chiffre pourrait dépasser les capacités horaires de travail que les sages-femmes consacrent aux activités de soins de santé, restreindre les soins de prise en charge effective du travail et de l'accouchement, et compromettre les soins de qualité centrés sur les femmes » (*The Lancet*, 2014, p. 7). Enfin, à cet objectif quantitatif de formation des sages-femmes se joint également un objectif qualitatif de formation pour ces professionnels. Les enjeux en termes de formation des professionnels sages-femmes sont donc « de produire plus et de produire bien ». Pour guider les pays du monde entier dans cet objectif, des instances

comme l'OMS et l'ICM ont produit des normes internationales afin de garantir la qualité des personnes formées et des formateurs (nous les étudierons plus loin).

4ème article « *L'amélioration de la santé maternelle et néonatale par la maïeutique* ».

Le dernier article de cette série insiste sur la dimension de l'amélioration de la qualité des soins en plus du renforcement des systèmes de santé et du déploiement des sages-femmes comme nous l'avons vu dans l'article précédent. En effet, « il est possible d'améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés, à condition d'améliorer également la qualité des soins de santé de la reproduction, maternels et néonatals, et d'accomplir les progrès nécessaires vers la couverture universelle » (*The Lancet*, 2014, p. 49). De ceci découle la notion de couverture efficace qui vise un bénéfice de santé complet et qui représente le « pourcentage de la population qui nécessite une intervention et qui en bénéficie, avec une qualité suffisante pour la rendre efficace et pour en tirer parti » (*The Lancet*, 2014 p. 7). Afin d'assurer cet objectif, il convient que les femmes utilisent les services relevant de la maïeutique mais aussi que des mesures soient prises pour répondre aux besoins, aux souhaits et aux attentes des femmes ainsi que des mesures pour améliorer la qualité des soins. Car encore une fois, « les études montrent qu'une hausse de la couverture brute des services offerts à la population ne garantit pas à elle seule des soins de qualité ou une diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Dès lors, les politiques doivent améliorer en même temps la couverture et la qualité, car tous deux sont d'égale importance » (*The Lancet*, 2014, p. 49).

La maïeutique et les sages-femmes comme réponse à l'amélioration de la qualité et de la couverture universelle des soins de santé reproductive, maternelle et néonatale.

« Il existe un fossé énorme entre les caractéristiques des soins de qualité et la réalité du terrain. De fait, dans certains pays, les décideurs commencent à peine à prendre conscience des multiples facettes de la qualité, à savoir ses dimensions technique (compétences, équipement), interpersonnelle (respect, réactivité, soins inclusifs) et organisationnelle (établissements, filières d'orientation) » (*The Lancet*, 2014, p. 50). Ainsi, il semble essentiel que les professionnels de la santé et les gestionnaires puissent créer un environnement qui garantisse la mise en œuvre systématique des 72 interventions efficaces relevant de la maïeutique (décrites dans le premier article de cette série) et ceci en y appliquant les valeurs et la philosophie centrées sur les femmes. Tout au long de cette série, les publications ont montré l'impact positif de la maïeutique et des sages-femmes pour les soins de santé reproductive, maternelle et néonatale. Et « il est probable que l'impact sanitaire et social du renforcement de la contribution des sages-femmes serait plus important encore si une plus grande attention était accordée aux autres facettes du cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité, à savoir l'optimisation des processus physiologiques de la reproduction, l'intégration de la maïeutique dans un système de santé plus général, la continuité des soins, les interventions de prestataires de soin compétents, empathiques et dignes de confiance » (*The Lancet*, 2014, p. 7). Mais il parait évident que dans certains pays, notamment ceux à revenus faibles et intermédiaires, la mise en œuvre du cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité sera difficile dans la mesure « où les taux de mortalité maternelle et néonatale restent élevés, les réseaux de délivrance des soins sont insuffisamment développés, et les ressources humaines font défaut. Par ailleurs, des problèmes d'efficacité peuvent subsister dans l'affectation des ressources,

lorsque les sages-femmes et d'autres cadres de santé n'ont pas la possibilité de faire valoir pleinement toute l'étendue de leurs compétences » (*The Lancet*, 2014, p. 7). C'est notamment le cas quand le champ de la maïeutique est fragmenté entre différentes catégories professionnelles. De plus, « de nombreux autres pays restent confrontés à un cadre règlementaire inefficace pour les soins maternels et néonatals, au statut inférieur de la femme et à la domination de la maïeutique par la médecine. On observe une tendance à l'augmentation des actes réalisés par les médecins, ce qui, dans certains pays, a conduit à une diminution importante du nombre de sages-femmes en activité et à une plus forte médicalisation de la grossesse et de l'accouchement » (*The Lancet*, 2014, p. 54). La mise en œuvre du cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité repose également sur la formation des professionnels tant du point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif. En effet, nous avons vu que l'un des enjeux des prochaines années dans le champ de la périnatalité allait de devoir pouvoir faire face à l'augmentation des besoins notamment dans la région de l'Afrique Subsaharienne. Comme l'indique Horton, « l'absence d'un personnel de santé qualifié fait cruellement défaut aux femmes et ce manque constitue désormais le plus grand obstacle à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants » (*The Lancet*, 2014, p. 56). La formation professionnelle est donc un élément essentiel pour l'amélioration de la qualité et de la couverture des soins maternels et néonatals. Ainsi, « les lignes directrices de l'OMS en matière d'éducation transformatrice, destinées aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, soulignent la nécessité pour la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé de renforcer les effectifs, la qualité et l'efficacité des futurs soignants, afin de leur permettre de répondre aux besoins et aux attentes sanitaires de la population » (*The Lancet*, 2014, p. 54). Mais la formation professionnelle seule ne pourra être suffisante pour faire face aux enjeux des prochaines décennies. Il faudra également que les pays soient en capacité d'investir « dans la réglementation, la gestion efficace des ressources humaines et l'environnement de prestation des soins dans lequel travailleront les futures sages-femmes, pour leur permettre non seulement d'absorber la charge supplémentaire de travail, mais également de garantir une qualité de soins cliniques et psychosociaux » (*The Lancet*, 2014, p. 52). Cela reposera aussi sur des partenariats et le dialogue entre tous les prestataires de soins, les bénéficiaires des soins et les communautés. Mais quoiqu'il en soit, « l'investissement dans les sages-femmes et leur environnement de travail, formation, réglementation et gestion peut améliorer la qualité des soins » (*The Lancet*, 2014, p. 49). De plus, cette perspective aura également « d'importantes répercussions économiques, qui peuvent réduire les dépenses de santé et améliorer à plus long terme la durabilité des systèmes de soins maternels » (*The Lancet*, 2014, pp. 7-8).

Tableau 31 : Ce que nous retenons de chaque article en termes de messages clés pour notre recherche (The Lancet, 2014)

Titre de l'étude	Messages clés
Maïeutique et soins de qualité : conclusions d'un nouveau cadre d'analyse des soins maternels et néonatals fondé sur données probantes	. Il existe un consensus croissant selon lequel la maïeutique a une contribution importante à apporter au développement de soins maternels et néonatals de haute qualité. Cependant, la compréhension de ce qu'est la maïeutique est limitée par un manque d'application cohérent des définitions de cette pratique, ce qui entraîne une mixité d'emploi de personnels

(*The Lancet*, 2014, p. 2 et p. 10)	professionnels et non professionnels, dont bon nombre ne propose que certaines composantes de la maïeutique. . L'analyse de 461 revues systématiques montre que 56 résultats, notamment la survie, la santé, le bien-être des femmes et des nouveau-nés, et l'utilisation efficiente des ressources peuvent être améliorés par des activités qui relèvent de la maïeutique. . 62 % des 72 pratiques efficaces qui relèvent du champ d'activité de la sage-femme soulignent l'importance d'encourager la physiologie de la grossesse et de la périnatalité, et la nécessité de renforcer les capacités des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles. . Promouvoir la santé des bébés au travers de la maïeutique suppose de soutenir, respecter et protéger la mère tout au long de sa vie féconde, par des soins de la plus grande qualité. Renforcer les capacités des mères est également essentiel pour la survie et le bien-être à long terme du nourrisson. . Les points de vue et expérience des femmes elles-mêmes, ainsi que ceux de leurs famille et communautés, sont essentiels pour la planification des services de santé, dans tous les pays. . Les résultats d'études consacrées à divers prestataires engagés dans la maïeutique n'ont identifié que de faibles bénéfices lorsqu'il était exclusivement fait appel à des travailleurs de santé peu qualifiés. La maïeutique allait de pair avec une utilisation plus efficace des ressources et des meilleurs résultats lorsqu'elle était assurée par des sages-femmes éduquées, formées, agrées et régulées, et leur efficacité était la meilleure lorsqu'elles étaient intégrées dans le système de santé basé sur un travail d'équipe performant, de filières d'orientation fiables, et des ressources suffisantes. . Des études de cas menées au Brésil, en Chine et en Inde montrent que les systèmes de santé qui se développent rapidement ont tendance à adopter un modèle reposant sur le recours systématique aux interventions médicales, sans l'équilibre apporté par la maïeutique. . Ces résultats plaident en faveur d'un changement systémique délaissant les soins maternels et néonatals fragmentés exclusivement consacrés à l'identification et au traitement des pathologies, au profit de soins qualifiés pour tous, assortis d'une prise en charge préventive et d'un soutien, et si nécessaire d'un traitement des pathologies par une équipe interdisciplinaire et l'intégration des secteurs hospitaliers et communautaires.
Effet projeté de l'accès universel à la maïeutique (*The Lancet*, 2014, p. 2 et p. 26)	. La maïeutique peut produire les interventions de santé maternelle et néonatale les plus efficaces et faciliter l'accès à un spécialiste et à des soins d'urgence complets, lorsque nécessaire. . La couverture universelle de ces interventions permettra de réduire le nombre des décès maternels, des mort-nés et des décès néonataux dans 78 pays classés d'après l'IDH. . Dans les pays appartenant au tertile inférieur de l'IDH, la mortalité maternelle diminuerait de 27 % en cas d'augmentation modeste (10 %) de la couverture des

	interventions relevant de la maïeutique, y compris la planification familiale, sur une période de 15 ans (à raison de 2 % par an sur la base des estimations actuelles), de 50 % en cas d'augmentation importante (25 %), et de 82 % en cas de couverture universelle (95 %). Nous avons observé des diminutions similaires pour les bébés mort-nés et les décès néonatals. . La planification familiale contribuerait également, à elle-seule, à réduire significativement les décès, puisque moins de femmes seraient exposées au risque de décès maternel. Le champ complet de la maïeutique doit inclure la planification familiale. . Outre l'estimation de la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et le bien-être devraient également être mesurés pour rendre compte sur le plan factuel, de manière plus détaillée, de l'effet complet de la maïeutique. . À tous les niveaux d'IDH, environ 30 % des décès maternels pourraient être évités par la maïeutique, et 30 % supplémentaires si l'on y ajoutait des soins médicaux de spécialiste. IDH : Indice de Développement Humain
Expériences nationales du renforcement des systèmes de santé et du déploiement des sages-femmes dans les pays présentant un taux de mortalité maternelle élevé **(*The Lancet*, 2014, p. 2 et p. 38)**	. Le renforcement des systèmes de santé, notamment des personnels, détermine à lui seul la réussite ou l'échec de la santé maternelle et néonatale. Depuis 1990, les 21 pays qui ont obtenu les meilleurs résultats en matière de réduction des taux de mortalité maternelle (d'au moins 2,5 %par an), ont également accru sensiblement le nombre des naissances en établissement, notamment, pour la plupart d'entre eux, en déployant des sages-femmes. . La couverture efficace dans les pays examinés dépend essentiellement de l'investissement en établissement. L'extension du réseau de services a enclenché un cercle vertueux de recours aux soins par les mères, de déploiement de sages-femmes à la fois pour répondre à la demande croissante mais également pour l'alimenter, d'une incitation à la levée des barrières financières et d'un recours plus important aux soins maternels. . Le souci de la qualité, dans les pays examinés, a pris de l'importance uniquement après une hausse significative du recours aux soins. Jusqu'à ces dernières années, on n'accordait peu, voire aucun intérêt aux moyens d'action dont disposaient les médecins et les sages-femmes pour réduire la surmédicalisation et promouvoir des soins respectueux, centrés sur les besoins des femmes. . Le déploiement des sages-femmes dans les pays examinés résulte de choix administratifs visant à accélérer et à concrétiser dans les faits l'accès universel aux soins. Le soutien de la classe politique nationale n'est venu qu'après que le processus ait été engagé, lorsqu'il est apparu que la population avait pris la pleine mesure ce déploiement réussi des sages-femmes, et que la société civile a su s'exprimer et s'imposer davantage dans le débat.

L'amélioration de la santé maternelle et néonatale par la maïeutique (*The Lancet*, 2014, p. 2 et p. 50)	. La couverture efficace des soins de santé de reproduction, maternels et néonatals suppose trois actions : faciliter l'utilisation par les femmes des services de maïeutique, faire davantage pour répondre à leurs besoins et attentes et améliorer la qualité des soins que ces femmes et leurs nouveau-nés reçoivent. . Des améliorations de la qualité de la santé reproductive, maternelle et néonatale et une meilleure couverture de santé sont tout aussi importantes si l'on veut obtenir de meilleurs résultats de santé pour les femmes et les nouveau-nés. L'investissement dans les sages-femmes, leur environnement de travail, formation, réglementation et gestion peut améliorer la qualité des soins dans tous les pays. . Une offre de services de maïeutique, accessible et de qualité, adaptée aux besoins et souhaits des femmes devrait faire partie intégrante de la conception des prestations de soins et devrait nourrir les politiques relatives à la composition, la formation et l'affectation des effectifs de santé dans tous les pays. . Les efforts de renforcement de la qualité des soins maternels et néonatals doivent intégrer des mesures efficaces permettant de recenser et de combattre les barrières systémiques à une maïeutique de qualité, tels que le statut inférieur des femmes, les rivalités interprofessionnelles, la méconnaissance des soins relevant de la maïeutique et de ce qu'ils peuvent apporter, un secteur privé de soins de santé maternelle et néonatale non réglementé. . Reconnaître et mettre en valeur la contribution importante apportée par la maïeutique à l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés est essentiel pour les programmes, initiatives et établissements nationaux, régionaux et mondiaux de santé. . La maïeutique peut produire des résultats positifs, notamment lorsque les services relevant de cette pratique sont valorisés et respectés, sont proposés au sein de la communauté et intégrés efficacement dans un système de santé fonctionnel. . L'extension de la couverture équitable et des améliorations qualitatives de la maïeutique sera difficile à réaliser dans de nombreux pays, notamment ceux dans lesquels le nombre de naissances annuels devrait augmenter fortement. . Les femmes et les communautés devraient être prises en compte dans les processus décisionnels visant à améliorer les services relevant de la maïeutique. . La maïeutique peut être avantageuse sur le plan du rapport coût/efficacité, accessible financièrement et durable. Les gouvernements devraient investir dans le déploiement de sages-femmes et les plans nationaux de santé devraient intégrer une stratégie de renforcement de la maïeutique. . Des investissements plus nombreux devraient être consacrés (par les pays et les partenaires au développement) aux travaux de recherche utiles et à la collecte régulière de données sur la santé maternelle et néonatale, et sur les professionnels de santé reproductive, maternelle et néonatale.

	. La couverture et la qualité de la maïeutique devraient faire l'objet d'un suivi régulier et être utilisées pour responsabiliser les parties prenantes, notamment les prestataires et les responsables de programmes.

Le 5 mai 2021 à l'occasion de la journée internationale des sages-femmes, l'UNFPA[120] (Fonds des Nations Unies pour la Population), l'OMS et l'ICM ont publié pour la troisième fois (après 2011 et 2014) leur rapport faisant l'état de la pratique de sage-femme dans le monde partant « du postulat selon lequel les pays à faible revenu ne sont pas les seuls à avoir du mal à répondre aux besoins et aux attentes des populations » (UNFPA, 2021, p. 2).

Une partie des constats faite en 2014 par *The Lancet*, se retrouve malheureusement de nouveau en 2021. La donnée la plus alarmante de ce rapport est le fait qu'il existe une pénurie mondiale de 1.1 million de professionnels de la Santé Sexuelle, Reproductive, Maternelle, Néonatale et des Adolescents (SSRMNA) dont 900 000 sages-femmes comme l'avait notamment prédit la série *The Lancet* pour la région de l'Afrique subsaharienne. D'une manière générale, le rapport estime que le personnel de SSRMNA assure 75% des besoins mondiaux en matière d'interventions de SSRMNA essentielles mais cette proportion diminue à 41% des besoins dans les pays à faible revenu (elle est la plus faible en Afrique et en Méditerranée orientale). Selon les prévisions, cette proportion ne passera qu'à 82% des besoins en 2030. De plus, d'ici à 2030, l'écart entre les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé et intermédiaire se creusera, accentuant les inégalités. Pour faire face à cette situation de pénurie mondiale de professionnels de SSRMNA d'ici à 2030, il faut créer 1.3 million de nouveaux postes dont essentiellement des sages-femmes en Afrique au cours des dix prochaines années. Les autres données marquantes de ce rapport sont la nécessité de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins notamment par la réduction du nombre de cas de fautes professionnelles, c'est-à-dire des situations de manque de respect et d'abus commises à l'encontre des usagers des systèmes de santé. Et, de

[120] Dans son programme 2017-2021 pour le Brésil, l'UNFPA avait fixé comme objectifs :

1. Concernant la santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle
   - De promouvoir les normes internationales sur la santé maternelle
   - De renforcer les capacités institutionnelles et du système de santé particulièrement en lien avec les iniquités et les déterminants sociaux
   - De soutenir la politique du Réseau Cigogne
   - De produire et de gérer des/les connaissances scientifiques
   - D'assurer des soins accessibles, acceptables et efficaces sans stigmatisation, sans discrimination ni toutes formes de violences basées sur le sexe, incluant les violences obstétricales
   - D'encourager les échanges et les partages d'expériences intra et inter-pays
2. Concernant l'obstétrique
   - De soutenir le développement de curriculums basés sur les compétences des sages-femmes
   - De soutenir le développement des mécanismes de régulation de la profession pour assurer des soins de qualité
   - De renforcer les associations professionnelles de sages-femmes

nouveau, ce rapport insiste sur la nécessité d'investir en faveur des sages-femmes puisque « des sages-femmes correctement formées, diplômées et intégrées, soutenues par des équipes interdisciplinaires et bénéficiant d'un environnement favorable, sont capables d'assurer environ 90 % des interventions essentielles de SSRMNA tout au long de la vie. Elles ne représentent pourtant qu'à peine 10 % du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale » (UNFPA, 2021, p. 3). Ainsi des investissements significatifs sont indispensables pour pouvoir permettre aux sages-femmes de pleinement réaliser leur potentiel.

Figure 14 : Les investissements à effectuer pour permettre la réalisation du potentiel des sages-femmes (UNFPA, 2021)

Ces investissements doivent s'envisager aux échelles régionale, nationale et mondiale et par différents acteurs comme « les gouvernements, les décideurs politiques, les autorités réglementaires, les institutions d'enseignement, les associations professionnelles, les organisations internationales, les partenariats mondiaux, les organismes donateurs, les organisations de la société civile et les chercheurs » (UNFPA, 2021, p. 3). De plus, le rapport a identifié plus précisément les facteurs qui empêchent les professionnels de SSRMNA de répondre aux besoins des populations. Il s'agit notamment des éléments suivants : « l'insuffisance des effectifs, un éventail de compétences inefficace au sein des équipes, la répartition inégale du personnel, les différences de niveau et de qualité des programmes d'éducation et de formation, le nombre limité de formateurs qualifiés (y compris pour la supervision et le mentorat) ; et une efficacité réglementaire limitée » (*The Lancet*, 2021, p. 4). Nous retrouvions déjà une partie de ces éléments dans la série *The Lancet* de 2014. En effet, depuis le premier rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde en 2011, « de nombreux problèmes … demeurent … d'actualité, notamment les pénuries de main-d'œuvre, les environnements de travail souvent défavorables, les insuffisances en matière d'enseignement et de formation, ou encore le manque de données relatives au personnel de santé » (UNFPA, 2021, p. 6). Mais des progrès ont aussi été réalisés comme « une prise de conscience accrue quant à l'importance de la qualité des soins, la mise en place à grande échelle de dispositifs d'accréditation des établissements de formation du personnel de santé, et une reconnaissance formelle du métier de sage-femme en tant que profession à part entière » (UNFPA, 2021, p. 6).

Nous présentons à présent les recommandations de 2018 de l'OMS en termes de bonnes pratiques pour l'accouchement.

Recommandations de l'OMS

Selon l'OMS, l'accouchement à bas risque est celui qui caractérise la majorité des 140 millions de naissances dans le monde chaque année. Il est défini comme celui qui débute spontanément entre 37 et 42 semaines gestationnelles, sans facteur de risques de complications identifiés pour la mère et son enfant, ceci du début jusqu'à la fin du travail et qui aboutit à la naissance d'un nouveau-né en présentation céphalique. En 2018, l'OMS a publié des recommandations « sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement » afin de « transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être ». En effet, la médicalisation croissante des processus d'accouchement tend à diminuer la capacité de la femme à donner naissance mais aussi à produire des effets négatifs sur son vécu d'accouchement. Par médicalisation de l'accouchement, l'OMS entend « l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement » (OMS, 2018, p. 1). L'accouchement devrait donc, selon l'OMS, être traité avec le respect dû à une expérience hautement personnelle, sexuelle et familiale. Dans ces recommandations de 2018, une expérience positive de l'accouchement est définie comme « une expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs

compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique » (OMS, 2018, p. 1). Ces recommandations ont, par ailleurs, été élaborées sur le « postulat que la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées » (OMS, 2018, pp. 1-2). Enfin, en cohérence avec les publications de *The Lancet*, l'OMS indique, dans une perspective systémique, que ces recommandations concernent « les décideurs politiques en matière de santé publique au niveau national et local, les responsables de la mise en œuvre des programmes de santé de la mère et de l'enfant, les responsables de centres de santé, les organisations non gouvernementales (ONG), les entreprises professionnelles impliquées dans la planification et la gestion des services de santé pour la mère et l'enfant, les professionnels de santé (comprenant les infirmiers, les sages-femmes, les médecins généralistes et les obstétriciens) et le personnel académique impliqué dans la formation des professionnels de santé » (OMS, 2018, p. 2). Nous proposons ci-dessous la liste récapitulative des recommandations de 2018 de l'OMS qui vise donc à établir des normes de bonnes pratiques pour la conduite d'accouchements et de naissances sans complications. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait qu'au point 4., l'OMS utilise le terme de « maïeutique ».

Tableau 32 : Liste récapitulative des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement (OMS, 2018)

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance		
Soins maternels respectueux	1. Des soins de maternité respectueux – cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement – sont recommandés.	Recommandé
Communication efficace	2. La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée.	Recommandé
Accompagnement pendant l'accouchement et la naissance	3. Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	Recommandé
Continuité des soins	4. Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien.[a]	Recommandation spécifique au contexte
Première phase du travail		
Définition des phases de latence et active du travail	5. L'utilisation des définitions suivantes des premières phases de latence et active du travail est recommandée pour la pratique. — La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants. — La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants	Recommandé
Durée de la première phase du travail	6. Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.	Recommandé
Progression de la première phase du travai	7. Pour les femmes enceintes avec un début de travail spontané, le rythme de dilatation du col de l'utérus d'1 cm/heure au cours de la phase active (représenté par la ligne d'alerte du partogramme) n'identifie pas correctement les femmes présentant des risques d'issue défavorable pour l'accouchement et n'est donc pas recommandé à cette fin.	Non recommandé
	8. Un rythme de dilatation d'1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale.	Non recommandé

[a] Intégrés depuis les *Recommandations OMS sur les soins prénatals pour une expérience de grossesse positive.*

Option de soins	Recommandation		Catégorie de recommandation
	9.	Le travail peut ne pas s'accélérer naturellement avant qu'un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm ne soit atteint. Par conséquent, l'utilisation d'interventions médicales pour accélérer le travail et l'accouchement (comme l'administration d'ocytocine ou la césarienne) avant ce seuil n'est pas recommandée si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.	Non recommandé
Pratique d'admission en salle de travail	10.	Pour les femmes enceintes en bonne santé présentant un travail spontané, une politique d'attente du début de la première phase active pour l'admission en salle d'accouchement est recommandée seulement dans un contexte de recherche rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Examen clinique du bassin à l'admission	11.	L'examen clinique du bassin à l'admission pour le travail n'est pas recommandé pour les femmes enceintes en bonne santé.	Non recommandé
Examen de routine de l'état du fœtus lors de l'admission pour le travail	12.	La cardiotocographie de routine n'est pas recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement pour les femmes en bonne santé présentant un travail spontané.	Non recommandé
	13.	L'auscultation à l'aide d'un appareil à ultrasons Doppler ou d'un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement.	Recommandé
Rasage du périnée/ du pubis	14.	Le rasage de routine du périnée/du pubis n'est pas recommandé avant un accouchement par voie basse.[a]	Non recommandé
Lavement à l'admission	15.	L'administration d'un lavement pour réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandée.[b]	Non recommandé
Toucher vaginal	16.	Un Un toucher vaginal toutes les quatre heures est recommandé pour l'évaluation systématique de la phase active du premier stade du travail d'accouchement chez les femmes à faible risque obstetrical.[b]	Recommandé
Cardiotocographie continue pendant l'accouchement	17.	La cardiotocographie continue n'est pas recommandée pour l'évaluation de l'état du fœtus chez les femmes enceintes en bonne santé expérimentant un travail spontané.	Non recommandé
Auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus pendant le travail	18.	L'auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus avec un appareil à ultrasons Doppler ou un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé pendant l'accouchement.	Recommandé
Analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur	19.	L'analgésie péridurale est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Opiacés pour le soulagement de la douleur	20.	Des opiacés parentéraux, comme le fentanyl, la diamorphine ou la péthidine, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur	21.	Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Techniques manuelles pour la gestion de la douleur	22.	Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé

[a] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles peripartum.*

[b] Intégré depuis les *Recommandations de l'OMS pour l'accélération de l'accouchement.*

Option de soins	Recommandation		Catégorie de recommandation
Soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé	23.	Le soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé et réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandé.[a]	Non recommandé
Liquides et nourriture par voie orale	24.	Chez les femmes à faible risque obstetrical, la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée.[a]	Recommandé
Mobilité maternelle et position	25.	Il est recommandé d'encourager la mobilité et une position verticale pendant le travail chez les femmes à faible risque obstetrical.[a]	Recommandé
Préparation vaginal	26.	La préparation vaginale de routine à la chlorhexidine pendant le travail n'est pas recommandé dans le but de prévenir les morbidités infectieuses.[b]	Non recommandé
Gestion active de l'accouchement	27.	Un ensemble de soins pour la gestion active du travail à fin d'empêcher sa prolongation n'est pas recommandé.[a]	Non recommandé
Amniotomie de routine	28.	Le recours à l'amniotomie seule pour prévenir la prolongation du travail n'est pas recommandé.[b]	Non recommandé
Amniotomie et ocytocine précoces	29.	Le recours à l'amniotomie précoce avec une accélération précoce du travail par ocytocine pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandé.[b]	Non recommandé
Ocytocine pour les femmes sous analgésie épidurale	30.	L'utilisation de l'ocytocine prévenir le travail prolongé chez les femmes sous analgésie épidurale analgésique n'est pas recommandée.[b]	Non recommandé
Antispasmodiques	31.	L'utilisation d'antispasmodiques pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandée.[b]	Non recommandé
Fluides par voie intraveineuse pour prévenir le travail prolongé	32.	L'utilisation de fluides par voie intraveineuse dans le but de réduire la durée du travail n'est pas recommandée.[b]	Non recommandé
Deuxième phase du travail			
Définition et durée de la deuxième phase du travail	33.	L'utilisation de la définition suivante et de la durée de la deuxième phase du travail est recommandée dans la pratique. — La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion. — Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures.	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sans analgésie épidurale)	34.	Pour les femmes sans analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sous analgésie épidurale)	35.	Pour les femmes avec analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Méthode de poussée	36.	Les femmes dans la phase d'expulsion de la deuxième phase du travail devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser.	Recommandé

[a] Intégré depuis les *Recommandations de l'OMS pour l'accélération de l'accouchement*

[b] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles peripartum.*

Option de soins	Recommandation		Catégorie de recommandation
Méthode de poussée (pour les femmes sous analgésie épidurale)	37.	Pour les femmes avec analgésie péridurale dans la deuxième phase du travail, il est recommandé de retarder la poussée pendant une ou deux heures après la dilatation complète ou jusqu'à ce que la femme retrouve le besoin de pousser dans un contexte où les ressources sont disponibles pour une durée prolongée de la deuxième phase et où l'hypoxie périnatale peut être correctement évaluée et gérée.	Recommandation spécifique à un contexte
Techniques de prévention du traumatisme du périnée	38.	Pour les femmes dans la deuxième phase du travail, les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles.	Recommandé
Indication de l'épisiotomie	39.	L'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément.	Non recommandé
Expression abdominale	40.	L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant la deuxième phase du travail n'est pas recommandée.	Non recommandé
Troisième phase du travail			
Utérotoniques prophylactiques	41.	L'utilisation d'utérotoniques pour la prévention d'hémorragie du post partum (HPP) pendant la troisième phase du travail est recommandée pour toutes les naissances.[a]	Recommandé
	42.	L'ocytocine (10 IU, IM/IV) est le médicament utérotonique recommandé pour la prévention de l'hémorragie du post partum (HPP).[a]	Recommandé
	43.	Dans les contextes où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (ergométrine/méthylergométrine, ou l'association à d'ocytocine et d'ergométrine) ou de misoprostol oral (600 µg) est recommandée.[a]	Recommandé
Clampage tardif du cordon ombilical	44.	Le clampage tardif du cordon ombilical (pas avant la 1ère minute après la naissance) est recommandé pour une meilleure santé de la mère et du nourrisson ainsi que pour la nutrition.[b]	Recommandé
Traction contrôlée du cordon (TCC)	45.	Dans les contextes où du personnel qualifié pour les accouchements est disponibles, la traction contrôlée du cordon (TCC) est recommandée pour les naissances si le prestataire de santé et la parturiente prennent en considération l'importance d'une légère diminution de la perte de sang et d'une légère diminution de la durée de la troisième phase du travail.[a]	Recommandé
Massage utérin	46.	Le massage utérin soutenu n'est pas recommandé en tant qu'intervention visant à empêcher l'hémorragie post partum (HPP) chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique.[a]	Non recommandé
Soins du nouveau-né			
Aspiration nasale ou orale de routine	47.	Pour les nouveau-nés avec du liquide amniotique clair qui respirent spontanément après la naissance, l'aspiration de la bouche et du nez ne devrait pas être réalisée.[c]	Non recommandé
Contact peau-à-peau	48.	Les nouveau-nés sans complications devraient être gardés en contact peau-à-peau (CPP) avec leur mère pendant la première heure après la naissance afin de prévenir l'hypothermie et d'encourager l'allaitement.[d]	Recommandé
Allaitement	49.	Tous les nouveau-nés, y compris les enfants à faible poids de naissance (FPN) qui sont capables d'allaiter, devraient être mis au sein le plus rapidement possible après la naissance dès qu'ils sont cliniquement stables, et que la mère et l'enfant sont prêts.[e]	Recommandé

[a] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies post partum*

[b] Intégré depuis le *Guide OMS : clampage du cordon retardé pour l'amélioration de la santé de la mère et du nourrisson et la nutrition.*

[c] Intégré depuis les *Directives OMS sur la réanimation basique du nouveau-né.*

[d] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la gestion des maladies infantiles communes : preuves pour la mise à jour techniques dulivre de poche des recommandations.*

[e] Intégré depuis les *Directives OMS sur la santé du nouveau-né.*

Option de soins	Recommandation		Catégorie de recommandation
Prophylaxie de la maladie hémorragique par la vitamine K	50.	Tous les nouveau-nés devraient recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire après la naissance (c'est à dire après la première heure durant laquelle l'enfant devrait être en contact peau-à-peau avec la mère et l'allaitement devrait être initié).[a]	Recommandé
Bain et autres soins post-naissance immédiats du nouveau-né	51.	Le bain devrait être reporté au moins 24 heures après la naissance. Si cela n'est pas possible pour des raisons culturelles, le bain devrait être reporté au moins six heures. Il est recommandé de vêtir l'enfant correctement en fonction de la température ambiante. Cela signifie une ou deux couches de vêtements de plus que les adultes, ainsi que des bonnets/capuchons. La mère et l'enfant ne devraient pas être séparés et devraient rester dans la même pièce 24 heures sur 24.	Recommandé
Soins de la femme après l'accouchement			
Surveillance de la tonicité utérine	52.	La surveillance de la tonicité utérine dans le post partum pour l'identification précoce de l'atonie utérine est recommandée pour toutes les femmes.[b]	Recommandé
Antibiotiques pour naissance sans complications	53.	L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications.[c]	Non recommandé
Antibiothérapie prophylactique de routine pour l'épisiotomie	54.	L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu une épisiotomie.[c]	Non recommandé
Surveillance maternelle postpartum de routine	55.	Toutes les femmes dans le post partum devraient avoir un examen régulier de routine du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et de la fréquence cardiaque pendant les premières 24 heures à compter de la première heure après la naissance. La tension artérielle devrait être mesurée peu de temps après la naissance. Si elle est normale, la deuxième mesure de pression artérielle devrait être prise dans les six heures suivantes. Le résidu post-mictionnel devrait être mesuré dans les six heures.[d]	Recommandé
Sortie de l'hôpital après une naissance sans complications	56.	Après une naissance sans complications dans un établissement de santé, les mères en bonne santé et leur nouveau-né devraient recevoir des soins dans l'établissement pendant au moins 24 heures après la naissance.[a,d]	Recommandé

[a] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la gestion des maladies infantiles communes : preuves pour la mise à jour techniques du livre de poche des recommandations.*
[b] Intégré depuis les *Recommandations OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies post partum.*
[c] Intégré depuis le *Guide OMS : clampage du cordon retardé pour l'amélioration de la santé de la mère et du nourrisson et la nutrition.*
[d] Intégré depuis les *Directives OMS sur la réanimation basique du nouveau-né.*

Référentiel de l'ICM sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme

L'*International Confederation of Midwives* (ICM) est une fédération d'associations de sages-femmes qui représentent des pays du monde entier. Elle travaille en partenariat avec l'OMS, l'ONU et les gouvernements afin de soutenir des stratégies de soins sécures dans le domaine de la maternité et de la santé primaire des familles. Elle intervient également dans l'élaboration des programmes de formation initiale à destination des sages-femmes. Elle est ainsi donc à l'origine de nombreuses publications dans le domaine de la maïeutique qui sont autant d'outils communs pour la pratique de la sage-femme dans le monde. Ils permettent de comprendre la contribution que peuvent apporter les sages-femmes au système des soins de santé. Nous proposons de présenter quelques contributions de l'ICM.

La définition internationale de la sage-femme : selon l'ICM (2021), « une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le

pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des normes globales pour la formation des sages-femmes ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de "sage-femme" ; et démontre la maitrise des compétences du métier de sage-femme ». La dimension de la formation semble essentielle selon l'ICM pour définir une sage-femme puisque cette fédération le précise à maintes reprises : « l'ICM reconnait que les sages-femmes sont les professionnels par excellence pour toutes les femmes enceintes partout dans le monde. Cette norme universelle se base sur une formation initiale et continue des sages-femmes fondées sur les compétences » (ICM, 2021).

L'étendue de la pratique sage-femme et sa définition : selon l'ICM (2021) « la sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum ». Dans la description de cette étendue de pratique, l'ICM insiste sur le rôle autonome et indépendant de la sage-femme dans son champ de compétence auprès des femmes, des enfants, des familles et de la communauté. Cela concerne les domaines de la prévention (en matière de santé sexuelle et reproductive par exemple), de la promotion (de l'accouchement physiologique par exemple), du dépistage des anomalies materno-fœtales et néonatales, de la collaboration interdisciplinaire et de l'exécution de mesures d'urgence. Elle peut exercer en différents lieux comme à domicile, dans des maisons de naissance, en secteurs hospitaliers publics et privés, en secteur sanitaire ou encore au sein de la communauté. Elle peut également jouer un rôle dans la production de savoirs scientifiques et défendre les pratiques sage-femme au regard de ces données scientifiques. En ce qui concerne la définition de la pratique sage-femme, les écrits de l'ICM démontrent une volonté marquée de professionnalisation : « la pratique sage-femme est la profession qu'exercent les sages-femmes, seules les sages-femmes exercent la pratique sage-femme. Elle regroupe en ensemble unique de connaissances, de compétences et d'attitudes professionnelles issues de disciplines partagées par d'autres professions de la santé telles que la science et la sociologie, mais qui sont exercées par des sages-femmes dans un cadre professionnel de pratique sage-femme caractérisée par l'autonomie, le partenariat, l'éthique et la responsabilité » (ICM, 2021).

La philosophie et le modèle de soins de la pratique sage-femme : certains concepts clés caractérisent le rôle dit « unique » (ICM, 2021) de la sage-femme. En effet, même si l'ICM (2021) admet que les caractéristiques des soins prodigués par les sages-femmes « ont évolué différemment en fonction des traditions et connaissances culturelles et sociales locales et régionales », il est tout de même possible d'établir une « description universelle de la philosophie et du modèle des soins de pratique sage-femme sans porter atteinte aux caractéristiques locales ou régionales de ces soins » (ICM, 2021). L'ICM soutient également le fait que la philosophie des soins influence le modèle de soins.

Tableau 33 : La philosophie des soins de pratique sage-femme et le modèle de soins de pratique sage-femme (ICM, 2021)

Philosophie des soins de pratique sage-femme	Modèle de soins de pratique sage-femme
• La grossesse est un processus physiologique normal. • La grossesse est une expérience profonde qui a une grande signification pour la femme, sa famille et la communauté dans laquelle elle vit. • Les sages-femmes sont les prestataires de soins les mieux placés pour assister les femmes enceintes. • Les soins prodigués par les sages-femmes encouragent, protègent et soutiennent la santé et les droits humains, génésiques et sexuels des femmes et respectent leur diversité ethnique et culturelle. Ils se basent sur les principes éthiques de justice, d'équité et de respect pour la dignité humaine. • Les soins prodigués par les sages-femmes sont par nature holistiques et continus, ancrés dans la compréhension des expériences sociales, émotionnelles, culturelles, spirituelles, psychologiques et physiques des femmes. • Les soins prodigués par les sages-femmes sont émancipateurs puisqu'ils protègent et améliorent le statut sanitaire et social des femmes et renforcent leur confiance en soi et leur capacité à faire face à l'accouchement. • Les soins prodigués par les sages-femmes ont lieu en partenariat avec les femmes, ils reconnaissent le droit à l'auto-détermination et sont respectueux, personnalisés, continus et non autoritaires. • Les soins éthiques et compétents prodigués par les sages-femmes sont orientés et guidés par une formation officielle et continue, la recherche scientifique et l'utilisation de données probantes.	• Les sages-femmes favorisent et protègent la santé et les droits des femmes et des nouveau-nés. • Les sages-femmes respectent les femmes et ont confiance en leurs capacités pendant l'accouchement. • Les sages-femmes encouragent et défendent la non-intervention pendant un accouchement normal. • Les sages-femmes fournissent aux femmes des informations et conseils appropriés de façon à encourager la participation et à améliorer la prise de décision. • Les sages-femmes prodiguent des soins respectueux, anticipés et flexibles, qui répondent à la totalité des besoins des femmes, de leurs nouveau-nés, de leur famille et de leur communauté et s'intéressent dans un premier temps à la nature de la relation entre la femme qui recherche les soins d'une sage-femme et cette dernière. • Les sages-femmes donnent aux femmes les moyens d'assumer la responsabilité de leur propre santé • Les sages-femmes prodiguent leurs soins en collaboration et en consultation avec d'autres professionnels de la santé afin de répondre aux besoins des femmes, de leurs nouveau-nés, de leur famille et de leur communauté. • Les sages-femmes entretiennent leurs compétences et s'assurent que leur pratique est fondée sur des données probantes. • Les sages-femmes utilisent la technologie de façon appropriée et orientent la femme en temps voulu, en cas de problème.

Les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme : ce référentiel de compétences élaboré en 2002 et révisé en 2013 est celui sur lequel s'appuie le Brésil pour définir les compétences des infirmières obstétricales. Il a été mis à jour en 2018 mais nous présentons les versions de 2002 et 2013 puisque ce sont celles-ci qui étaient en vigueur au moment de la réalisation de notre enquête de terrain. Ce référentiel est composé de six ou sept compétences (selon les versions de 2002 et 2013), chacune déclinée en connaissances de base, comportements professionnels de base et capacités techniques et/ou aptitudes de base et

complémentaires (en fonction des possibilités de mise en œuvre dans les différents pays du monde). Elles sont également complétées par les normes et lignes directrices de l'ICM sur la formation des sages-femmes, la réglementation et la pratique clinique de ces professionnels. Les compétences sont énumérées dans le tableau ci-dessous et présentées en Annexe 30.

Tableau 34 : Les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme (ICM, 2021)

COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE CONTEXTE SOCIAL, ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CULTUREL DES SOINS MATERNELS ET DU NOUVEAU-NÉ	**COMPÉTENCE 1** : Les sages-femmes ont les capacités cognitives et techniques nécessaires dans les domaines de l'obstétrique, de la médecine néonatale, des sciences sociales, de la santé publique et de l'éthique pour prodiguer des soins de haute qualité, adaptés sur le plan culturel et appropriés aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et à leurs familles.
COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE SOINS PRODIGUÉS AVANT LA GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION	**COMPÉTENCE 2** : Les sages-femmes fournissent une éducation et des services de santé de haute qualité qui prennent en compte les spécificités culturelles pour toute la collectivité afin de promouvoir une vie de famille saine, les grossesses désirées et une éducation positive des enfants.
COMPÉTENCE RELATIVE À L'OFFRE DE SOINS PENDANT LA GROSSESSE	**COMPÉTENCE 3** : Les sages-femmes fournissent des soins prénatals de haute qualité pour une santé optimale de la femme pendant sa grossesse et sauront détecter et traiter suffisamment tôt certaines complications ou orienter la femme vers une personne compétente.
COMPÉTENCE DANS L'OFFRE DE SOINS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	**COMPÉTENCE 4** : Les sages-femmes prodiguent des soins culturellement acceptables et de haute qualité pendant le travail, réalisent un accouchement sans risque dans des conditions hygiéniques et font face à des situations d'urgence particulières pour maximiser la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.
COMPÉTENCE EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES PENDANT LA PÉRIODE POSTNATALE	**COMPÉTENCE 5** : Les sages-femmes prodiguent aux femmes des soins postnataux complets, de haute qualité et respectueux des sensibilités culturelles.
COMPÉTENCE DANS LES SOINS POSTNATAUX DU NOUVEAU-NÉ	**COMPÉTENCE 6** : Les sages-femmes prodiguent des soins complets et de haute qualité pour les nourrissons bien portants de la naissance à deux mois.
COMPÉTENCE POUR PRODIGUER LES SOINS LIÉS AUX AVORTEMENTS (rajoutées dans la version de 2013)	**COMPÉTENCE 7** : Les sages-femmes fournissent une gamme de services de santé liés aux avortements individualisés et respectueux des sensibilités culturelles aux femmes qui demandent une interruption de grossesse ou qui font une fausse couche, conformément aux lois et réglementations en vigueur et en accord avec les protocoles nationaux.

La Charte des Droits fondamentaux des Femmes et des Sages-Femmes : ce document regroupe en termes de respect des droits fondamentaux de l'être humain beaucoup des principes mentionnés précédemment. Cependant, la dernière partie de ce document insiste notamment

sur la profession, la formation et les effectifs des sages-femmes dans les pays du monde. Ainsi, toujours dans une dynamique de positionnement fort, l'ICM (2021) indique que « les sages-femmes ont le droit de bénéficier d'une formation adéquate, de réglementations visant à favoriser leur pratique et d'associations pour leur permettre de mener à bien leur mission ». L'ICM (2021) indique également que « la profession de sage-femme a le droit d'être reconnue en tant que profession séparée et distincte ». D'autre part, en ce qui concerne les effectifs, l'ICM (2021) estime que les sages-femmes ont le droit à un « système de réglementation qui garantira des effectifs de sages-femmes sûrs, compétents et autonomes » et que la planification des effectifs nationaux de sages-femmes doit être suffisante pour répondre aux besoins des populations.

Le Code de Déontologie International pour les Sages-Femmes (Annexe 31) : il fait partie des documents à visée de professionnalisation et s'intéresse aux mandats éthiques de la sage-femme concernant sa pratique et les relations établies dans le cadre de sa pratique, ses responsabilités professionnelles, sa formation et le développement des connaissances et des pratiques (dimension recherche).

1.1.2. A l'échelle du Brésil

Résolution COFEN n°516/2016 et autres textes législatifs et réglementaires

Le référentiel de compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM que nous venons de présenter, est celui utilisé pour les infirmières obstétricales au Brésil. En effet, dans un document de présentation de ces compétences de l'école en soins infirmiers de l'UFMG il est écrit : « *as competências essenciais para a prática básica da obstetrícia que seguem estão baseadas nos valores, visão, estratégias e ações usadas por aqueles que assistem às necessidades de saúde das mulheres e famílias em fase de educação e criação dos filhos. As associações-membro são encorajadas a usar esta declaração da ICM sobre competências quando necessário em seus países, na educação, na regulamentação e desenvolvimento de padrões de prática para parteiras, como também em políticas necessárias para fortalecer a obstetrícia*[121] ». Ce même document précise donc que le référentiel des compétences essentielles de l'ICM doit servir pour l'élaboration des référentiels de formation

[121] Les compétences essentielles pour la pratique de base de l'obstétrique qui suivent sont basées sur nos valeurs, vision, stratégies et actions utilisées par ceux qui aident à répondre aux besoins de santé des femmes et des familles dans le processus d'éducation des enfants et de l'enfantement. Les associations membres sont encouragées à utiliser cette déclaration de l'ICM sur les compétences en cas de besoin dans leur pays, dans la formation, dans la réglementation et le développement de normes de pratique pour les sages-femmes, ainsi que dans les politiques nécessaires pour renforcer l'obstétrique (traduction personnelle).

des infirmières obstétricales et d'information pour les instances gouvernementales ou tout autre entité qui fixe des normes et qui a besoin de comprendre ce qu'est une sage-femme, ce que fait une sage-femme ou encore comment on apprend à devenir une sage-femme. Dans cette partie, nous nous définirons le cadre législatif, réglementaire et professionnel de l'exercice des infirmières obstétricales au Brésil. Nous précisons qu'au Brésil le terme de sage-femme peut être traduit par *parteira profissional* et que ce dernier terme regroupe à la fois les *enfermeira obstétrica* et *obstetriz.* Nous faisons le choix de synthétiser dans un tableau les différents textes utilisés pour établir le cadre de la pratique des infirmières obstétricales au Brésil afin de gagner en lisibilité. Puis, nous effectuerons un focus sur le Résolution COFEN n°516/2016 du 23 juin 2016 puisqu'elle résume le champ de compétence des infirmières obstétricales au Brésil.

Tableau 35 : Le cadre législatif, réglementaire et professionnel de l'exercice des infirmières obstétricales au Brésil

Textes/Années	Résumés
1974/1978 – Programme national de santé materno-infantile et Programme de prévention des grossesses à haut risque	Infirmières limitées aux soins. Activité sans autonomie.
1984 – Programme d'assistance intégrale à la santé de la femme	Infirmières intégrées dans les équipes de soins. Réalisation de consultations pour les femmes enceintes en période prénatale.
1986 – Loi n°7.498/86 légiférant l'exercice de la profession d'infirmière obstétricale	L'infirmière obstétricale peut : Effectuer la prestation d'assistance (suivi) de la femme enceinte, de la parturiente et de l'accouchée et effectuer l'accouchement sans dystocie (normal). Identifier les dystocies obstétricales et prendre en charge ces dystocies jusqu'à l'arrivée du médecin. Réaliser l'épisiotomie et sa réfection (ainsi que celle des déchirures périnéales de premier et second grade) avec application d'un anesthésique locale, quand cela est nécessaire.
1987 – Décret de Loi n°94.406/87 (articles 9 et 12) portant sur l'exercice de la profession d'infirmière obstétricale	L'infirmière obstétricale peut prendre en charge le nouveau-né à bas risque à la naissance et à haut risque dans l'attente du médecin. Les activités réalisées par les *parteiras* (accoucheuses traditionnelles) sont exercées sous la supervision de l'infirmière obstétricale quand elles sont réalisées en institutions de santé et, toujours quand c'est possible sous contrôle et supervision d'une unité de santé quand ces activités sont réalisées à domicile ou où cela est nécessaire.
1998 – Ordonnance n°2815/98	Inclusion dans les tableaux du système d'information hospitalier du SUS de la procédure « accouchement sans dystocie effectué par l'infirmière obstétricale ».
1998 – Ordonnance n°163/98	Légitime les attributions de l'infirmière obstétricale et détermine le rapport d'admission en soins infirmiers pour l'émission de l'autorisation de l'admission à l'hôpital pour un accouchement normal.
1999 – Résolution COFEN n°223/99	Prévoit le rôle des infirmières dans les soins à la femme durant le cycle de la grossesse et de l'accouchement.
1999 – Ordonnance n°985/99	Réglementation des maisons de naissance et des maternités-modèles dans le SUS dans lesquelles l'infirmière obstétricale est à la tête de l'équipe de travail.
2000 – Ordonnance n°572/2000	Le Ministère de la Santé légalise la rémunération des infirmières obstétricales pour leur activité dans les institutions de santé ou à domicile.
2007 – Résolution COFEN n°311/07 relative au Code de Déontologie des professionnels infirmiers	Le professionnel infirmier travaille à la promotion, à la prévention, au rétablissement et à la réadaptation de la santé, en autonomie et en accord avec les préceptes éthiques et juridiques. Droits : exercer les soins infirmiers en toute liberté, autonomie et être traité conformément aux principes juridiques, éthiques et des droits de l'homme ; améliorer ses connaissances techniques, scientifiques et culturelles qui soutiennent la pratique professionnelle ; participer à une pratique professionnelle multi et interdisciplinaire avec responsabilité, autonomie et liberté. Responsabilités et devoirs : assurer les soins infirmiers à la personne, à la famille et à la collectivité sans faute professionnelle, négligence ou imprudence ; évaluer soigneusement sa compétence technique, scientifique, éthique et juridique et n'accepter des charges ou des attributions que si elles peuvent être assurées avec sécurité pour soi et les autres ; respecter, reconnaitre et réaliser des actions qui garantissent

	le droit de la personne ou de son représentant légal, à prendre des décisions concernant sa santé, son traitement, son confort et son bien-être ; assumer la responsabilité des fautes commises dans ses activités professionnelles, qu'elles soient commises à titre individuel ou en équipe. Interdictions : provoquer un avortement ou coopérer à une pratique visant à interrompre la gestation – dans les cas d'avortement prévus par la Loi, les professionnels devront décider en accord avec leur conscience de participer ou non à l'acte abortif ; prescrire des médicaments et pratiquer des actes chirurgicaux exceptés dans les cas prévus par la législation en vigueur et dans les cas d'urgence.
2008 – Résolution COFEN n°339/08	Uniformise l'activité et la responsabilité civile de l'infirmière obstétricale dans les centres d'accouchement normal et/ou les maisons de naissance.
2009 – Résolution COFEN n°358/09	Prévoit la systématisation des soins de l'infirmière et l'implantation du processus de soins infirmiers en milieux, publics ou privés, dans lesquels des soins professionnels infirmiers prennent place.
2011 – Création du *Rede Cegonha*	Création des centres d'accouchement normal ou des maisons de naissance au sein du SUS et dirigés par les infirmières obstétricales.

Résolution COFEN n°516/2016 du 23 juin 2016 (Annexe 32)

Elle réglemente l'activité et la responsabilité de l'infirmière, de l'infirmière obstétricale et de l'*obstetriz* dans la prise en charge de la femme enceinte, de la parturiente, de l'accouchée et du nouveau-né et ceci dans des services d'obstétrique, dans des centres d'accouchement normal et/ou dans des maisons de naissance ou dans tout autre espace nécessitant cette attention. Elle établit également les critères permettant l'enregistrement des titres d'infirmière obstétricale et d'*obstetriz*. Nous ne reprenons ici que des éléments ne figurant pas déjà dans le tableau ci-dessus.

Les centres d'accouchement normal ou les maisons de naissance sont des structures destinées à la prise en charge de l'accouchement de risque habituel (ou aussi dit à bas risque) et qui appartiennent ou non à un établissement hospitalier. Quand elles appartiennent à un réseau hospitalier, elles peuvent être intra-hospitalières ou péri-hospitalières. Quand elles n'appartiennent pas à un réseau hospitalier elles peuvent être communautaires c'est-à-dire autonomes (administration propre) et se trouvant à une heure maximum d'une structure hospitalière. Ces structures sont conduites par des infirmières obstétricales ou des *obstetriz*, de l'admission de la patiente jusqu'à sa sortie. Elles doivent dispenser des soins complets et de qualité, basés sur les preuves scientifiques et humains pour les femmes, leurs nouveau-nés et leurs familles et/ou accompagnants. L'infirmière obstétricale responsable du centre d'accouchement normal ou de la maison de naissance doit de plus :

- Gérer le centre d'accouchement normal ou la maison de naissance en supervisant l'équipe multidisciplinaire sous sa responsabilité et en agissant en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire des services auxquels la structure est rattachée ou liée.

- Soumettre au conseil régional des soins infirmiers de sa juridiction, le règlement intérieur, les manuels de normes, les protocoles, les outils administratifs (élaborés et mis à jour) du centre d'accouchement normal ou de la maison de naissance.
- Veiller à ce que les activités de l'infirmière obstétricale, de l'*obstetriz* et de l'équipe d'infirmières, sous sa supervision, soient conformes aux règles éthiques et juridiques des soins infirmiers.
- Tenir à jour le registre des professionnels responsables des prises en charge de l'accouchement et de la naissance dans le centre d'accouchement normal ou la maison de naissance, ainsi que le registre national des établissements de santé.
- Fournir aux autorités compétentes tous les documents juridiques nécessaires à la régularisation du fonctionnement des structures sous sa responsabilité.
- Respecter et faire respecter la législation sur la pratique d'infirmière professionnelle et le Code de déontologie des professionnels infirmiers.

Concernant maintenant la pratique de l'infirmière obstétricale, celle-ci doit :

- Accueillir la femme et les membres de sa famille ou ses accompagnants ;
- Évaluer toutes les conditions de santé maternelle (cliniques, générales et obstétricales) ainsi que celles du fœtus ;
- Assurer la prise en charge de la femme pendant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale par le biais de la consultation infirmière ;
- Promouvoir un modèle de soins centré sur la femme, l'accouchement et la naissance. Promouvoir une ambiance favorable à la physiologie de l'accouchement et de la naissance et garantir la présence d'un accompagnant du choix de la femme, comme le prévoit la Loi ;
- Adopter des pratiques basées sur des preuves scientifiques telles que : l'offre de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, la liberté de la position lors de l'accouchement, la préservation de l'intégrité périnéale au moment de l'expulsion du fœtus, le contact peau à peau de la mère et du nouveau-né, le soutien à l'allaitement maternel peu après la naissance ainsi que le respect des spécificités ethniques et culturelles de la femme et de sa famille ;
- Évaluer l'évolution du travail et les conditions maternelles et fœtales, en adoptant des technologies appropriées dans les soins et la prise de décision et en tenant compte de l'autonomie et du protagonisme de la femme ;
- Effectuer la prise en charge de l'accouchement normal d'évolution physiologique (sans dystocie) et du nouveau-né ;
- Orienter la femme et/ou le nouveau-né vers un niveau de soins plus complexe, si des facteurs de risque et/ou des complications qui le justifient sont détectés ;
- Assurer la globalité des soins pour la femme et le nouveau-né en articulant les différentes prises en charge et en tenant compte du réseau de soins de santé et des ressources communautaires disponibles ;
- Consigner dans les dossiers médicaux de la femme et du nouveau-né les renseignements inhérents au processus de soins, de façon claire, objective et complète ;

- Émettre la Déclaration de Naissance Vivante conformément à la Loi n°12.662 du 5 juin 2012 ;
- Fournir des informations écrites et verbales, complètes et fiables, nécessaires au suivi et à l'évaluation du processus de soins ;
- Promouvoir l'éducation à la santé fondée sur les droits sexuels, reproductifs et la citoyenneté ;
- Participer à la planification des activités d'enseignement et veiller à ce que les stages de formation professionnelle soient effectués conformément à la législation infirmière en vigueur ;
- Promouvoir, participer et/ou superviser le processus de formation continue et de qualification de l'équipe infirmière en tenant compte des preuves scientifiques et du modèle de soins d'un centre d'accouchement normal ou d'une maison de naissance, c'est-à-dire centré sur la femme et sa famille ;
- Participer à des commissions liées au travail et à la philosophie du centre d'accouchement normal ou de la maison de naissance, telles que : commission de contrôle des infections hospitalières, d'enquête sur les décès maternels et néonatals, d'éthique etc. ;
- Participer à des actions interdisciplinaires et intersectorielles qui favorisent la santé maternelle et infantile ;
- Notifier tous les décès maternels et néonatals aux comités de mortalité maternelle et infantile/néonatale du Secrétariat de santé municipal et/ou d'État, conformément à l'impératif de l'Ordonnance n°1.119 du 5 juin 2008.

Ainsi, à travers ces textes législatifs, réglementaires et professionnels, nous pouvons donc affirmer que la pratique de l'infirmière obstétricale est garantie par la Loi et que celle-ci délimite, de plus, son champ de compétence. Elle peut légalement exercer en toute autonomie à l'intérieur de celui-ci et sous sa propre responsabilité en répondant de sa pratique professionnelle. Pour pouvoir exercer, le conseil fédéral en soins infirmiers exige l'enregistrement du titre d'infirmière obstétricale auprès du conseil régional en soins infirmiers de la juridiction du professionnel et que le certificat du cours soit délivré par des établissements accrédités par le Ministère de l'Education et de la Culture ou par le Conseil d'Etat de l'Education.

Voyons à présent les bonnes pratiques qui doivent fonder l'activité des infirmières obstétricales.

Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal

Nous avions précisé, dans la première partie de notre travail, que nous avions pu assister à la 7ème réunion de travail au Ministère de la Santé à Brasilia sur l'élaboration de la Directive Nationale pour la prise en charge de l'Accouchement Normal. Cette Directive fût publiée en Janvier 2016 après un long travail collaboratif de presque deux années coordonné par le Ministère de la Santé et répondant ainsi à ses propres volontés d'humanisation de l'accouchement et de la naissance. L'objectif principal de ce document est de synthétiser et d'évaluer systématiquement l'information scientifique disponible par rapport aux pratiques les

plus courantes en matière d'accouchement et de soins à la naissance en fournissant un soutien et des conseils à toutes les personnes impliquées dans les soins, afin de promouvoir, de protéger et d'encourager l'accouchement normal. Par accouchement normal, ce document entend (comme l'OMS) le travail spontané ou induit d'une femme sans facteur de risque identifié au préalable (bas risque) entre 37 et 42 semaines gestationnelles avec un fœtus unique, vivant et en présentation céphalique. Ses objectifs spécifiques sont de : promouvoir les changements dans la pratique clinique et normaliser les pratiques les plus courantes utilisées au cours de l'accouchement normal ; de réduire la variabilité injustifiée des comportements entre les professionnels dans le processus de prise en charge de l'accouchement ; de réduire les interventions inutiles dans le processus d'assistance à l'accouchement normal et, par conséquent, de réduire la iatrogénie ; de diffuser et accroître les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour l'accouchement normal ; de faire des recommandations en faveur ou en défaveur de certaines pratiques sans toutefois remplacer le jugement individuel du professionnel, de la patiente et des parents par rapport à l'enfant, dans le processus décisionnel au moment de la prise en charge. Il se destine donc aux professionnels de la santé de la périnatalité, aux gestionnaires et aux usagers du système de soins, autrement dit, à la population. D'un point de vue méthodologique, cette Directive est donc le fruit d'une revue de la littérature scientifique internationale sur l'accouchement normal. Son élaboration a reposé sur un groupe de travail composé de membres du Ministère de la Santé, d'obstétriciens, de médecins de famille, de néonatalogistes, d'anesthésistes et d'infirmières obstétricales. Un groupe consultatif a également participé à ces recommandations et était composé d'associations médicales, d'infirmières et de femmes, d'agences de régulation, de chercheurs et de professionnels de la santé. Ce document vise donc à garantir les meilleurs soins de santé possibles dans le contexte brésilien et en tenant compte des ressources disponibles au sein du SUS. Il sera révisé tous les deux à trois ans.

Il est important de présenter ce document puisqu'il représente les recommandations de bonnes pratiques et donc le référentiel du travail prescrit pour les acteurs prenant en charge des femmes enceintes. Cependant, il est difficile de synthétiser un document de 381 pages dont le résumé des recommandations fait, à lui tout seul, déjà 27 pages. Ce résumé est organisé autour de 16 points pour un total de 227 recommandations chacune détaillées dans le document global. Nous proposons donc de ne présenter que les bonnes pratiques dont nous avons déjà parlé dans ce travail à travers les recommandations de l'OMS et les résultats de l'enquête nationale *Nascer no Brasil*. Pour faciliter la lecture, nous les regroupons dans un tableau (les 16 points de recommandations sont cités mais certains ne seront pas développés).

Tableau 36 : Synthèse des recommandations de la Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Ministère de la Santé brésilien, 2016)

Les 16 points	Focus sur…	De quoi s'agit-il ?	Recommandation
Local de prise en charge de l'accouchement	Accouchement à domicile Maisons de naissance extra, péri ou intra-hospitalières		Non recommandé Recommandé pour les grossesses à bas risque

			si la patiente le souhaite
Professionnel qui assiste l'accouchement	Obstétricien Infirmière obstétricale Obstetriz	Médecin Sage-femme Autre dénomination pour sage-femme en formation initiale directe	 Pratique autonome recommandée des sages-femmes pour les grossesses et les accouchements à bas risques. Cela réduit les interventions inutiles et augmente la satisfaction des patientes
Soins généraux durant le travail			
Information et communication			Attitude respectueuse Droit à l'information Droit à la décision
Soutien physique et émotionnel	La présence en continu d'un accompagnant du choix de la patiente		Recommandé et obligé par la Loi
Alimentation durant le travail	Boissons Alimentation		Recommandées et plutôt des solutions isotoniques Autorisée si légère et si la femme n'a pas reçu d'opioïdes
Mesure d'asepsie pour l'accouchement			
Evaluation du bien-être fœtal	Auscultation intermittente du rythme cardiaque fœtal		Avec stéthoscope de Pinard ou US Après chaque contraction pendant 1 minute et toutes les 30 minutes Enregistrement si décélérations Prendre les pulsations maternelles
Gestion de la douleur du travail	Moyens non pharmacologiques de soulagement de la douleur Moyens pharmacologiques de	Déambulation, mobilisation, douches, bains, massages, aromathérapie, chant, exercices de relaxation et de respiration, hypnose conversationnelle, acupuncture Analgésie péridurale	Encourager les moyens non pharmacologiques de soulagement de la douleur Le recours à l'analgésie péridurale doit être

	soulagement de la douleur		précédemment clarifié et discuté avec la patiente durant la période prénatale afin de lui expliquer les avantages et les risques de la procédure
		Protoxyde d'azote	Possible si disponible et prévenir la patiente des effets secondaires
		Opioïdes IV ou IM	Possible mais prévenir la patiente des effets secondaires et de l'effet limité dans le temps
Rupture des membranes à terme			
Elimination du méconium avant ou pendant le travail			
Prise en charge de la première période du travail (effacement et dilatation du col)	Ocytocine de synthèse	Hormone visant à accélérer le travail en augmentant la fréquence et l'intensité des contractions utérines	Elle ne doit être utilisée qu'en cas de dystocie dynamique ou mécanique et non en routine dans le but d'accélérer le travail puisque majorer l'intensité des contractions utérines est plus douloureux pour la patiente et peut engendrer des anomalies du rythme cardiaque fœtal
	Amniotomie	Rupture artificielle de la poche des eaux visant à accélérer le travail	Sa réalisation précoce et en routine n'est plus recommandée compte tenu des complications fœtales qu'elle peut engendrer comme une augmentation de la fréquence des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou encore le risque de procidence du cordon
	Mobilisation		Encouragée et la patiente choisit la position la plus confortable pour elle

	Pose d'une voie veineuse périphérique		Pas recommandée en routine
	Partogramme	Représentation graphique et écrite de la surveillance de l'évolution du travail et du bien-être maternel et fœtal	Doit être utilisé pendant le travail selon celui de l'OMS ou un équivalent
Prise en charge de la seconde période du travail (expulsion fœtale)	Litotomie	Position dite gynécologique	Non recommandée, les postions verticales doivent être encouragées et surtout celles qui sont confortables pour la femme
	Kristeller	Pression abdominale sur le fond utérin durant la période expulsive afin de la raccourcir	Doit être proscrite compte tenu du risque de dommages qu'elle peut engendrer pour la mère comme des inversions utérines et des lésions périnéales
	Episiotomie	Incision périnéale réalisée au moment du dégagement de la tête fœtale	Sa réalisation en routine n'est plus recommandée et est considérée préjudiciable au regard des lésions périnéales graves qu'elle peut engendrer (de stade III et IV), des risques hémorragique et infectieux qu'elle peut également représenter. Et ceci sans diminuer à long terme les complications en termes de douleurs d'incontinences urinaire et fécale
Prise en charge de la troisième période du travail (délivrance sous-entendue du placenta)			
Prise en charge maternelle tout de suite après l'accouchement			

Prise en charge du nouveau-né	Peau à peau	Déposer le fœtus sur le ventre de sa mère	Recommandé
	Aspirations gastriques et des voies aériennes supérieures		Non recommandées en routine
	Clampage tardif du cordon	Entre 1 et 5 minutes	Recommandé
	Séparation mère-enfant		Non recommandée si pas nécessaire pour prendre en charge urgemment l'enfant
	Mise au sein précoce		Recommandée dans la première heure de vie
	Réanimation néonatale		Initier la réanimation en air ambiant

Ces recommandations nationales nous serviront lors de l'analyse de nos données d'observation, à évaluer l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. De plus, cela permet de mettre en évidence la cohérence de ces recommandations avec celles de l'OMS parues en 2018.

1.2. Concernant l'activité de formation

1.2.1. A l'échelle internationale

« La formation axée sur les compétences mobilise de nombreuses ressources et suppose la répétition, le renforcement et un développement personnel, au fur et à mesure de l'émergence de nouvelles techniques et de nouveaux outils. Les formateurs en maïeutique doivent réfléchir à la manière d'assurer une continuité par l'intégration d'un modèle de formation et d'expérience clinique, de formation initiale et formation continue. Malheureusement, dans de nombreux pays, ces fonctions ont été complètement dissociées, de sorte que les formateurs ne sont que rarement en contact avec la pratique clinique et ne sont pas associés aux choix de formation continue ni à aucune autre phase de formation ou d'évolution de carrière, laissant ainsi le champ libre à un programme d'enseignement marqué par la tradition ».

The Lancet, 2014, p. 5

Recommandations de l'OMS

Partant des constats précisés ci-dessus par *The Lancet* et des volontés internationales de développer le nombre de sages-femmes formées avec qualité, l'OMS a participé à la production de plusieurs documents visant à guider l'ingénierie de formation des professionnels de la périnatalité. Le premier a été rédigé en 2005, conjointement avec l'ICM et la FIGO et s'intitule « Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié ». Le second a

été rédigé en 2013 et s'intitule « Compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes ». Nous présentons les grandes lignes de chacun de ces deux documents.

Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié.

Ce document, composé de six parties, balaie différentes thématiques allant de la description des compétences et aptitudes (celles de l'ICM) requises pour attribuer le statut de « qualifié » à un accoucheur, à la description des environnements de travail favorables à la dispensation de soins de qualité en passant par la formation des professionnels de la périnatalité. Nous ne traiterons ici que du volet de la formation des professionnels. Nous avons déjà mis en évidence le fait que les dénominations et les pratiques des professionnels de la périnatalité différaient dans les différents pays du monde puisque ceci dépend en partie de volontés politiques et que les exigences des gouvernements ne sont pas partout les mêmes. Il semble nécessaire de trouver un consensus pour harmoniser ces dénominations et ces pratiques. Ainsi, sous l'appellation d'« accoucheur qualifié », l'OMS entend : « un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier(ère)) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications » (OMS, 2005, p. 1). L'OMS resouligne le fait que l'accoucheur qualifié n'est qu'un des maillons d'une chaine qui se doit d'être solide au possible. Ainsi, « par prestation de soins par du personnel qualifié, on entend les soins prodigués à une femme (et à son nouveau-né) pendant la grossesse, l'accouchement ou immédiatement après l'accouchement par un personnel de santé accrédité et compétent ayant à sa disposition l'équipement nécessaire dans le cadre d'un système de santé fonctionnel, comprenant entre autres des moyens de transport et des centres de référence où transférer les femmes présentant une urgence obstétricale » (OMS, 2005, p. 1). Mais l'appellation d'« accoucheur qualifié » reste assez générique et nécessite d'être précisée en référence aux catégories professionnelles auxquelles elle peut être attribuée. Ainsi, l'OMS englobe sous cette appellation les catégories professionnelles suivantes : les sages-femmes (y compris les infirmières sages-femmes), les infirmières qualifiées en soins obstétricaux, les médecins qualifiés en soins obstétricaux et les obstétriciens. Les accoucheuses traditionnelles[122] ne font pas partie des accoucheurs reconnus comme qualifiés par l'OMS mais cette dernière leur reconnait un intérêt majeur dans une approche systémique des soins périnataux. En effet, elles jouent le rôle de facilitateur de l'accès des femmes et des nouveau-nés à des soins qualifiés en étant le lien entre les populations, les communautés et les systèmes de soins. Ainsi, il s'agit d'instaurer une coopération réelle, efficace et active dans laquelle « le rôle de chaque professionnel concerné doit être clairement défini dans le plan stratégique de répartition des

[122] L'OMS les définit comme des « personnes qui, au sein de la communauté, prodiguent de façon traditionnelle des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, sans avoir reçu de formation dans les règles, et qui sont indépendantes du système de santé » (OMS, 2005, p. 10).

accoucheurs qualifiés. Cela facilitera le travail d'équipe et créera un climat de respect et de confiance réciproques dans le rôle de chacun » (OMS, 2005, p. 10). De surcroit, cette collaboration à différents niveaux du système de soins est la garante de la continuité des soins pour les femmes et les enfants et donc, en partie, de leur qualité. C'est pourquoi, l'OMS précise que parmi les compétences de l'accoucheur qualifié figure celle d'« encadrer et assurer la formation continue des agents de santé non qualifiés, y compris des accoucheuses traditionnelles là où il y en a, afin de garantir la qualité des soins prodigués pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum immédiat » (OMS, 2005, p. 5). L'OMS place comme objectif principal d'accorder autant d'importance à la formation initiale qu'à la formation continue des accoucheurs qualifiés notamment quand ces derniers exercent de façon isolée dans des zones géographiques reculées les obligeant à être polyvalents. Ainsi, « la question de la re-certification doit être envisagée surtout pour les professionnels de santé polyvalents devant posséder des compétences dans de nombreux domaines » (OMS, 2005, p. 14). En poursuivant sur la formation continue, l'OMS indique également que cette question de la re-certification ne doit pas uniquement concerner les individus. En effet, « afin de protéger le public – mais aussi les praticiens – il est important d'édicter des règles et d'agréer les accoucheurs qualifiés, les institutions où ils travaillent, les programmes et les établissements où ils ont été formés » (OMS, 2005, p. 15). À l'échelle individuelle, les mécanismes existants et préconisés par l'OMS pour assurer la re-certification des accoucheurs qualifiés sont :

- « Des plans de formation continue : le praticien suit des formations spécialisées et approuvées afin de renforcer ou d'acquérir des connaissances pratiques et théoriques.
- Des systèmes de ré-accréditation : le professionnel de santé fournit des documents sur ses expériences professionnelles et ses formations ou autres, démontrant que son parcours professionnel d'accoucheur qualifié établit qu'il a toujours les compétences et aptitudes en soins obstétricaux.
- Des modèles de supervision : il s'agit d'une évaluation plus ou moins continue de la pratique de l'accoucheur qualifié, soit par son superviseur attitré ou par ses pairs, ou encore de plus en plus souvent par des audits de la pratique clinique, ou tout autre moyen similaire. Les modèles les plus réussis sont ceux qui permettent un soutien, un échange d'idées, un retour sur la pratique (aussi bien négatif que positif) et dont la vocation n'est pas d'être punitifs » (OMS, 2005, p. 16).

En ce qui concerne maintenant la formation initiale des accoucheurs qualifiés, l'OMS indique que « la formation initiale des accoucheurs qualifiés doit être basée sur l'enseignement des compétences et aptitudes spécifiques, y compris pour les urgences vitales. Le cursus de formation doit comprendre une évaluation des compétences et du savoir-faire de l'étudiant par des méthodes fiables » (OMS, 2005, p. 15). Mais les considérations de l'OMS s'arrêtent ici et ne donnent pas davantage d'indications sur les outils de l'ingénierie pédagogique. L'OMS rappelle simplement quelques grandes lignes directrices de la philosophie de la maïeutique comme : une approche non pas uniquement focalisée sur l'aspect technique des soins mais plus largement centrée sur la santé publique, la conscience de l'étendue des responsabilités professionnelles et éthiques, la dispensation de soins de qualité, le sens du devoir et de la motivation et enfin la capacité à analyser et tirer des apprentissages de ses expériences. Enfin, en conclusion, l'OMS indique que « dans tous les pays qui se sont lancés dans le projet un

accoucheur qualifié pour toutes, cet objectif n'a pas été atteint du jour au lendemain : cela a pris entre 10 et 20 ans. Cela étant, l'impact sur la mortalité maternelle est apparu clairement avant même qu'un accoucheur qualifié soit disponible pour chaque femme. Dans certains cas, on a pu constater une réduction de la mortalité maternelle alors que la couverture par des accoucheurs qualifiés n'était encore que de 40%, même si pour maintenir cette diminution il était impératif de continuer à accroître la couverture » (OMS, 2005, p. 21).

Compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes.

C'est davantage dans cette autre publication de l'OMS, centrée sur les formateurs de sages-femmes, que nous trouverons des détails concernant les outils de l'ingénierie pédagogique qui nous manquaient dans le document précédent. En avant-propos, l'OMS précise dans son document que, dans certains pays, la qualité des soins obstétricaux peut être remise en cause par « des programmes de formation qui sont loin d'être optimaux » (OMS, 2013, p. 4) résultant « non seulement d'un cruel manque de ressources de formation, mais aussi tout particulièrement d'un manque d'enseignants compétents » (OMS, 2013, p. 4). En effet, l'OMS justifie sa publication par le résultat d'une enquête qui indique que seulement 6.6% « des personnels enseignants actuels dans certains pays en développement ont suivi une préparation officielle à l'enseignement et possèdent les qualifications nécessaires pour entrer dans la profession, ou poursuivent des études dans des établissements d'enseignement supérieur pour devenir enseignants » (OMS, 2013, p. 5). De plus, « le ratio professeur/étudiants dans les pays en développement serait aussi élevé que 1:45 en classe (alors qu'il est de 1:12 dans les pays développés) » (OMS, 2013, p. 25). Or, l'OMS avance l'idée que de la qualité des formateurs dépend, en partie, la qualité des formations qui doivent reposer sur la création de liens solides et efficaces entre la théorie et la pratique du métier de sage-femme. En effet, l'OMS estime que l'alternance est l'une des conditions pour une formation de qualité : « la qualité et la quantité de l'expérience clinique offerte aux étudiants qui se préparent au métier de sage-femme sont également des sujets dont il faut se préoccuper. Les enseignants/formateurs bien préparés doivent véritablement comprendre comment enseigner et comment développer efficacement les compétences de leurs élèves, grâce à toute une palette de méthodes d'enseignement aussi bien pour les cours théoriques que pour la pratique clinique » (OMS, 2013, p. 5). Outre cette problématique de la qualité des formateurs, se pose aussi la problématique de la qualité des programmes de formation. En effet, « les données actuelles montrent clairement que la majorité des programmes, notamment dans les pays en développement, ne préparent pas les formateurs de sages-femmes à répondre aux principaux besoins professionnels et sanitaires des pays. Il est par conséquent impératif de mettre à la disposition des établissements d'enseignement des lignes directrices pour l'élaboration de programmes pédagogiques fondés sur les compétences réelles » (OMS, 2013, p. 5). Pour autant, l'OMS précise que la mise en œuvre de ces compétences par les formateurs sera soumise à des contraintes comme « la diversité des catégories régionales des programmes d'études de sage-femme et le besoin de ressources pour appliquer les programmes » (OMS, 2013, p. 5). Ce document représente un point de départ pour construire une formation de sages-femmes harmonisée et de qualité au niveau international. L'OMS a ainsi estimé à dix-neuf (après un processus d'élaboration en six étapes) le nombre de compétences nécessaires aux formateurs de sages-femmes pour dispenser une formation de qualité. Ces dix-neuf compétences sont

regroupées en huit domaines ou champs de pratique pédagogique et concernent aussi bien la formation initiale que la formation continue des sages-femmes. Puis, pour chaque compétence, les connaissances de base, capacités techniques (aptitudes) et comportement professionnel attendus du formateur ont été décrits (Annexe 33). Nous présentons dans l'infographie ci-dessous les intitulés des dix-neuf compétences du formateur de sages-femmes ainsi qu'un résumé des connaissances, aptitudes et comportement professionnel (parmi lesquels figure la « compréhension des différentes cultures ») :

Tableau 37 : Les dix-neuf compétences du formateur de sages-femmes (OMS, 2013)

DOMAINE	COMPÉTENCES
1. Principes éthiques et juridiques de la pratique obstétricale	Les formateurs de sages-femmes intègrent et mettent en avant les aspects éthiques et juridiques des soins dispensés par la sage-femme lors d'activités pédagogiques/d'apprentissage et montrent l'exemple en toutes circonstances. *Compétence 1 : Avoir un comportement en accord avec l'éthique professionnelle des enseignants et des sages-femmes.* *Compétence 2 : Témoigner d'une bonne compréhension des textes juridiques et réglementaires relatifs à l'enseignement et à la pratique du métier de sage-femme.*
2. Pratique obstétricale	Les formateurs de sages-femmes maintiennent à jour leurs connaissances et capacités techniques sur la théorie et la pratique du métier de sage-femme en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles. *Compétence 3 : Entretenir ses compétences dans la pratique obstétricale.* *Compétence 4 : Pratiquer le métier de sage-femme à la lumière des connaissances factuelles les plus récentes.*
3. Apprentissage théorique	Les formateurs de sages-femmes créent un environnement qui facilite l'apprentissage. *Compétence 5 : Intégrer des stratégies pédagogiques favorisant un apprentissage actif.* *Compétence 6 : Sélectionner et utiliser du matériel/des ressources pédagogiques et d'apprentissage efficaces.* *Compétence 7 : Reconnaître et défendre différents styles d'apprentissage et les besoins uniques d'apprentissage des étudiants.*
4. Apprentissage dans le domaine clinique	Les formateurs de sages-femmes créent un environnement propice à un enseignement clinique efficace des soins obstétricaux. *Compétence 8 : Faciliter l'établissement d'un cadre d'apprentissage sûr et efficace en milieu clinique.* *Compétence 9 : Favoriser l'apprentissage individualisé par l'expérience.*
5. Évaluation des étudiants et des programmes	Les formateurs de sages-femmes sont chargés de réaliser régulièrement un suivi et une évaluation des programmes et des étudiants. *Compétence 10 : Suivre et évaluer en permanence l'efficacité du programme pédagogique.* *Compétence 11 : Évaluer la maîtrise des compétences par les étudiants.*
6. Organisation, gestion et leadership	Les formateurs de sages-femmes participent à la formulation des effets attendus des politiques et des programmes, et à la conception et à la mise en œuvre des programmes d'études. *Compétence 12 : Prendre une part active à l'organisation et à la mise en œuvre d'un programme d'études pour les sages-femmes.* *Compétence 13 : Mettre en œuvre et revoir les cursus/programmes consacrés à l'enseignement du métier de sage-femme.*

DOMAINE	COMPÉTENCES
7. Communication, leadership et plaidoyer	Les formateurs de sages-femmes communiquent efficacement et agissent en tant que défenseurs, artisans du changement et chefs de file. *Compétence 14 : Communiquer efficacement par toutes sortes de méthodes dans des contextes variés.* *Compétence 15 : Démontrer des capacités de compréhension des différentes cultures dans la conception et la mise au point des cours, l'enseignement et la pratique obstétricale.* *Compétence 16 : Agir en tant qu'artisan du changement et chef de file afin d'améliorer aussi bien la pratique obstétricale que la formation des sages-femmes.* *Compétence 17 : Utiliser toutes sortes de stratégies de plaidoyer pour promouvoir la formation des sages-femmes et la pratique obstétricale, notamment des actions en faveur de la profession, des communautés, des droits de la personne et d'une évolution structurelle.*
8. Recherche	Les formateurs de sages-femmes encouragent l'utilisation de la recherche et s'en servent pour orienter la formation des sages-femmes et la pratique obstétricale. *Compétence 18 : Utiliser la recherche pour orienter l'enseignement et la pratique.* *Compétence 19 : Cultiver une culture favorisant l'analyse critique et la pratique fondée sur des données probantes.*

Tableau 38 : Le résumé des connaissances, aptitudes et comportement professionnel du formateur de sages-femmes (OMS, 2013)

CONNAISSANCES	APTITUDES	ATTITUDES
• Apprentissage des adultes • Centrées sur l'étudiant • Réflexion critique • Résolution de problèmes • Apprentissage par l'expérience • Intégration des connaissances • Facilitation de l'apprentissage • Identification des besoins des apprenants • Engagement dans la pratique des sciences • Méthodes de recherche • Pratique fondée sur des données probantes • Application de la théorie à la pratique	• Variété des méthodes pédagogiques • Apprentissage en groupe • Conception de programmes d'études • Mise en œuvre de programmes d'études • Planification • Objectifs d'apprentissage • Préparation de l'environnement pédagogique • Utilisation de supports visuels • Aide à l'élaboration du bilan des compétences en matière de prestation des soins de santé • Technologies de l'information • Compétences en recherche • Évaluation • Organisation • Établissement de priorités • Gestion des ressources • Gestion du temps et de la charge de travail • Préparation au rôle d'enseignant • Communication • Socialisation par le rôle • Mentorat	• Émulation par l'exemple • Basées sur des valeurs • Bon communicateur • Compréhension des différentes cultures • Éthiques et professionnelles • Respect et confiance • Artisan du changement • Leadership • Adaptabilité • Capacités d'autoréflexion • Perfectionnement professionnel • Amélioration de la qualité • Engagement en faveur de l'apprentissage tout au long de la vie • Collaboration • Relations avec les pairs
Pratique clinique À jour dans la pratique clinique Maîtrise de la pratique obstétricale Sage-femme compétente et fiable		

Au sujet des connaissances, aptitudes et comportement professionnel décrits ci-dessus, l'OMS précise une chose tout à fait pertinente au regard de notre thématique de recherche et qui rejoint la dimension universelle de la formation et de l'éducation. En effet, l'OMS indique concernant les compétences des formateurs, qu'il existe des points communs entre les différentes filières de formation en santé : « en général, ils incluent la connaissance de la théorie de l'enseignement, qui transparaît ensuite en classe/en laboratoire de travaux pratiques et dans l'habileté à enseigner en milieu clinique. L'émulation par l'exemple et l'adoption d'une approche axée sur les valeurs sont également considérées comme des éléments importants. Il convient de noter ici que les compétences du corps professoral pour la formation initiale des professionnels de la santé peuvent être considérées comme génériques. Hormis les connaissances qui sont propres à une profession, les connaissances liées aux approches et aux méthodes pédagogiques sont communes à l'ensemble des disciplines de la santé. Les compétences pédagogiques des formateurs de sages-femmes sont les mêmes que celles exigées des formateurs d'infirmières, de médecins, de kinésithérapeutes ou de dentistes, pour n'en citer que quelques-uns » (OMS, 2013, p. 27). En plus de ces compétences, l'OMS indique les conditions à remplir pour devenir formateur de sages-femmes en y ajoutant une comparaison avec celles de l'ICM :

Tableau 39 : Les conditions pour devenir formateur de sages-femmes (OMS, 2013)

Formation de sage-femme	Avoir suivi jusqu'au bout un programme de formation de sage-femme, théorique et pratique, reconnu.
Diplôme de sage-femme	Détenir un permis/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme.
Expérience clinique en matière de soins obstétricaux	Avoir une expérience clinique à plein temps de deux ans minimum, acquise au cours des cinq dernières années, sur l'ensemble du champ d'activité du métier de sage-femme.
Formation pédagogique	Avoir suivi une préparation officielle à l'enseignement, avant de commencer à travailler ou peu de temps après.

	RENFORCER LA BOÎTE À OUTILS DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE, MODULE 6 : ÉLABORER DES PROGRAMMES EFFICACES POUR PRÉPARER LES FORMATEURS DE SAGES-FEMMES (OMS, 2011)	DIPLÔMES ET COMPÉTENCES DES FORMATEURS DE SAGES-FEMMES (ICM, ADOPTÉ À LA RÉUNION DU CONSEIL DE GLASGOW, 2008)
Diplôme de sage-femme	Avoir suivi jusqu'au bout un programme de formation de base pour devenir sage-femme, avec de bons résultats scolaires aussi bien sur la théorie que sur la pratique du métier.	Détenir un permis/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme.
Expérience (pratique) clinique	Expérience clinique récente à plein temps, d'une durée de deux ans minimum.	Travail antérieur à plein temps dans une variété de domaines (services ante-partum, intra-partum, post-partum, néonatologie, planification familiale), d'une durée de deux ans.
Programme de formation pour les formateurs de sages-femmes	Deux années de formation à plein temps	Préparation officielle à l'enseignement ou engagement à suivre une telle préparation pour garder son poste.
Compétences des formateurs de sages-femmes	Mettre en pratique toutes les compétences cliniques de la sage-femme à un niveau certain de maîtrise. Mener des recherches simples en ayant recours à des méthodes qualitatives et quantitatives. Enseigner aux étudiants avec efficacité. Évaluer les étudiants avec impartialité. Tenir des dossiers et présenter des rapports de façon claire, précise et concise. Gestion. Bonne aptitude à la communication. Compétence interculturelle.	Connaissance des théories de l'apprentissage des adultes. La capacité d'utiliser des méthodes pédagogiques variées axées sur les compétences pour faciliter l'apprentissage, afin de refléter la diversité des comportements parmi les étudiants. Des bases solides en matière d'organisation, de mise en place et d'évaluation de l'efficacité d'un programme de formation. Maintenir à jour leur base de connaissances sur la théorie et la pratique du métier de sage-femme, et promouvoir en permanence une pratique fondée sur des données probantes. Comprendre leurs propres valeurs et préjugés en matière d'enseignement et d'apprentissage et fournir un environnement qui permet aux apprenants de clarifier les valeurs compte tenu du large éventail de clients à prendre en charge. Fournir un environnement qui permet de clarifier chez les apprenants les valeurs associées aux différents types de clients (fourniture de soins adaptés sur le plan culturel). Promouvoir les aspects professionnels/éthiques des soins prodigués par les sages-femmes conformément au Code de déontologie international des sages-femmes élaboré par l'ICM. Créer un climat d'apprentissage basé sur le respect et la confiance mutuels. Être les chantres des soins de pratique obstétricale sûrs, compétents et respectueux. Collaborer avec d'autres professionnels dans le cadre d'une équipe soignante. Être à jour dans leur pratique clinique.

En ce qui concerne le suivi et l'évaluation des formations, cette démarche permet de recueillir « des informations sur le déroulement de la mise en œuvre des programmes de formation des sages-femmes et sur les résultats de ces programmes, notamment les pratiques personnelles, comportementales et professionnelles des enseignants, des étudiants et des diplômés » (OMS, 2013, p. 24). A partir des informations produites par la démarche d'évaluation (idéalement qualitatives et quantitatives), une réflexion critique peut alors être menée afin d'ajuster la pertinence des programmes et des parcours pédagogiques mais aussi d'ajuster celle des compétences des formateurs de sages-femmes. En ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation des compétences des formateurs de sages-femmes, l'OMS indique qu'elles peuvent être appréciées à trois niveaux :

1. « Autoévaluation du formateur : elles peuvent permettre d'évaluer sa propre performance en matière d'enseignement et d'évolution professionnelle.
2. Établissement de formation : elles peuvent permettre de répondre aux besoins de son corps professoral en termes de capacité éducative ou servir à des fins de recherche.
3. Évaluation nationale de la formation des sages-femmes : elles peuvent permettre d'évaluer la qualité de l'enseignement et la capacité des formateurs à satisfaire aux normes requises, et faciliter la planification d'interventions appropriées. Des audits de la qualité pourront être coordonnés, par exemple par le ministre de la santé et/ou le conseil des infirmières et des sages-femmes et le ministre de l'éducation » (OMS, 2013, p. 24).

Le développement d'un corps professoral qui fonctionne bien est donc essentiel au développement de la qualité des formations. Or, ce fonctionnement ne peut être soutenu aux niveaux méso et macro que par des environnements institutionnels, réglementaires et politiques clairs : quoi enseigner, comment enseigner, à qui enseigner et où enseigner ? Cela nécessite donc des moyens et des ressources en termes de contenus de formation, de matériel pédagogique (pour la théorie et la pratique), d'infrastructures de formation, de rémunération des formateurs ou encore de formation continue des formateurs par exemple. Ces soutiens semblent indispensables pour soutenir l'excellence et la motivation du corps professoral des sages-femmes.

Nous passons maintenant aux recommandations de l'ICM en ce qui concerne la formation des sages-femmes.

Recommandations de l'ICM

En 2010, l'ICM a publié des « normes globales de formation des sages-femmes » qui ont été révisées en 2013 et qui s'appuient sur le référentiel des compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme qu'elle a édité. L'idée est donc de mettre en cohérence le plus possible les référentiels métier et de formation afin de préparer au mieux les futurs professionnels à l'exercice de leur métier. L'articulation métier-formation est souhaitée forte. Ainsi, ces normes pour la formation des sages-femmes « représentent les exigences minimums attendues d'un programme de formation des sages-femmes de qualité avec un accent porté davantage sur l'approche basée sur la compétence que sur les diplômes universitaires » (ICM, 2013, p. 1). Elles sont accompagnées de recommandations complémentaires (Annexe 34) qui précisent pour chaque norme déterminée, à l'aide d'exemples, ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre cette norme et comment il est possible de s'assurer que la norme a été appliquée. Ces recommandations fournissent donc un cadre (qui reste adaptable aux spécificités, notamment culturelles, de chaque pays) pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de formation des sages-femmes. Elles reposent sur des valeurs comme la confiance dans les méthodes de formation des sages-femmes, l'amélioration continue de la qualité des programmes de formation, le maintien de l'intégrité par un processus de formation cohérent, impartial et honnête, un apprentissage tout au long de la vie et la promotion de l'autonomie des sages-femmes et de leurs programmes de formation. Elles reposent également sur des principes fondateurs comme :

- « La durée minimum d'un programme de formation de sages-femmes par admission directe est de trois ans.
- La durée minimum d'un programme d'études infirmières ou de prestataire de soins de santé est de dix-huit mois.
- Les programmes de formation des sages-femmes s'engageront dans une auto-évaluation du personnel, des procédures et des services pour maintenir des programmes de qualité et adaptés au pays donné » (ICM, 2013, p. 3).

L'ICM prévoit que ces normes soient utilisées « par les gouvernements, les décideurs, les ministères de la santé et de l'éducation et les systèmes de soins de santé ainsi que par les sages-femmes et les associations de sages-femmes. L'objectif commun est que les sages-femmes compétentes soient prêtes et disponibles pour répondre aux besoins de santé de la population, en particulier des femmes enceintes et de leurs familles » (ICM, 2013, p. 4). Ainsi, elles visent aussi bien les pays qui souhaitent mettre en place des programmes de formation pour les sages-femmes que ceux qui souhaitent harmoniser ou encore évaluer la qualité et la pertinence de leurs programmes actuels au regard de ces standards minimaux internationaux. Nous présentons les six normes en question ci-dessous (ICM, 2013, pp. 6-11) :

Tableau 40 : Les normes globales de formation des sages-femmes (ICM, 2013)

Norme I : Organisation et administration
I.1. L'institution d'accueil/agence/branche du gouvernement est favorable à la philosophie, aux buts et aux objectifs du programme de formation des sages-femmes.
I.2. L'institution d'accueil contribue à s'assurer que le soutien financier et public/politique en faveur du programme de formation des sages-femmes est suffisant pour un enseignement de qualité qui forme des sages-femmes compétentes.
I.3. Le budget attribué à l'école/au programme de formation des sages-femmes et le contrôle de ce budget sont en adéquation avec les besoins du programme.
I.4. Le corps professoral est indépendant, il est responsable du développement ainsi que de la direction des politiques et des cours du programme de formation des sages-femmes.
I.5. Le responsable du programme de formation des sages-femmes est une sage-femme enseignante qualifiée qui a l'expérience de la gestion/administration.
I.6. Le programme de formation des sages-femmes prend en compte les politiques et les normes à l'échelle nationale et internationale pour répondre aux besoins en ressources humaines des services de maternité.

Norme II : Corps professoral

II.1. Le corps professoral se compose essentiellement de sages-femmes (enseignants et précepteurs/enseignants cliniques) qui travaillent, le cas échéant, en coopération avec des experts d'autres disciplines.

II.2. La sage-femme enseignante :

II.2.a. a une préparation formelle au métier de sage-femme

II.2.b. a acquis des compétences dans la pratique de sage-femme généralement en ayant accompli deux ans de pratique complète

II.2.c. détient une licence/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme

II.2.d. a une préparation pédagogique formelle lorsqu'elle est retenue par le programme ou s'engage à suivre une telle préparation pour garder son poste

II.2.e. maintient ses compétences dans la pratique de sage-femme et la formation des sages-femmes

II.3. La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique :

II.3.a. est qualifiée conformément à la définition de la sage-femme de l'ICM

II.3.b. démontre ses compétences dans la pratique de sage-femme généralement en ayant accompli deux ans de pratique complète

II.3.c. maintient ses compétences dans la pratique de sage-femme et dans la formation clinique

II.3.d. détient une licence/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme

II.3.e. a suivi une préparation formelle de précepteur clinique ou suit une telle préparation

II.4. Les personnes d'autres disciplines qui enseignent dans le cadre du programme de formation des sages-femmes sont compétentes dans les matières qu'elles enseignent.

II.5. Les sages-femmes enseignantes fournissent formation, assistance et supervision aux individus qui guident/forment les étudiants dans des sites d'apprentissage pratiques.

II.6. Les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes préceptrices cliniques/enseignantes cliniques travaillent ensemble pour aider (faciliter), observer directement et évaluer l'expérience pratique des étudiants.

II.7. Le ratio étudiants / enseignants et préceptrices cliniques/enseignantes cliniques en classe et dans les sites pratiques est défini par le programme de formation des sages-femmes et les exigences des organismes de réglementation nationaux.

II.8. L'efficacité des membres du corps professoral est évaluée régulièrement selon un processus établi.

Norme III : La population estudiantine

III.1. Le programme de formation des sages-femmes compte des politiques d'admission clairement définies par écrit qui sont accessibles aux candidats potentiels :

III.1.a. conditions d'admission y compris obligation minimum de fin d'études secondaires

III.1.b. processus de recrutement transparent

III.1.c. processus et critères de sélection pour l'admission

III.1.d. mécanismes pour prendre en compte toute formation antérieure

III.2. Les candidats éligibles aux études de sage-femme sont admis sans préjudice ni discrimination (ex : sexe, âge, nationalité, religion).

III.3. Les candidats éligibles aux études de sage-femme sont admis conformément aux politiques nationales des services de santé et aux plans des professionnels des services de maternité.

III.4. Le programme de formation des sages-femmes a des principes clairement exposés par écrit au sujet des étudiants. Ces principes incluent :

III.4.a. ce que l'on attend des étudiants en classe et dans les sites pratiques

III.4.b. des déclarations au sujet des droits et responsabilités des étudiants et un processus établi pour traiter les recours et/ou les plaintes des étudiants

III.4.c. des mécanismes pour permettre aux étudiants de faire part de commentaires et de réaliser une évaluation continue sur le programme d'études, le corps professoral et le programme de formation des sages-femmes

III.4.d. les conditions requises pour la réussite à un programme de formation des sages-femmes

III.5. Des mécanismes existent pour faire participer activement les étudiants à la gouvernance du programme et aux comités.

III.6. Les étudiants ont une expérience pratique suffisante du métier de sage-femme dans divers environnements pour acquérir au minimum les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM actuellement en vigueur.

III.7. Les étudiants fournissent des soins de pratique de sage-femme principalement sous la supervision d'une sage-femme enseignante ou d'une sage-femme préceptrice clinique/enseignant clinique.

Norme IV : Programme d'études

IV.1. La philosophie du programme d'études des sages-femmes est conforme à la philosophie et au modèle de soins de pratique de sage-femme de l'ICM.

IV.2. Le programme d'études des sages-femmes a pour but de former une sage-femme compétente qui :

IV.2.a. a atteint/démontré, au minimum, les toutes dernières compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM

IV.2.b. répond aux critères de la définition de la sage-femme de l'ICM et aux normes des organismes de réglementation conduisant à une autorisation d'exercer ou à un enregistrement professionnel en tant que sage-femme

IV.2.c. répond aux critères pour poser sa candidature à des programmes d'enseignement plus poussés et

IV.2.d. est une praticienne autonome et bien informée qui respecte : le code international de déontologie des sages-femmes de l'ICM ; les normes de la profession et le champ de pratique dans le cadre légal où elle est reconnue

IV.3. La progression et le contenu du programme d'études des sages-femmes permettent à l'apprenant d'acquérir des compétences essentielles en matière de pratique de sage-femme conformément aux documents fondamentaux de l'ICM.

IV.4. Le programme d'études des sages-femmes couvre à la fois les aspects théoriques et les aspects pratiques dans une proportion minimum de 40 % de théorie et 50 % de pratique.

IV.4.a. La durée minimum du programme de formation des sages-femmes par admission directe est de trois ans

IV.4.b. La durée minimum du programme de formation post-infirmièr(e) personnel soignant (post-enregistrement) est de dix-huit mois

V.5. Le programme de formation des sages-femmes utilise des méthodes d'enseignement et d'apprentissage qui sont basées sur la preuve et qui favorisent l'apprentissage des adultes et la formation basée sur les compétences.

IV.6. Le programme de formation des sages-femmes offre des opportunités de contenu et d'expériences d'apprentissage multidisciplinaires qui complètent le contenu spécifique à la pratique de sage-femme.

Norme V : Ressources, sites et services

V.1. Le programme de formation des sages-femmes applique des principes écrits qui veillent à la sécurité et au bien-être des étudiants et des enseignants dans des environnements d'enseignement et d'apprentissage.

V.2. Le programme de formation des sages-femmes a suffisamment de ressources d'enseignement et d'apprentissage pour satisfaire les besoins du programme.

V.3. Le programme de formation des sages-femmes dispose des ressources humaines adéquates afin d'appuyer l'apprentissage en classe/théorique ainsi que l'apprentissage pratique.

V.4. Le programme de formation des sages-femmes a accès à des expériences pratiques suffisantes, dans diverses structures pour répondre aux besoins d'apprentissage de chaque étudiant.

V.5. Les critères de sélection des sites d'apprentissage pratiques appropriés à la pratique de sage-femme sont clairement écrits et appliqués.

Norme VI : Stratégies d'évaluation

VI.1. Le corps professoral utilise des méthodes d'évaluation formative et sommative fiables et valides pour évaluer la performance et les progrès des étudiants dans les domaines suivants :

VI.1.a. connaissances

VI.1.b. comportements

VI.1.c. aptitudes pratiques

VI.1.d. pensée critique et prise de décisions et

VI.1.e. aptitudes relationnelles / communication interpersonnelle

VI.2. Les moyens et critères d'évaluation de la performance et de la progression des étudiants en pratique de sage-femme y compris l'identification de toutes difficultés d'apprentissage sont consignés et partagés avec les étudiants.

VI.3. Le corps professoral revoit régulièrement le programme d'études dans le cadre de l'amélioration de la qualité notamment en consultant des étudiants, des diplômés du programme, des sages-femmes praticiens, des clientes des sages-femmes et d'autres parties prenantes.

VI.4. Le corps professoral revoit en permanence les sites d'apprentissage pratiques pour s'assurer qu'ils conviennent à l'expérience/l'apprentissage des étudiants par rapport aux résultats d'apprentissage attendus.

VI.5. Une évaluation externe régulière de l'efficacité du programme a lieu.

En ce qui concerne l'évaluation des formations de sages-femmes (Annexe 35), l'OMS (2007) propose des critères d'évaluation et l'UNFPA et l'ICM proposent un outil d'évaluation (2013).

1.2.2. A l'échelle du Brésil

Nous récapitulons dans le tableau ci-dessous trois dates importantes concernant les deux formations initiales d'infirmières obstétricales au Brésil :

Tableau 41 : Les trois dates importantes des formations initiales d'infirmières obstétricales au Brésil

Textes/Années	Résumés
1998 – L'ABENFO, en partenariat avec le Ministère de la Santé, propose des critères minimaux de qualification des infirmières obstétricales en formation initiale	Détermination des critères minimaux de qualification des infirmières obstétricales dans le document de projet du cursus de spécialisation (*CEEO*).
1999 – Les Ministères de la Santé et de l'Education créent 55 cursus de spécialisation (*CEEO*) en soins infirmiers obstétricaux dans tout le pays	Plus de possibilités de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux. 854 infirmières obstétricales furent formées.
2012 – Création du Programme national de la *Residência* pour les soins infirmiers obstétricaux (PRONAENF) **Ordonnance n°5/12** **Mise en place effective en 2013**	Financement de bourses par les Ministères de la Santé et de l'Education pour le programme de la Résidence en soins infirmiers obstétricaux dans les municipalités adhérant au Réseau Cigogne. L'une des stratégies du *Rede Cegonha* (Ministère de la Santé) afin de favoriser la formation d'infirmières obstétricales dans le pays en partenariat avec le Ministère de l'Education et de la Culture. Mise à disposition de 156 places de formation dans tout le pays avec mise à disposition de bourses d'études pendant toute la durée de la formation.

En lien avec la date de 1998, nous précisons que les critères minimaux déterminés pour la formation et la qualification des infirmières obstétricales sont :

- La réalisation d'au minimum 15 consultations prénatales en soins infirmiers ;
- La réalisation d'au minimum 20 accouchements avec suivi complet du travail, de l'accouchement et du post-partum ;
- La réalisation d'au minimum 15 prises en charge de nouveau-né en salle d'accouchement.

Nous précisons également que, sans le soutien législatif, réglementaire et financier des instances gouvernementales et donc sans le soutien des politiques (Ministères de la Santé et de l'Education, Secrétariats de la Santé des Etats), les cursus de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux pour les infirmières générales ne peuvent pas être assurés de façon continue par les facultés en soins infirmiers du pays. C'est ce qui a pendant longtemps été une difficulté au Brésil où, les facultés en soins infirmiers en capacité d'assurer un cursus de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux pour les infirmières générales, étaient peu nombreuses (formation

sporadique). Ceci contribuant à la raréfaction de cette main d'œuvre, qui, sans soutien institutionnel par la suite, ne pouvait pas mettre en œuvre leurs compétences professionnelles développées en formation de spécialisation. En effet, « *apesar do investimento do Ministério de Saúde no treinamento destas enfermeiras, não houve apoio institucional para estimular a ação dessas profissionais após o curso, o que gerou desestímulo, frustração pessoal e profissional*[123] » (Ferreira et al., 2008, p. 23). Le développement croissant du nombre de cours de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux pour les infirmières générales s'inscrit donc fortement dans les volontés politiques du Brésil (surtout depuis 1999) d'insérer des infirmières obstétricales[124] dans le champ de la périnatalité afin d'améliorer la qualité des soins en matière de santé materno-infantile[125]. Nous avons mis en évidence, grâce aux recommandations de l'OMS en matière de formation des sages-femmes, que de la qualité des formations dépendait la qualité des soins dispensés par la suite par les professionnels auprès de la population. Nous précisons que le Brésil répond, en partie, aux recommandations internationales concernant les critères de recrutement des formateurs des infirmières obstétricales puisque 70% des enseignants dans les cursus de formation d'infirmières obstétricales sont eux-mêmes infirmières obstétricales (selon le rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde de 2021).

Nous présentons maintenant trois référentiels de formation d'infirmières obstétricales dans le contexte brésilien. Deux sont des référentiels de formation initiale pour des professionnels déjà infirmières générales : celui de la *Residência* (formation de deux ans) et celui du *CEEO – Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica* – (formation de douze mois). Le dernier est un référentiel de formation continue pour des professionnels déjà infirmières obstétricales : l'*Aprimoramento* (formation de quinze jours).

Référentiel de formation initiale de la *Residência*

La *Residência* est un cours appartenant à la post-graduation au Brésil (*Pós-Graduação*). La post-graduation correspond à un niveau d'enseignement supérieur et regroupe plusieurs catégories de formations. Nous trouvons la post-graduation *stricto sensu* comprenant les *programmes* de Master et de Doctorat et la post-graduation *lato sensu* comprenant les *cours* de spécialisation et de perfectionnement qui sont le prolongement des cours du niveau de la graduation. La post-graduation est définie dans le paragraphe 3 de l'article 44 du Chapitre IV

[123] Malgré l'investissement du Ministère de la Santé dans la formation de ces infirmières, il n'y avait pas de soutien institutionnel pour stimuler/encourager la pratique de ces professionnelles après le cours de spécialisation, ce qui a généré du découragement, de la frustration personnelle et professionnelle (traduction personnelle).
[124] Entre 1999 et 2004, 76 cursus du *CEEO* furent dispensés au Brésil permettant ainsi de former 1 366 infirmières obstétricales (Soares, 2016, p. 36).
[125] Les études au Brésil montrent que les résultats de la (ré)insertion des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité améliorent les indicateurs de satisfaction des femmes et la diminution des taux d'interventions et d'accouchements opératoires (Soares, 2016, p. 36). Les infirmières obstétricales permettent donc une meilleure prise en charge de l'accouchement à bas risque en implantant de nouveaux modèles de prise en charge (Soares, 2016, p. 33).

de la Loi n°9.394/1996 relative aux Directives et Bases de l'Education Nationale : « *a educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas : de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam ás exigências das instituições de ensino*[126] » (Soares, 2016, p. 17). La *Residência,* dont l'origine vient des Etats-Unis en 1889, était alors une modalité de formation dont l'objectif était de compléter la formation théorique et pratique de médecins nouvellement diplômés. Au Brésil, la *Residência* en médecine se développa essentiellement au milieu des années 1940 mais fût seulement instituée par le Décret n°80.281 du 5 septembre 1977. Pour les infirmières, une forme de *Residência* émergea en 1961 en pédiatrie mais la première forme de *Residência* ayant les caractéristiques d'une spécialisation fût créée en 1973 à Bahia dans l'unité des soins intensifs de l'hôpital-école. A la fin des années septante, la *Residência* apparaissait comme la forme la plus récente et adaptée de perfectionnement et de qualification des infirmières mais manquait de régulation. C'est ainsi que la *Residência* multiprofessionnelle dans le domaine professionnel de la santé fût créée par la Loi Fédérale n°11.129 du 30 juin 2005 et précisée par l'Ordonnance interministérielle (Ministère de la Santé et Ministère de l'Education et de la Culture) n°1077 du 12 novembre 2009. La structure générale de ce type de formation (d'une durée minimale de deux années) est déterminée dans la Résolution n°2/2012 du 13 avril 2012 promulguée par le Secrétariat de l'Enseignement Supérieur du Ministère de l'Education.

Ce qui caractérise cette modalité de formation est qu'elle se réalise principalement dans des services de soins. La charge horaire hebdomadaire est de soixante heures réparties en quarante-huit heures de pratique (80%) et douze heures de théorie (20%). L'objectif de ces formations vise donc à favoriser l'insertion de professionnels de la santé qualifiés sur le marché du travail, et de préférence, de jeunes diplômés. Les institutions qui proposent ces modalités de formation sont responsables de l'organisation du projet pédagogique (qui doit répondre à la législation en vigueur) et qui doit être constitué de théorie, de théorie-pratique et de pratique. Les stratégies pédagogiques déployées au sein de ces formations doivent permettre de développer une approche globale, pluri- et interdisciplinaire des soins en assurant l'intégration de savoirs et de pratiques permettant la construction des compétences requises.

Chaque formation se basant sur le modèle de la *Residência* doit comprendre les structures et acteurs ayant les missions suivantes :

[126] L'enseignement supérieur couvrira les cours et programmes suivants : de post-graduation, comprenant les programmes de master et de doctorat, les cours de spécialisation, de perfectionnement et autres, ouverts aux candidats diplômés dans des cours de la graduation et répondant aux exigences des établissements d'enseignement (traduction personnelle).

Tableau 42 : Les structures, les acteurs et leurs missions dans un modèle de formation de la Residência

Structures et acteurs	Missions
Une coordination du cours Elle doit être assurée par un professionnel ayant au minimum un Master et une expérience professionnelle d'au moins trois années dans les champs de la formation, des soins ou de la gestion en santé.	Assurer la mise en œuvre du programme. Coordonner le processus d'auto-évaluation du programme. Coordonner le processus d'analyse, de mise à jour et d'approbation des modifications du projet pédagogique. Constituer et promouvoir la qualification du corps enseignant, des tuteurs et des précepteurs. Servir de médiateur dans les négociations interinstitutionnelles pour permettre simultanément la gestion, l'enseignement, l'éducation, la recherche et la communication. Promouvoir l'articulation du programme avec les autres programmes de résidence en santé de l'établissement, y compris avec le programme de la résidence en médecine, et avec les cours de graduation et post-graduation. Encourager la participation des étudiants, des tuteurs et des précepteurs à l'élaboration d'actions et de projets interinstitutionnels dans l'ensemble du réseau de soins et de gestion du SUS. Promouvoir l'articulation avec les politiques nationales d'éducation, de santé et avec les politiques de formation continue en matière de santé de son État. Prendre la responsabilité de documenter le programme et de mettre à jour les données de celui-ci avec les instances institutionnelles locales de développement du programme.
Une commission d'aide à la structuration pédagogique Elle est composée par le coordinateur du cours, des représentants des professeurs, des tuteurs et des précepteurs.	Suivre l'exécution du projet pédagogique, en proposant des ajustements et des modifications, si nécessaire, à la coordination. Conseiller la coordination du cours dans le processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions théoriques, théorico-pratiques et pratiques inhérentes au développement du cours, en proposant des ajustements et des changements si nécessaire. Promouvoir l'institutionnalisation de nouveaux processus de gestion, de soins et de formation dans le domaine de la santé. Structurer et développer des groupes d'étude et de recherche qui favorisent la production de projets de recherche et de projets d'intervention visant à produire des connaissances et des technologies qui intègrent l'enseignement et le soin pour la qualification du SUS.
Les professeurs Ils sont liés aux institutions de formation et de soins et participent au développement des	Articuler avec le tuteur des mécanismes visant à stimuler la participation des précepteurs et des étudiants aux activités de recherche et aux projets d'intervention.

activités théoriques et théorico-pratiques prévues dans le projet pédagogique.	Soutenir la coordination du cours dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets de formation continue dans le domaine de la santé pour l'équipe de précepteurs de l'institution de soins. Promouvoir l'élaboration de projets de masters professionnels associés aux programmes de résidence. Orienter et évaluer les travaux de conclusion du cours.
Les tuteurs Leur fonction est caractérisée par des activités d'accompagnement académique des précepteurs et des étudiants concernant des questions théoriques, théorico-pratiques et pratiques du noyau professionnel. Le tuteur doit être un professionnel ayant au minimum un Master et une expérience professionnelle d'au moins trois années.	Mettre en œuvre des stratégies pédagogiques qui intègrent les connaissances et les pratiques, en favorisant l'articulation entre l'enseignement et le service, afin de permettre l'acquisition des compétences prévues dans le projet pédagogique du programme, en réalisant des réunions périodiques avec les précepteurs et les étudiants à une fréquence au moins hebdomadaire, en envisageant tous les domaines concernés par le programme. Organiser, avec les précepteurs, des réunions périodiques pour la mise en œuvre et l'évaluation du projet pédagogique. Participer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de formation continue dans le domaine de la santé pour les précepteurs. Planifier et mettre en œuvre, en collaboration avec les précepteurs, l'équipe de santé, les enseignants et les étudiants, des actions visant la qualification des services et le développement de nouvelles technologies pour les soins et la gestion de la santé. Articuler l'intégration des précepteurs et des étudiants avec leurs pairs respectifs issus d'autres programmes, y compris ceux de la résidence en médecine, ainsi qu'avec des étudiants de différents niveaux de formation professionnelle dans le domaine de la santé. Participer au processus d'évaluation des étudiants. Participer à l'évaluation du projet pédagogique en contribuant à son amélioration. Orienter et évaluer les travaux de conclusion du cours de la résidence.
Les précepteurs La fonction de précepteur est caractérisée par une supervision directe des activités pratiques réalisées par les étudiants dans les services de soins où le cours est développé. Cette fonction est exercée par un professionnel lié à l'institution de formation ou d'exécution et possédant lui-même le diplôme de la	Agir comme conseiller de référence pour l'étudiant dans l'exécution des activités de la routine quotidienne en ce qui concerne les soins et la gestion de la santé. Orienter et accompagner, avec le soutien du ou des tuteurs, le développement du plan d'activités théorico-pratiques et pratiques de l'étudiant en respectant les directives du projet pédagogique.

spécialisation concernée. En effet, le précepteur doit nécessairement appartenir au même domaine professionnel que l'étudiant qu'il supervise et être présent dans la pratique.	Elaborer, avec le soutien du ou des tuteurs et des autres précepteurs, les plannings de gardes et de congés en assurant le suivi de leur exécution. Faciliter l'intégration du ou des étudiants dans l'équipe de soins, auprès des usagers (individus, familles et groupes), auprès des étudiants d'autres cours, ainsi que d'étudiants de différents niveaux de formation professionnelle dans le domaine de la santé. Participer, avec l'étudiant et les autres professionnels impliqués dans le cours, aux activités de recherche et à des projets d'intervention axés sur la production de connaissances qui intègrent l'enseignement et le service de soins pour la qualification du SUS. Identifier les difficultés et les problèmes de qualification du/des étudiants(s) dans les activités pratiques afin d'assurer l'acquisition des compétences prévues dans le projet pédagogique et les transmettre au(x) tuteur(s) si nécessaire. Participer à la préparation des rapports périodiques élaborés par les étudiants sous sa supervision. Procéder, en concertation avec les tuteurs, à la formalisation du processus d'évaluation de l'étudiant, avec une périodicité bimensuelle au maximum. Participer à l'évaluation de la mise en œuvre du projet pédagogique en contribuant à son amélioration. Orienter et évaluer les travaux de conclusion du cours de la résidence.
Les étudiants	Doit connaître le projet pédagogique du cours dans lequel il s'est inscrit, en agissant conformément à ses directives. Doit s'engager en tant qu'acteur participatif dans la création et la mise en œuvre de stratégies innovantes dans le domaine des soins en santé et de la gestion, indispensables aux changements requis pour la consolidation du SUS. Doit être coresponsable du processus de formation et de l'articulation service-enseignement à partir de nouvelles modalités de relations interpersonnelles, organisationnelles, éthico-humanistes et technico-socio-politiques. Doit se consacrer exclusivement au cours, en accomplissant la charge de travail de 60 heures par semaine. Doit se conduire avec un comportement éthique devant la communauté et les usagers impliqués dans l'exercice de ses fonctions, ainsi qu'envers le corps professoral, le corps étudiant et le personnel technico-administratif des institutions qui développent le programme.

	Doit se présenter ponctuellement et assidûment aux activités du cours. Doit s'intégrer aux différents secteurs professionnels ainsi qu'aux étudiants de l'école. Doit s'intégrer à l'équipe des soins de santé et à la communauté dans les milieux de pratique. Doit rechercher une articulation avec d'autres programmes de résidence multiprofessionnelle et professionnelle en soins de santé, ainsi qu'avec les programmes de résidence en médecine. Doit prendre soin du patrimoine institutionnel. Doit participer aux commissions ou aux réunions chaque fois que cela est demandé Doit se tenir au courant des réglementations relatives à la multiprofessionnalité. Doit se tenir au courant de la réglementation relative à la résidence multiprofessionnelle Doit participer à l'évaluation de la mise en œuvre du projet pédagogique du cours en contribuant à son amélioration.

Plus spécifiquement pour le programme de la *Residência* en soins infirmiers obstétricaux (Annexe 36), c'est grâce à la mise en place du PRONAENF en 2012-2013 qu'un projet pilote collaboratif établi par les politiques gouvernementales et non gouvernementales, les universitaires, les professionnels et les associations professionnelles a permis d'élaborer les lignes directrices pour la formation d'infirmières obstétricales. Ce projet pilote validé par les Ministères de la Santé et de l'Education ne donne que les axes principaux de la formation (compétences minimales à développer, philosophie, thématiques des cours théoriques et structure générale de la formation), laissant ainsi la possibilité aux facultés d'adapter ce programme de formation à leur spécificités régionales et locales. En cohérence avec la législation générale portant sur la *Residência*, la formation proposée pour les infirmières obstétricales est donc d'une durée de deux années. Le volume horaire total est de 5760 heures réparti à 80% pour de la pratique (4608 heures) et à 20% pour de la théorie et théorie-pratique (1152 heures). Trente jours de congés par an sont prévus.

L'objectif général de la formation est de qualifier des infirmières pour qu'elles exercent des soins en lien avec la santé de la femme et plus particulièrement en lien avec les processus de la reproduction, de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum mais aussi en lien avec les soins au nouveau-né et à la famille. Ces soins reposent sur des aspects sociaux, culturels, émotionnels, éthiques et physiologiques et doivent être orientés par les recommandations de bonnes pratiques et les preuves scientifiques mais aussi par la Politique Nationale de prise en charge globale de la Santé de la Femme, par le Pacte pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et enfin, par les principes et directives du SUS.

Le profil général de l'infirmière obstétricale décrit dans le projet pilote est celui d'un professionnel ayant une vision *humaniste*, *critique* et *réflexive* sur la grossesse, l'accouchement et la naissance et qui considère ces évènements comme des évènements normaux de la vie. Ce professionnel est par ailleurs capable d'identifier les pathologies maternelles et néonatales (les plus répandues au Brésil mais également dans sa propre région de pratique) et d'intervenir en

conséquence. Il est également capable d'avoir une responsabilité sociale et un engagement citoyen.

La qualité des soins définie dans le projet pilote correspond à des soins respectant les personnes soignées et leurs différences au nom du principe éthique de prise en charge. Elle y est également définie comme devant être des soins reposant sur leur accessibilité ; sur le respect de la réglementation de la profession dans le SUS ainsi que sur le processus d'évaluation de ces derniers.

Les objectifs spécifiques sont alors de qualifier des infirmières obstétricales pour qu'elles soient en capacité :

- D'analyser les conditions de vie et la santé de la femme et du nouveau-né dans leur contexte social et culturel ;
- D'effectuer des actions éducatives avec la femme et sa famille qui permettent de promouvoir l'expression et la valorisation du savoir féminin ;
- D'étudier la réalité professionnelle en vue de la production de connaissance, de la transformation de la pratique et du développement de techniques propres à l'infirmière ;
- De développer le travail collaboratif en équipe multiprofessionnelle pour les activités de gestion de la prise en charge de la femme, du nouveau-né et de la famille ;
- D'agir dans un réseau de soins reposant sur les lignes de soins à la femme, au nouveau-né et à la famille ;
- D'assister le nouveau-né, la famille et la femme dans la planification de ses grossesses, dans la grossesse à bas risque, au cours du travail et de l'accouchement sans dystocie, dans la période du post-partum mais aussi lors d'une interruption de grossesse ;
- De réaliser l'accouchement normal sans dystocie ;
- D'identifier les dystocies et les risques obstétricaux et périnatals et d'agir en conséquence lors de la grossesse, du travail, de l'accouchement, du post-partum et de la prise en charge du nouveau-né ;
- De promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel.

En ce qui concerne les modalités de déroulement de cette formation, nous précisons qu'elle repose sur le principe de l'alternance. Les stages se déroulent dans différents lieux en lien avec les modes d'exercice des professionnels (centres de santé, maisons de naissance, centre d'accouchement normal, maternités, hôpitaux, services ambulatoires et au domicile des patientes) et en lien avec les compétences de l'infirmière obstétricale. Ces lieux de stage doivent permettre un apprentissage dans des services de qualité de la région, c'est-à-dire présenter une activité, des ressources humaines et matérielles suffisantes pour assurer le développement des compétences des étudiants. Et ceci n'est pas évident compte tenu de l'insertion professionnelle des infirmières obstétricales dans le pays. Les activités de stage sont orientées par des tuteurs et des précepteurs. Le précepteur, qui accompagne l'étudiant dans la prise en charge de la femme lors du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat, doit être un infirmier spécialisé en obstétrique. Mais en ce qui concerne l'accompagnement de l'étudiant dans des activités de planification familiale, de suivi de grossesse, de post-partum et de prise en charge

de base du nouveau-né, cela peut être un infirmier spécialisé dans d'autres domaines de la santé. Le ratio précepteur/étudiants ne doit pas excéder un pour cinq. Plusieurs modalités pédagogiques de type « méthodes actives » sont proposées pour dispenser individuellement et en groupes les enseignements théoriques. Parmi celles-ci nous trouvons : des exposés, des classes virtuelles, de la simulation, le partage d'expériences, des recherches bibliographiques individuelles et en groupe, des séminaires, des études dirigées et des études de cas. Ces enseignements sont dispensés par des professeurs et des professionnels mais aussi par des représentants de la communauté, des représentants des programmes de santé et des représentants des institutions de soins.

Nous présentons ci-dessous la matrice curriculaire du programme de formation qui est orientée autour de quatre axes qui traduisent les enjeux politico-pédagogiques de cette formation.

Tableau 43 : La matrice curriculaire de la Residência en soins infirmiers obstétricaux

Description de l'axe	Domaines thématiques	Contenu
Axe 1 : Le sujet et ses interactions dans le contexte de la société et du SUS		
Cet axe considère l'infirmière comme un sujet qui développe sa fonction en interaction permanente avec les autres sujets. Ainsi, il est essentiel d'articuler les domaines thématiques aux questions qui concernent cette dimension dans l'intention d'approcher les différentes conceptions de l'individu, les rôles joués par celui-ci et la qualité des interactions. Devrait être considéré les valeurs que le participant de la formation a sur lui-même et sur les relations établies, en particulier, dans le cadre de l'exercice de sa profession. C'est l'axe qui traduit l'exigence de prendre en compte les principes et les activités qui orientent le SUS dans le contexte de la société. Cet axe doit permettre que les processus éducatifs eux-mêmes soient vécus et compris dans leur déroulement comme des moments d'interaction et de rencontre et comprennent, par conséquent, des moments où les rapports entre les participants sont stimulés, améliorés et discutés. Les thèmes qui peuvent être directement liés à cet axe : sensibilisation, motivation, intégration multiprofessionnelle, aspects humains de la profession, relations humaines, connaissance de soi et valeurs.	Ethique, santé et société Politiques de santé Méthodologie de recherche	Politiques publiques de santé de la femme Politiques publiques de santé du nouveau-né Situation sociale et épidémiologique de la santé de la femme et du nouveau-né Bioéthique Relations sociales de Genre Bases méthodologiques et conceptuelles de l'investigation scientifique
Axe 2 : Ethique, Citoyenneté, Droits Humains et Reproductifs		
Cet axe stimule le développement des connaissances, des pratiques et des attitudes liées à la dimension éthique de l'existence humaine, de la pratique professionnelle et de la vie sociale. Il est important de réfléchir sur les liens entre les différentes notions d'éthique, de citoyenneté, de	Ethique, santé et société Droits humains et reproductifs	Droits humains Droits et santé : sexuelle et reproductive Planification familiale

droits de l'homme, de droits reproductifs, ainsi que sur leurs implications dans les différents aspects de la vie professionnelle et institutionnelle dans le cadre des activités des services de soins. Cet axe doit envisager la transversalité de la dimension éthique dans les différents domaines thématiques, y compris ceux d'ordre technique et opérationnel. Cet axe doit fournir aux infirmières des instruments leur permettant de connaître et de réfléchir aux nombreuses expressions de la diversité en tant que phénomène inhérent à la vie sociale et aux relations humaines, et en tant que droit fondamental de la citoyenneté. Cet axe doit permettre une réflexion permanente sur les interventions en santé face aux réalités qui impliquent des questions de différence socioculturelle, de genre, d'orientation sexuelle, d'ethnicité, de comportements stigmatisés et de violence.	Méthodologie de recherche	Relations sociales de Genre Bases légales de l'exercice professionnel Bioéthique Bases méthodologiques et conceptuelles de l'investigation scientifique
Axe 3 : Planification, organisation du travail en Santé dans le contexte du SUS		
Cet axe doit aborder les dimensions du processus de travail des infirmières dans les différents espaces de prise en charge en ce qui concerne la planification familiale, la grossesse, l'accouchement et la naissance et le post-partum pour la mère et l'enfant dans le contexte du SUS. En ce sens, les domaines thématiques doivent envisager les questions liées aux multiples significations du processus de travail, aux éléments et instruments de travail dans le processus de gestion et aux modèles de soins de santé pour la femme et le nouveau-né. Cet axe doit stimuler une réflexion permanente sur la réalité vécue dans les contextes de pratique et être capable de proposer des alternatives de transformation en accord avec les politiques publiques en vue de la mise en œuvre des bonnes pratiques et des preuves scientifiques en matière de soins obstétricaux.	Processus du travail en santé Méthodologie de recherche	SUS Modèles de soins Systématisation de la prise en charge Organisation du travail Planification et organisation du service de santé Indicateurs de qualité Processus de travail Sécurité du patient Risque professionnel et biosécurité Ambiance de travail Bases méthodologiques et conceptuelles de l'investigation scientifique
Axe 4 : Les bonnes pratiques et les preuves scientifiques en soin infirmier à la femme, au nouveau-né et à la famille		
Cet axe traite des actions de l'infirmière obstétricale dans la pratique orientée vers la ligne de soin de l'infirmière à la femme dans les processus de la reproduction, de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, du post-	Grossesse	Préparation de la femme et de la famille à la grossesse Physiologie et déroulement de la grossesse

partum, du nouveau-né et de la famille, sur la base des instruments juridiques. Cet axe envisage les contenus théoriques et pratiques liés à des domaines thématiques spécifiques, afin de permettre le développement de compétences professionnelles en obstétrique et en néonatalogie. Il permet donc de développer une pratique qui respecte la physiologie des processus concernés, qui utilise les bonnes pratiques et les preuves scientifiques, la transformation des pratiques favorisant la réduction des risques. Il permet également de contribuer au développement de nouvelles pratiques soutenues par des preuves.	Accouchement et naissance	Aspects sociaux, culturels et émotionnels de la grossesse Consultation en soins infirmiers obstétricaux Allaitement maternel Pratiques éducatives Plan de naissance Altérations de la normalité pendant la grossesse Législation pour la protection de la femme, de l'enfant et de la famille Sexualité Sécurité de la patiente Systématisation des soins infirmiers Aspects émotionnels, sociaux et culturels du processus de la parturition et de la naissance Physiologie du travail et de l'accouchement Partogramme Soins infirmiers dans le processus de la parturition et de la naissance Bonnes pratiques et preuves scientifiques en matière de parturition et d'accouchement Surveillance du bien-être fœtal Identification des altérations de la normalité lors de l'accouchement et de la naissance Législations pour la protection de la femme, de l'enfant et de la famille Sécurité de la patiente Systématisation des soins infirmiers
	Nouveau-né	Soins immédiats et à moyen terme du nouveau-né Adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine Bonnes pratiques et preuves scientifiques dans les soins au nouveau-né Allaitement maternel Programme national de vaccination Conseils pour la croissance et le développement

	Post-partum et allaitement maternel	Sécurité des patients Systématisation des soins infirmiers Physiologie du post-partum et de l'allaitement maternel Aspects socioculturels et émotionnels en post-partum et durant l'allaitement Altérations de la normalité en post-partum Réseau de soutien social Maternité et paternité Gestion clinique de l'allaitement Sexualité Activité éducative Plan de sortie Consultation infirmière Planification familiale Législation pour la protection de la femme, de l'enfant et de la famille Sécurité des patients Systématisation des soins infirmiers
	Complications cliniques et obstétricales durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum	Complications cliniques Complications obstétricales directes et indirectes Maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA Syndromes hypertensifs Syndromes hémorragiques Infections Sécurité de la patiente Systématisation des soins infirmiers
	Méthodologie de recherche	Bases méthodologiques et conceptuelles de l'investigation scientifique

En ce qui concerne l'évaluation des étudiants durant ce cursus de formation, le projet pilote prévoit des évaluations de type sommatives et formatives, bimensuelles et à l'aide d'instruments permettant d'évaluer le savoir, le savoir-être et le savoir-faire des étudiants dans différents scénarios de pratique. A la fin du cours de la *Residência*, l'étudiant doit présenter individuellement une monographie ou un article scientifique avec la preuve de la soumission d'une publication. En ce qui concerne le suivi et l'évaluation de la formation, le projet pilote prévoit d'étudier certains indicateurs de prise en charge même s'il s'agit d'un découpage partiel de la réalité, d'étudier les situations induisant un nouveau modèle de prise en charge de l'accouchement, de la naissance et du nouveau-né ainsi que d'étudier la réduction de la

mortalité maternelle et néonatale. Pour cela, les éléments d'étude proposés sont par exemple : les conditions et ressources physiques, matérielles et humaines des scénarios de pratique, le nombre d'accouchements effectués par des infirmières, le nombre d'interventions obstétricales abusives ou inappropriées, l'application des bonnes pratiques comme l'utilisation du partogramme, les taux d'allaitement maternel, le nombre de décès maternels et néonatals, le nombre de transferts obstétricaux et néonataux, le nombre de complications obstétricales et néonatales et enfin, le score d'Apgar à 5 minutes de vie.

Enfin, nous précisons que le nombre de places annuelles offertes par cours varie de six (minimum) à douze (maximum). La procédure et les critères de sélection des futurs étudiants sont : l'annonce publique de l'ouverture du cours, une épreuve théorique éliminatoire, une analyse du *curriculum vitae* du candidat et la réalisation d'un entretien pour effectuer un classement et enfin, de manière facultative, un test pratique. Cette formation est financée par le Ministère de la Santé qui octroie des bourses d'études durant toute la durée de la formation aux étudiants.

La *Residência* en soins infirmiers obstétricaux de l'*Hospital Sofia Feldman* est proposée depuis 2015 (environ vingt-cinq places par promotion) et est accréditée par le Ministère de l'Éducation et de la Culture faisant de cet hôpital un centre de formation (*Hospital do Ensino*) donc sans université de rattachement. Les bourses d'études octroyées aux étudiants par le Ministère de la Santé pour toute la durée de la formation sont de 3 330.43 *reais* (554.97€). Le programme théorique de la *Residência* de l'HSF intégrant des méthodes pédagogiques actives est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 44 : Le programme théorique de la Residência de l'HSF

Disciplines	Charge horaire
Aspects psychosociaux de la prise en charge de la femme, du nouveau-né et de la famille	80 heures
Activités d'éducation continue à la santé	224 heures
Biostatistique et Epidémiologie	56 heures
Santé sexuelle et reproductive	56 heures
Formation pédagogique	40 heures
Soin de l'infirmière obstétricale au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance de risque habituel	120 heures
Pharmacologie appliquée à l'obstétrique et à la gynécologie	48 heures
Soin au nouveau-né de risque habituel	60 heures
Soin de l'infirmière obstétricale au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance à risque	56 heures
Education en santé	32 heures
Ethique et Bioéthique	24 heures
Gestion des soins	60 heures
Méthodologie de recherche	128 heures
Politiques de santé et gestion participative	60 heures

Santé périnatale	32 heures
Soin infirmier en gynécologie	76 heures
TOTAL cours théorique	**1 152 heures**

En ce qui concerne la formation pratique, elle a essentiellement lieu au sein de l'HSF et c'est pour ceci que certaines des infirmières obstétricales ont suivi une formation au préceptorat de quarante heures. Cette formation a été assurée par l'Ecole de Santé Publique du Minas Gerais. En effet, l'exercice des activités de préceptorat par les infirmières obstétricales dans ce programme de formation, est l'un des objectifs d'amélioration de cette maternité après qu'elle ait identifié les difficultés suivantes : des différences de caractéristiques entre les précepteurs dans l'exercice de leurs activités de préceptorat, un manque de ressources techniques et théoriques pour certains précepteurs et des difficultés relationnelles entre les précepteurs et les étudiants. Concernant ce dernier point, des espaces d'écoute et de discussion entre précepteurs et étudiants ont été mis en place en complément de la formation au préceptorat. Les médiateurs de ces temps de rencontre sont la coordinatrice de l'enseignement clinique et la coordinatrice générale du programme de la *Residência* et de l'enseignement théorique.
Nous notons que l'école en soins infirmiers de l'UFMG a réalisé deux cours selon cette modalité : il y avait vingt-quatre étudiants pour la promotion 2013-2015 et il y avait douze étudiants pour la promotion 2014-2016 mais seules neuf ont été diplômées puisque trois ont arrêté la formation en cours de cursus.

Pour terminer, une étude qualitative a été menée concernant le choix et l'évaluation de cette modalité de formation par des diplômés de la ville de Rio de Janeiro en 2015 (Soares, 2016, p. 31). Il ressort de cette étude que le choix de cette formation reposait sur le fait qu'elle soit accentuée sur les expériences pratiques, sur l'obtention de bourses d'études durant toute la durée de la formation et sur le crédit professionnel qu'elle octroie sur le marché du travail. En ce qui concernait son évaluation, l'apprentissage pratique était jugé satisfaisant mais présentait des limites dans les services de soins et dans l'articulation théorie-pratique. Ce qui nécessite de la part des universités et des services de soins, de travailler de façon plus intégrative pour améliorer le processus pédagogique de cette formation. Une autre étude, cette fois quantitative (n=19), porta sur l'insertion entre 2004 et 2011 de jeunes diplômées de l'Université d'Etat de Rio de Janeiro sur le marché du travail après cette modalité de formation (Soares, 2016, p. 32). 84.2% estimèrent que la formation avait répondu à leurs attentes et que les axes d'amélioration de celle-ci devaient concerner les contenus théoriques et la supervision directe par les précepteurs. La plupart des diplômées (78.9%) exerçaient dans deux établissements de santé et dans le domaine de l'obstétrique (73.7%) avec une prédominance dans la prise en charge de l'accouchement normal (36.8%), de la grossesse (26.3%) et des urgences obstétricales (26.3%). 42.2% estimèrent exercer avec autonomie leur activité. Pourtant, des barrières persistent pour leur pratique professionnelle comme : un marché du travail limité, une résistance de la part des médecins, une faible reconnaissance professionnelle et des conditions de travail précaires.

Ce que nous retenons de cette partie est que ce qui a facilité la formation des infirmières obstétricales et leur (ré)insertion dans le champ de la périnatalité sont des facteurs comme les politiques ministérielles, le financement des cours de spécialisation et l'attribution de bourses d'études pour les étudiants. Dans la mesure où la reconnaissance du travail des professionnels

dépend de la qualité de leur formation et de leur pratique, il apparait nécessaire d'encourager les recherches sur ces thématiques et de promouvoir la communication de leurs résultats.

Référentiel de formation initiale du *Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica* (*CEEO*)

Le *Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica*[127] est un cours appartenant à la post-graduation (*Pós-Graduação*) *lato sensu* et reposant également sur le principe de l'alternance et l'apprentissage à partir des situations de travail. Le volume horaire de cette formation ainsi que sa structure pédagogique peuvent fortement varier selon les régions et les instituts de formation qui le développe. Par exemple, le volume horaire peut varier de 360 heures (c'est le minimum exigé) à plus de 1 000 heures.

Avant de nous centrer sur le contexte de cette formation initiale à l'école en soins infirmiers de l'UFMG, nous apportons quelques données issues de l'école en soins infirmiers de l'Université Fédérale de Bahia. De 1998 à 2004, cette faculté a offert sept cursus de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux pour des infirmières générales (Ferreira et al., 2008). Deux d'entre eux furent financés par le Secrétariat de la Santé de l'Etat de Bahia, trois furent financés par le Ministère de la Santé, un fût financé par la Coordination pour le Perfectionnement du Personnel de l'Enseignement Supérieur (Ministère de l'Education) et le dernier fût financé par le Secrétariat de la Santé de l'Etat de Tocantins. Au total, nonante étudiants furent diplômés de ces sept promotions. En ce qui concernait le programme de ces formations : « *com pouca variação no quadro de disciplinas e distribuição de carga horária, os cursos de especialização em enfermagem obstétrica são prioritariamente dirigidos para a assistência pré- -natal, o parto normal (pré, trans e pós-parto), além de tópicos sobre planejamento familiar e prevenção de câncer ginecológico e de mamas*[128] » (Ferreira et al., 2008, p. 26). Une étude quali-quantitative a été menée auprès de quarante-cinq des nonante diplômés de ces promotions afin d'évaluer leur insertion professionnelle. Sur ces quarante-cinq professionnels, dix-neuf exercent dans une seule institution, vingt-deux exercent dans deux institutions et quatre exercent dans plus de deux institutions. Quarante exercent au sein du SUS et cinq dans une structure privée. Vingt-et-un exercent en tant qu'infirmière obstétricale, douze ont exercé en tant que tel mais ont arrêté et sept n'ont jamais exercé en tant qu'infirmière obstétricale. Les raisons données pour l'arrêt ou la non pratique en tant qu'infirmière obstétricale ont été : « *campo muito competitivo, falta de apoio da instituição de trabalho, falta de oportunidade, falta de concurso público, muitas atribuições administrativas, falta de apoio do Ministério da Saúde e por decisão pessoal. A falta de apoio dos locais de trabalho foi um ponto considerado relevante, pois algumas já trabalhavam nas maternidades antes de*

[127] Cours de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux (traduction personnelle).
[128] Avec peu de variation dans le cadre des disciplines et de la répartition du volume horaire, les cours de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux sont principalement axés sur les soins prénatals, l'accouchement normal (pré, per et post-partum), ainsi que sur des sujets comme la planification familiale et la prévention des cancers gynécologiques et du cancer du sein (traduction personnelle).

realizarem o curso de especialização e, ao retornarem, não receberam apoio e incentivo para atuarem em sala de parto[129] » (Ferreira et al., 2008, pp. 27-28).

En ce qui concerne l'école en soins infirmiers de l'UFMG, notre terrain d'étude, elle avait mis en place en 2014-2015 un premier volet du *CEEO* dans le cadre du *Rede Cegonha* appelé *CEEO I* et qui avait pour vocation de former trois-cents étudiants à distance dans cinq régions du pays (Nord, Nord-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud) et en partenariat avec dix-huit universités. Ce programme de formation a été élaboré en partenariat avec le Ministère de la Santé et est également financé par ce dernier (à hauteur de six millions de *reais* soit environ 952 000€). Partant du principe que les processus de formation des futurs professionnels se reflétaient directement dans les processus de travail au sein des institutions de soins et que les modèles de formation en vigueur assuraient jusqu'ici une transmission et une reproduction du modèle biomédical de prise en charge de l'accouchement au sein des établissements universitaires, ce programme de formation a été pensé comme une proposition politico-pédagogique de changement du modèle de soins en périnatalité.

En effet, ce cours a pour objectif de renforcer les infirmières obstétricales et leur capacité à agir dans les soins en insistant sur le fait qu'il est nécessaire de former davantage de professionnels techniquement et scientifiquement qualifiés pour opérer un changement concret et durable du modèle de soins en périnatalité.

Ainsi, le public cible de cette formation sont des infirmières générales mais qui exercent déjà dans des services de soins obstétricaux ou des maternités publics des Etats ayant adhérés aux stratégies du *Rede Cegonha* et qui souhaitent développer ou mettre en place des centres d'accouchement normal intra- ou peri-hospitaliers pour un changement de leur modèle de soins.

Lors de notre récolte de données en 2016-2017, l'école en soins infirmiers de l'UFMG mettait en place le deuxième volet de cette formation appelé *CEEO II* (Annexe 37). L'objectif était de nouveau de former trois-cents étudiants à distance dans les cinq mêmes régions du pays et en partenariat avec vingt universités indiquées par le Ministère de la Santé. Ce partenariat implique une coordination[130] entre l'UFMG (université organisatrice de la formation) et les autres universités partenaires (universités exécutrices de la formation). Ce programme de formation répond aux textes réglementaires du Conseil Universitaire et aux normes générales de la post-graduation de l'UFMG (Résolution n°04/2008 et Résolution complémentaire n°01/2009) mais également aux critères réglementaires du conseil fédéral en soins infirmiers,

[129] Domaine très compétitif, manque de soutien de l'institution de travail, manque d'opportunités, manque d'appel d'offres public, nombreuses tâches administratives, manque de soutien du Ministère de la Santé et pour décision personnelle. Le manque de soutien des lieux de travail a été jugé pertinent, car certaines travaillaient déjà dans des maternités avant de suivre le cours de spécialisation et, à leur retour, elles n'ont pas reçu de soutien ni d'encouragement de l'institution pour travailler en salle d'accouchement (traduction personnelle).

[130] Trois séminaires sont prévus au cours de la formation entre l'UFMG, les IFES, des représentants des précepteurs et des étudiants. Le premier a lieu au début de la formation et permet de présenter le cadre et les modalités de déroulement de la formation. Le second a lieu au milieu de la formation et permet une évaluation intermédiaire du cours ainsi que de le finaliser. Le dernier a lieu à la fin du cours et permet une évaluation finale du cours. Ces séminaires ont lieu à l'UFMG à Belo Horizonte.

aux critères proposés par l'ABENFO et aux recommandations du Ministère de la Santé. Les objectifs de la formation sont :

Tableau 45 : Les objectifs du CEEO II

Objectifs principaux	Objectifs secondaires
Spécialiser des infirmiers pour travailler dans le domaine de la santé de la femme en lien avec la grossesse et l'accouchement et pour assister le nouveau-né de risque habituel selon un nouveau modèle de soins (Directives du *Rede Cegonha*). **Développer le travail collaboratif dans les équipes de soins.**	Former des professionnels avec une capacité élargie dans les processus de gestion de sorte à ce qu'ils puissent être en capacité d'agir par et dans les actions de soins. C'est-à-dire que le programme de formation est axé sur la formation des sujets afin qu'ils puissent avoir une plus grande capacité à intervenir dans les situations réelles de la pratique professionnelle en mettant l'accent sur les domaines de gestion des soins et de réalisation des soins.

Cette formation est développée et coordonnée sur douze mois par l'école en soins infirmiers de l'UFMG et en partenariat avec les IFES (*Instituições Federais de Ensino Superior*[131]) qui exécutent le programme de formation. Le développement du processus pédagogique du *CEEO II* se fait à partir de la problématisation de la pratique. La méthodologie ainsi proposée cherche à établir des relations entre la théorie et la pratique, l'enseignement et le travail, afin de permettre à l'étudiant une réflexion critique visant la transformation de sa réalité. La problématisation dans l'apprentissage fonctionne sur la construction de connaissances à partir du vécu d'expériences significatives, basées sur les processus d'apprentissage par la découverte, par opposition aux processus transmissifs dans lesquels les contenus de l'enseignement sont proposés aux étudiants sous une forme « finie », et non sous la forme de problèmes. Dans le dernier cas, les relations sont découvertes et construites par l'étudiant qui doit réorganiser son matériel en l'adaptant à sa structure cognitive précédente, pour découvrir les lois ou les concepts qui ont besoin d'être assimilés. L'ingénierie pédagogique de cette formation requiert la proposition et l'organisation de nouvelles méthodes qui imposent l'utilisation d'un paradigme pédagogique centré sur l'apprentissage, sur l'investigation, sur la réflexion, sur l'interactivité et sur l'interdisciplinarité. Par conséquent, les supports didactico-pédagogiques construits pour ce cours, encouragent l'auto-apprentissage et facilitent le processus « apprendre à apprendre », en créant chez l'étudiant l'habitude de découvrir d'autres sources d'apprentissage, de motivation intrinsèque pour un apprentissage autonome et continu, ainsi que la recherche de nouvelles méthodes propres d'apprentissage.

Le programme du *CEEO II* en lui-même se base sur les directives et les orientations du programme national de la *Residência* en soins infirmiers obstétricaux du Ministère de la Santé

[131] Etablissements Fédéraux de l'Enseignement Supérieur

que nous venons de présenter. C'est pourquoi, nous retrouvons également pour cette formation les structures et acteurs ayant les missions suivantes :

Tableau 46 : Les structures, les acteurs et leurs missions dans le modèle de formation du CEEO II

Structures et acteurs	Missions
La Commission de Coordination Générale didactico-pédagogique du cours (UFMG) Elle est composée de professeurs effectifs, actifs et permanents de l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Ces professeurs sont des spécialistes dans les domaines de la santé et de l'éducation-formation. Les membres de la commission de coordination générale sont élus pour un mandat de deux années par le conseil du département materno-infantile et de santé publique auquel ils appartiennent et par la congrégation de l'école en soins infirmiers de l'UFMG.	Établir les critères d'inscription et de sélection des candidats. Établir les normes du cours ou ses modifications et les soumettre à l'approbation du Conseil de la post-graduation de l'UFMG. Elaborer et/ou modifier le programme du cours en indiquant les prérequis et les crédits qui le composent pour approbation par le Conseil de l'enseignement et de la recherche. Décider des questions relatives à l'inscription et à la dispense des disciplines, ainsi qu'aux représentations et ressources en matière didactique et disciplinaire. Coordonner et accompagner l'exécution des activités du cours, proposer les mesures nécessaires à son bon fonctionnement. Désigner les commissions d'examen et autres qui peuvent être nécessaires au développement du cours. Faire et exécuter la planification budgétaire du *CEEO* et établir les critères pour l'allocation des ressources. Établir et déclencher les mécanismes permettant d'obtenir les ressources nécessaires pour l'implantation du cours. Effectuer des visites d'accompagnement dans les cours (2 visites). Elaborer un calendrier des activités du cours ainsi que le rapport final et les transmettre aux instances compétentes. Soumettre au Conseil de la post-graduation de l'UFMG les rapports sur les activités du cours en accord avec les instructions de cet organisme. Être responsable des questions administratives relatives au cours au sein des unités de l'UFMG et des institutions liées au cours. Réaliser l'évaluation du cours. Décider des cas non couverts par le règlement. Exercer des fonctions connexes.
Les coordinateurs et les sous-coordinateurs de la Commission de Coordination Générale didactico-pédagogique du cours (UFMG) Nous trouvons un coordinateur et un sous-coordinateur dans les domaines suivants : *général*, *pédagogique* et *tutorat*. Chaque binôme définit, d'un commun accord, les missions spécifiques et complémentaires de chacun au	<u>Les missions de la coordination générale sont</u> : Agir en tant que principale autorité exécutive et représentative du cours et de la commission de coordination. Représenter le cours devant le Ministère de la Santé, les institutions partenaires et intervenantes (services de soins, secrétariats municipaux et d'Etats de santé etc.).

regard de la complexité et de la charge du travail de façon à ce que les sous-coordinateurs ne soient pas uniquement dans un rôle de substitut éventuel du coordinateur. Le sous-coordinateur a donc pour mission de travailler conjointement avec le coordinateur de la commission sur les activités didactico-pédagogiques et technico-administratives du cours et de remplacer le coordinateur en cas d'empêchements avec les IFES exécutrices respectives. Les coordinateurs et sous-coordinateurs doivent faire partie du cadre permanent effectif et actif du programme de formation de l'UFMG et seront, de plus, élus par la Commission de Coordination Générale pour un mandat de deux année (reconductible).	Présider la commission de coordination du cours et exécuter ses délibérations. Convoquer et présider les réunions de la commission de coordination et d'autres qui peuvent être nécessaires à son bon fonctionnement. Coordonner et accompagner l'exécution des activités du cours, en proposant les activités nécessaires à son bon fonctionnement. Elaborer le calendrier des principales activités du cours et le transmettre aux instances compétentes. Répondre aux questions administratives relatives au cours dans les IFES exécutrices. Présenter le rapport final des activités du cours aux instances compétentes. Transmettre au Conseil de la post-graduation tous les rapports et informations concernant le cours en accord avec les instructions de cet organisme. Elaborer le projet d'évaluation du cours. Exercer des fonctions connexes. Les missions de la coordination pédagogique sont : Participer au travail collectif pour la conception du cours. Veiller aux critères d'admission au cours. Proposer et coordonner le processus d'élaboration du projet politico-pédagogique. Elaborer les critères et participer à la sélection des tuteurs-professeurs à distance et en présentiel. Participer à la conception, à l'implantation et à l'évaluation didactico-pédagogique. Accompagner le développement des activités des tuteurs-professeurs à distance et en présentiel. Coordonner le processus d'inscription au cours. Coordonner l'implantation et la mise en œuvre du cours. Elaborer le projet d'accompagnement et d'évaluation du processus d'enseignement-apprentissage. Travailler d'un commun accord avec la coordination du tutorat. Proposer les instruments d'accompagnement du travail de conclusion du cours (TCC). Exercer des fonctions connexes. Les missions de la coordination du tutorat sont : Participer au travail collectif pour la conception du cours. Veiller aux critères d'admission au cours. Participer à la conception, à l'implantation et à l'évaluation didactico-pédagogique. Participer à l'implantation, à la mise en œuvre et à l'évaluation du cours.

	Elaborer le projet d'accompagnement et d'évaluation du cours. Soutenir les tuteurs dans l'accompagnement du processus d'enseignement-apprentissage. Elaborer les critères et définir les professeurs accompagnants les TCC. Réaliser des réunions périodiques avec les tuteurs. Travailler d'un commun accord avec la coordination pédagogique.
Le corps professoral (UFMG et IFES) Il est composé de professeurs de l'UFMG qui sont les tuteurs à distance et les professeurs orientant les TCC. Il est également composé de professeurs rattachés aux IFES partenaires qui sont les tuteurs en présentiel. La répartition des professeurs doit respecter la proportion de 2/3 de professeurs de l'UFMG et de 1/3 de professeurs des IFES. La qualification minimale exigée pour le corps professoral du cours est un titre de spécialiste obtenu dans un cours accrédité, ce contingent ne pouvant excéder 1/3 du corps professoral. Premier paragraphe : au jugement du Conseil de la post-graduation et avec le consentement des **i**ntéressés, pourront, à titre exceptionnel, être admis des professeurs sans diplôme de post-graduation, mais dont la reconnaissance de la capacité technique professionnelle a été prouvée dans un curriculum vitae. Deuxième paragraphe : pour le calcul du nombre de professionnels de l'UFMG, la participation de professeurs mis à la retraite par l'institution elle-même est possible, à condition qu'au moins 50 % des professeurs du cours soient toujours actifs à l'UFMG.	Les professeurs de l'UFMG qui sont les tuteurs à distance seront les coordinateurs des disciplines, exerceront les activités d'accompagnement du processus d'enseignement-apprentissage, via Moodle. Ils seront responsables de l'évaluation des activités académiques et également de l'accompagnement de l'évaluation des activités développées durant les moments en présentiel. Les professeurs de l'UFMG qui sont les accompagnants des TCC développeront le processus d'orientation, d'accompagnement et d'évaluation des TCC au moyen de la plateforme Moodle. Ils ne pourront en accompagner plus de huit. Premier paragraphe : pour le calcul du nombre d'orientation de TCC, l'étudiant est considéré comme étant en cours d'élaboration du TCC quand il est inscrit en dernier semestre du cours. Deuxième paragraphe : les professeurs qui travaillent dans des cours de post-graduation *stricto sensu* seront autorisés à également orienter des TCC dans les deux modalités de cours simultanément mais d'un maximum de 10 étudiants. Les professeurs des IFES partenaires qui sont les tuteurs en présentiel seront responsables pour l'accompagnement des activités relatives au processus d'enseignement-apprentissage, en plus de coordonner les activités des professeurs spécialisés invités (lorsque cela est le cas) et des précepteurs qui sont les professionnels de soins liés aux services (maternités et services de soins primaires) dans lesquels les étudiants du cours développeront leurs activités pratiques. Les professeurs spécialisés invités appartenant à l'IFES partenaire pourront également développer des activités de préceptorat conjointement avec les professionnels des services (précepteurs).
Les tuteurs (UFMG et IFES) Ils agiront pour et dans chaque IFES et seront responsables du développement des activités théoriques et pratiques qui doivent être en concordance avec les terrains de stage	Les missions du tuteur à distance (UFMG) sont : Assumer intégralement le soutien du processus d'apprentissage des étudiants, en identifiant les différences entre leurs trajectoires et parcours, en respectant leurs propres rythmes d'apprentissage, en valorisant leurs acquis, en

sélectionnés par les IFES partenaires. L'accompagnement peut être individuel ou collectif. Le tuteur à distance de l'UFMG est responsable de l'orientation des activités pédagogiques du *CEEO*. Il cherchera, en partenariat avec l'étudiant, les ressources pour surmonter les difficultés dans son processus d'apprentissage et pour approfondir les activités proposées par le cours. Il doit être en contact permanent avec l'étudiant et son tuteur en présentiel par l'intermédiaire de la plateforme Moodle. Le tuteur en présentiel rattaché aux IFES est le responsable de l'étudiant et il est à son contact direct. Il maintient également une proximité plus grande avec les caractéristiques loco-régionales de la pratique de l'étudiant rendant ainsi la problématisation de cette dernière plus judicieuse car contextualisée. Chaque semestre, un regroupement collectif en présentiel dans les IFES est organisé afin d'accompagner les activités d'apprentissage, d'effectuer les évaluations des apprentissages des étudiants et la présentation de leurs TCC.	cherchant à les intégrer et en les aidant à faire face aux défis que l'enseignement individualisé impose. Développer des procédures qui garantissent la communication avec les étudiants en mettant l'accent sur le dialogue. Proposer, gérer et évaluer des stratégies didactiques différenciées qui contribuent à ce que l'étudiant puisse organiser, enrichir et approfondir son propre apprentissage. Analyser, sélectionner et faire usage d'autres technologies qui complètent le processus de formation de l'étudiant, en plus de ceux prévus par le cours. Proposer à la coordination du cours, de manière collective avec les autres tuteurs, un programme qui garantisse non seulement l'accompagnement spécifique des étudiants mais aussi la promotion de groupes d'étude ou d'activités culturelles qui élargissent leur formation. Être en liaison permanente avec d'autres tuteurs directement par téléphone et/ou virtuellement ; consulter leurs pairs et s'impliquer dans des travaux interdisciplinaires, des études et des recherches conjointes, des discussions sur les étudiants et des échanges d'expériences afin de former une équipe soudée autour des objectifs du cours et de l'enseignement à distance. Réfléchir à propos de son action pédagogique, en cherchant continuellement à améliorer sa propre pratique et le cours. Evaluer, en permanence et conjointement avec le tuteur en présentiel, les performances de l'étudiant en vue de reformuler ou d'orienter le processus d'apprentissage. Enregistrer les performances de l'étudiant tout au long du processus d'apprentissage. Se rendre dans les villes des IFES pour coordonner les activités des moments/rencontres en présentiel. Assumer l'orientation des TCC des étudiants inscrits au cours. Participer aux jurys d'examen pour l'évaluation des TCC de leurs étudiants et à d'autres jurys d'examen également. Créer des formes spécifiques et de routine d'accompagnement du processus d'enseignement-apprentissage des étudiants, en les stimulant tout au long du cours. <u>Les missions du tuteur en présentiel (IFES) sont</u> : Relayer la communication des contenus entre le tuteur-professeur à distance et les étudiants.

	Accompagner les activités des étudiants, conformément au calendrier du cours. Soutenir le tuteur-professeur à distance dans le développement des activités pédagogiques. Maintenir un accès régulier à l'environnement d'apprentissage virtuel et répondre aux sollicitations des étudiants dans un délai maximum de 24 heures. Établir un contact permanent avec les étudiants et servir de médiateur pour les activités pédagogiques. Proposer, gérer et évaluer collectivement des stratégies didactiques différenciées qui contribuent à ce que l'étudiant puisse organiser son propre apprentissage. Créer des formes spécifiques et de routine d'accompagnement du processus d'apprentissage des étudiants, en les stimulant tout au long du cours. Collaborer avec la coordination du cours dans l'évaluation des étudiants. Participer aux activités de formation et d'actualisation des connaissances promues par l'institution d'enseignement. Elaborer des rapports mensuels d'accompagnement des étudiants et les transmettre à la coordination du tutorat. Participer au processus d'évaluation des étudiants conjointement avec le tuteur-professeur à distance. Soutenir opérationnellement la coordination du cours dans les activités présentielles de leur IFES et participer conjointement avec le tuteur-professeur à distance aux activités proposées. Établir des formes de collaboration permanente avec d'autres tuteurs en présentiel ou à distance. Aider l'étudiant à avoir une approche réflexive sur sa pratique, fondamentale pour le développement des activités du cours. Organiser les activités d'enseignement lorsqu'il est nécessaire de faire appel à la participation des d'enseignants spécialisés invités.
Les précepteurs (IFES et services de soins) Cette fonction est exercée par un professionnel lié à l'institution d'exécution et possédant lui-même le diplôme de la spécialisation concernée. En effet, le précepteur doit nécessairement appartenir au même domaine professionnel que l'étudiant qu'il supervise et être présent dans la pratique.	La fonction de précepteur est caractérisée par une supervision directe des activités pratiques réalisées par les étudiants dans les services de soins où le cours est développé et auxquels ils appartiennent. Un précepteur peut accompagner jusqu'à 3 étudiants.

La modalité à distance de cette formation permet aux étudiants de se former sans quitter leur lieu de travail. Dans les IFES sont réalisés les moments en présentiel, les évaluations du processus d'apprentissage et les autres activités pédagogiques requises par le cours. Les activités pratiques sont également organisées par les IFES. Chaque IFES a un tuteur en présentiel et il y a un tuteur à distance (qui est un professeur de l'UFMG) pour deux IFES. Mais ceci est adapté à la taille des promotions d'étudiants. En effet, si les IFES accueillent vingt-quatre étudiants alors le tuteur à distance n'a que cet IFES. Les effectifs des promotions dans chaque IFES sont déterminés selon l'expérience de l'IFES dans la formation d'infirmières obstétricales et selon les capacités d'accueil des terrains de stage. En effet, ces « *campos de pratica* » doivent être des terrains de stage où les infirmières obstétricales ont un champ d'action suffisamment important (autonomie professionnelle adaptée à leur champ de compétence) afin de permettre la formation pratique des étudiants. Lors du *CEEO II*, ce sont environ nonante établissements de santé (centres obstétricaux, maisons de naissance et maternités publiques) qui ont participé à la formation des trois-cents étudiants. Pour choisir ces terrains de stage, chaque IFES a dû réaliser un travail de caractérisation des institutions de santé à l'aide d'une grille d'analyse (Annexe 38).

Du point de vue curriculaire, cette formation est organisée en disciplines qui sont toutes obligatoires. Chaque discipline possède une valeur en crédits et chaque crédit correspond à quinze heures de cours théorique ou d'apprentissage pratique. Le volume horaire total du *CEEO II* est de 705 heures (47 crédits), réparties en 285 heures de théorie (19 crédits) et 420 heures de pratique (28 crédits). Sur ces 420 heures de pratique, 315 heures (75%) sont réalisées dans les unités de soins obstétricaux des hôpitaux, maternités et centres d'accouchement normal hospitaliers et concerneront les activités suivantes : la prise en charge de l'accouchement et de la naissance sur la base de pratiques fondées sur les preuves scientifiques et dans un environnement approprié aux préceptes d'humanisation ; la prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement ; la prise en charge de la femme accouchée, du nouveau-né et de sa famille en suites de couche ; le soutien à l'allaitement et à la transition vers la communauté (sortie d'hôpital) et des actions éducatives en termes de planification familiale. Les 105 heures restantes (25%) sont destinées aux activités réalisées dans le réseau de soins de base : prise en charge du prénatal, prise en charge de l'accouchée et du nouveau-né, planification familiale et prévention des cancers du col de l'utérus et du sein. Les activités théoriques sont développées par les professeurs de l'UFMG (via Moodle) et accompagnées par les tuteurs en présentiel des IFES, avec la participation de spécialistes invités si nécessaire (sous la responsabilité des IFES). Les activités pratiques sont développées dans les services rattachés aux IFES et accompagnées par des précepteurs désignés par les tuteurs en présentiel des IFES partenaires. Ces précepteurs peuvent être rattachés aux services de soins ou être professeurs des IFES (spécialistes invités). Dans le processus de formation, grâce à la mise en place du tutorat, des évaluations formatives sont mises en place afin de permettre au tuteur de constamment réaligner ses actions pédagogiques et leurs objectifs sur les doutes et les erreurs de l'étudiant afin de l'orienter au mieux. Les étudiants ont également, à différents moments de la formation, des temps d'auto-évaluation, des temps d'analyse de leurs propres compétences et de leurs propres processus d'apprentissage favorisant ainsi leur autonomie. En effet, le référentiel de formation du *CEEO II* est adossé au référentiel de l'ICM sur les compétences essentielles pour la pratique de

base du métier de sage-femme. Ces compétences essentielles ont été utilisées dans le cadre de la structuration du cours mais aussi dans le cadre du suivi évaluatif des étudiants. De cette manière, les infirmières s'auto-évaluent en ce qui concerne leurs compétences et dans deux dimensions d'analyse : par rapport aux connaissances et aux compétences acquises dans le cadre du cours et par rapport à leur confiance dans l'exécution des techniques et activités pratiques de leur domaine.

En ce qui concerne l'apprentissage théorique, les disciplines théoriques suivies par les étudiants sont :

Tableau 47 : La matrice curriculaire du CEEO II

Disciplines	Résumés
Formation pédagogique Prérequis : aucun Semestre : premier Crédit : 1 (théorique)	Elle aborde la conception de la pédagogie de la problématisation à partir du processus de travail du personnel infirmier, en recherchant des alternatives méthodologiques, visant à permettre à l'infirmière d'exercer la fonction de superviseur/instructeur/tuteur dans son processus de travail.
Soins infirmiers obstétricaux I et II Prérequis : aucun pour I et avoir suivi la première partie du cours pour II Semestres : premier et second Crédits : 10 au premier semestre (2 théoriques et 8 pratiques) et 12 au second semestre (2 théoriques et 10 pratiques)	Elle analyse la prise en charge des femmes dans les périodes de l'accouchement et du post-partum et la prise en charge du nouveau-né de risque habituel, en mettant en évidence la physiopathologie du travail, de l'accouchement et du post-partum. Elle analyse également les complications obstétricales les plus fréquentes, les mesures d'intervention et l'orientation vers des soins plus complexes. Elle développe la pratique des soins infirmiers dans une unité de prise en charge du travail, de l'accouchement, du post-partum et du nouveau-né en suite de couche, en renforçant l'humanisation des soins et l'allaitement maternel.
Soins infirmiers en santé de la femme I et II Prérequis : aucun pour I et avoir suivi la première partie du cours pour II Semestres : premier et second Crédits : 5 au premier semestre (3 théoriques et 2 pratiques) et 3 au second semestre (1 théorique et 2 pratiques)	Elle aborde la situation de la femme dans la société et sa santé en période reproductive en mettant en relation le phénomène de la reproduction humaine et les stratégies de survie. Elle analyse la grossesse, son évolution, son suivi et les actions d'éducation à la santé. Elle permet de réaliser les soins infirmiers à la femme enceinte au niveau ambulatoire et en unité d'hospitalisation.
Soins infirmiers néonataux I et II Prérequis : aucun pour I et avoir suivi la première partie du cours pour II	Elle aborde les caractéristiques et les besoins bio-psycho-sociales du nouveau-né.

Semestres : premier et second Crédits : 3 au premier semestre (2 théoriques et 1 pratique) et 4 au second semestre (2 théoriques et 2 pratiques)	Elle analyse les maladies les plus fréquentes qui affectent le nouveau-né, en mettant en évidence la physiopathologie et les mesures d'intervention. Ces soins infirmiers s'appliquent au nouveau-né à terme, pré- et post-terme en suites de couche.
Méthodologie de recherche I et II Prérequis : aucun pour I et avoir suivi la première partie du cours pour II Semestres : premier et second Crédits : 2 au premier semestre (2 théoriques) et 1 au second semestre (1 théorique)	Elle aborde la méthode scientifique et les outils essentiels pour comprendre et/ou produire des connaissances. Elle met l'accent sur la préparation d'un projet de recherche et sur la construction d'articles scientifiques.
Pratiques obstétricales basées sur les preuves scientifiques Prérequis : aucun Semestre : second Crédits : 5 (2 théoriques et 3 pratiques)	Elle aborde l'humanisation des soins prénataux, de l'accouchement et de la naissance en valorisant les pratiques naturelles, les méthodes pharmacologiques et non-pharmacologiques de soulagement de la douleur et fondées sur les preuves scientifiques. Elle inclut l'expérience de l'étudiant spécialisé dans la prise en charge de l'accouchement normal dans des centres d'accouchement normal et dans d'autres institutions de défense et de promotion de l'accouchement normal.
Gestion des soins infirmiers en services hospitaliers et centres d'accouchement normal Prérequis : aucun Semestre : second Crédit : 1 (théorique)	Elle aborde le processus de travail en matière de santé dans une unité hospitalière de prise en charge portée sur la santé de la femme et du nouveau-né. Elle aborde le concept des usagers comme acteurs et fournisseurs du processus de production de l'hôpital. Elle aborde le processus de travail dans les soins infirmiers. Elle aborde l'action managériale dans la planification, l'exécution et l'évaluation des soins infirmiers.

Ainsi, à l'issue de la formation, les diplômées doivent être capables :

- De réaliser des consultations prénatales, de post-partum et de santé sexuelle et reproductive ;
- D'identifier et d'orienter les femmes enceintes à haut risque en période prénatale ;
- De mettre en œuvre la pratique de l'infirmière obstétricale dans le champ de l'accouchement et de la naissance dans une unité d'obstétrique ;

- De fournir une prise en charge du travail, de l'accouchement et du post-partum, conformément aux preuves scientifiques et aux pratiques d'humanisation des soins de l'accouchement et de la naissance ;
- D'offrir une prise en charge humanisée, éthique et réflexive sur les soins aux femmes enceintes, aux parturientes et aux accouchées ;
- De fournir des soins immédiats au nouveau-né en salle d'accouchement, en protégeant la période sensible et en démontrant sa capacité à la réanimation néonatale selon les recommandations de la Société Brésilienne de Pédiatrie ;
- De développer une posture d'investigation en vue d'enquêter sur les événements liés à leur pratique et d'élaborer des documents scientifiques.

Le *CEEO II*, a été pensé selon le principe d'une formation-intervention afin de tenter de réduire l'écart existant entre la formation et les besoins et défis réels du travail au sein des services de soins du SUS, et d'ainsi tenter d'apporter des changements effectifs et en profondeur au modèle de soins en périnatalité. Dans l'état d'esprit de la formation-intervention, il convient de préciser que la vision adoptée est celle qu'il n'y a pas de dissociation entre les processus de formation, les modes de gestion et les manières de soigner. Pour cela, le *CEEO II* prend la forme d'un réseau de formation impliquant tous les professionnels c'est-à-dire les services d'origine des stagiaires, les lieux de stage, les IFES, les coordinateurs locaux du cours, les précepteurs et les équipes des services. Le référentiel de formation s'articule autour de trois axes : Formation – Travail – Evaluation.

Tableau 48 : Les trois axes du référentiel de la formation-intervention du CEEO II

Axes	Objectifs dans le cadre de la formation-intervention
Formation	Objectif général à court terme : répondre au besoin de professionnels ayant des connaissances et des habiletés technico-pratiques afin d'augmenter le nombre d'infirmières spécialisées en obstétrique dans les services de soins. Objectif élargi : développer la capacité d'analyse-intervention des individus dans l'organisation des services de soins afin de les doter d'une plus grande capacité à intervenir et à gérer le travail. Il s'agit d'accroitre et de renforcer les capacités d'analyse des étudiants dans leur contexte de travail et leur capacité à prendre des décisions dans un contexte global et dans une perspective de co-responsabilité dans la planification et l'évaluation des actions produites. Ainsi s'étendra les réseaux de sujets possédant une plus grande capacité à changer le modèle de soins.
Travail	Cet axe correspond à l'activité de la main d'œuvre qui fournit un produit fini après production et intervention de service (relation de service). Cet axe comprend également la compréhension de la relation entre le travailleur et le service fourni, aboutissant à la production de savoirs et de connaissances pratiques contribuant ainsi au processus de formation continue dans lequel il y a conscientisation des situations de travail.

	Le travail est considéré ici comme l'environnement dans lequel les étudiants appliqueront ce qu'ils apprennent en formation, se formant eux-mêmes dans leur quotidien de travail en tant qu'infirmières spécialisées et à partir des confrontations et des situations réelles des et dans les services et en construisant ceci conjointement avec leurs équipes de travail.
Evaluation Elle a été insérée dans le référentiel de formation en tant que composante transversale, additionnée d'une fonction stratégique visant à induire des analyses, des corrections de trajectoires et des constructions partagées de savoirs et de processus de production de soins de santé impliquant les différents sujets. L'évaluation découle de l'accompagnement des processus de formation et d'intervention tout au long du cours. Le processus évaluatif du cours inclut l'étudiant dans les processus d'analyse, dans la prise de décisions et la co-construction, en tenant compte des différences particulières des sujets et des singularités de leurs espaces de pratique et de formation. Ce principe repose sur le fait que le cours place les sujets comme protagonistes, porte sur leur mode d'insertion dans le travail, sur leurs attitudes dans les processus de production de soins de santé et sur leur propre travail. Ainsi, l'évaluation est réalisée par les sujets à la fois avant et pendant la formation ce qui leur permet de réaliser une évaluation conjointe et une analyse de l'intérieur du processus.	1ère dimension relative au cours et à sa dynamique : l'évaluation porte sur la structure et les contenus pédagogiques et méthodologiques utilisés pour organiser et conduire le processus de formation. L'évaluation a pour fonction d'accompagner le développement du cours en ce qui concerne les articulations de l'organisation, des pratiques pédagogiques et des ressources. Les savoirs et leurs contenus occupent le même ensemble évaluatif, en considérant ces éléments comme indissociables. 2ème dimension relative à tous les sujets impliqués dans le réseau de formation (mais plus particulièrement les étudiants) : l'évaluation porte sur l'accompagnement et sur l'information quant à l'insertion et à l'intégration des étudiants dans les services et les activités, quant à l'articulation et la production de pratiques intégrées au travail, quant à leur protagonisme et autonomie et enfin quant au renforcement de leur capacité à agir dans les processus et relations institutionnelles de travail. 3ème dimension relative au service et à sa dynamique : l'évaluation a pour intention d'identifier et d'évaluer les répercussions de la formation pour les services et les pratiques de soins et de gestion en prenant appui sur les changements générés pour les usagers des services de santé dans lesquels les étudiants sont en formation.

En cohérence avec ce choix de type de formation, le travail de fin de cursus (TCC) des étudiants est produit sous la forme d'un projet d'intervention et son élaboration est

accompagnée par un professeur de l'UFMG tout au long du cursus. Dans un premier temps, ce travail consiste à réaliser une présentation circonstanciée du service de soins dans lequel le travailleur-étudiant est inséré. Il s'agit de délimiter objectivement le contexte de sa création, sa structure actuelle (capacité des ressources, personnel etc.), son financement, la patientèle prise en charge (son nombre, son origine), les services offerts (risque habituel, haut risque etc.), le type de son intégration dans le réseau du SUS, la région de santé à laquelle il appartient, les arrangements locorégionaux d'articulation de soins dans le réseau (s'il s'agit d'une référence pour d'autres services de soins, s'il y a une population orientée pour l'accouchement vers ce service etc.), s'il existe des certifications d'initiatives reconnues comme un label Hôpital ami des bébés ou autre ou encore son adhésion au *Rede Cegonha*. Puis il s'agit de réaliser un diagnostic situationnel plus précis du service de soins à l'aide d'un document proposé aux travailleurs-étudiants (Annexe 39). Cette analyse situationnelle du service est une évaluation qualitative servant de point de départ au travailleur-étudiant pour sa propre réflexion à propos du travail, de ses défis et de son rôle en tant que travailleur. Cet outil lui sert à développer un regard analytique sur son propre travail en lui permettant d'élaborer une « impression globale » de ce dernier. Cette évaluation ne doit pas être une évaluation ou une analyse institutionnelle du service de soins. Après ce diagnostic de la situation actuelle du service, il est demandé au travailleur-étudiant de dégager, sélectionner et prioriser les problèmes et les axes d'intervention potentiels et possibles à mettre en œuvre au sein du service au regard des problèmes identifiés pour tendre vers une situation souhaitée (mais non idéalisée) c'est-à-dire vers une situation nécessaire et possible. Les problèmes identifiés ne doivent pas être des problèmes isolés ou superficiels mais plutôt un regroupement de problèmes connexes capables de révéler des obstacles importants en termes d'organisation, de fonctionnement ou encore de prestations de soins. Le travailleur-étudiant doit donc identifier les changements nécessaires pour son service et les actions à mettre en place pour y arriver en formulant, de ce fait, des perspectives d'évolution cohérentes, réalistes, pertinentes et tangibles (objectifs qualitatifs et quantitatifs). Pour l'y aider, il doit alors s'entourer de collègues, équipes, gestionnaires et usagers en menant des discussions collectives afin, qu'au final, l'identification des problèmes et de leurs solutions soit quelque chose qui intéresse tous les acteurs impliqués dans les changements et que cette vision du changement soit globale et partagée. L'élément de justification doit alors clairement faire apparaitre le problème qui prétend être résolu et la réalité qui souhaite être transformée. Ainsi apparait la pertinence du projet d'intervention dans sa capacité à contribuer à des changements positifs dans un contexte institutionnel.

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité de la formation, une évaluation des performances des tuteurs est effectuée tout au long de l'année de formation au regard des critères suivants : qualité de la communication, maitrise du contenu de la formation, engagement éthique, compétence et préparation du processus de communication tuteur/étudiant, relation dialogique tuteur/étudiant, capacité d'organisation, qualité des orientations, des suggestions et des recommandations, autonomie et créativité dans la résolution de situations non prévues, application du système d'évaluation en enregistrant et jugeant les performances des étudiants dans chaque module et la réalisation et l'accompagnement des activités en présentiel. Une évaluation de la formation est également réalisée par les étudiants. L'outil d'évaluation (Annexe 40) a été élaboré collectivement par des professeurs et des

étudiants. Il est organisé autour de trois thématiques comportant chacune plusieurs items d'évaluation appréciés grâce à une échelle de Likert et la possibilité d'un commentaire libre pour chaque item évalué. Les items sont des choix partagés et co-responsables, basés sur le référentiel de formation du cours et sur les références des sujets impliqués dans cette formation, exprimant ainsi leurs attentes et besoins. Les thématiques générales de l'évaluation portent sur :

- *Le cours et sa dynamique* : organisation/arrangements, articulation des pratiques pédagogiques, ressources (neuf items)
- *Les sujets-étudiants et leur dynamique (dynamique d'apprentissage en dialogue avec l'expérience)* : aspects qui informent à propos de l'insertion-inclusion des travailleurs-étudiants, de l'articulation/production de pratiques d'intégration, de l'autonomie et du protagonisme (sept items)
- *Le service de soins et sa dynamique* : répercussions sur les types de pratiques de prises en charge et de gestion à intégrer dans la dynamique des services de soins ; changements dans les processus et les pratiques de prise en charge et de gestion (huit items)

Enfin, en ce qui concerne les modalités d'admission au cours, le candidat doit présenter : le formulaire d'inscription dûment rempli, la preuve de l'achèvement de sa formation générale en soins infirmiers, l'historique de son parcours de formation de la graduation, un *curriculum vitae*, la preuve qu'il est à jour de ses obligations militaires et électorales dans le cas d'un candidat brésilien et un document d'identité national valide. Si un candidat possède un diplôme en soins infirmiers étranger, il doit être reconnu au Brésil. La procédure de sélection des candidats est réalisée par l'école en soins infirmiers de l'UFMG et comporte : une analyse du *curriculum vitae* du candidat, une analyse du plan de travail présenté par le candidat et la présentation d'une lettre d'engagement du gestionnaire du service dans lequel le candidat travaille, à le libérer pour la réalisation du cours (activités théoriques et pratiques) puis à l'insérer à son retour de formation dans la prise en charge directe de l'accouchement. Le processus de sélection donne lieu à un rapport contenant la liste nominative des candidats approuvés dans chaque IFES et qui doivent être acceptés par la Commission de Coordination du cours.

Référentiel de formation continue de l'*Aprimoramento*

L'*Aprimoramento* (Annexe 41) est une formation continue courte financée par le Ministère de la Santé pour des infirmières obstétricales dont les établissements dont elles dépendent sont membres du *Rede Cegonha* et souhaitent changer le modèle de soins en périnatalité et insérer les infirmières obstétricales dans leur structure. Ce financement consiste à assumer le prix des billets d'avion pour se rendre à Belo Horizonte ou dans les municipalités et un forfait per diem d'environ 220 *reais* (35.40€) par participant. Cette formation repose sur

un partenariat entre l'école en soins infirmiers de l'UFMG, l'ABENFO et l'HSF[132]. En 2014 et en 2015, soixante-quatre professionnels dans cinq régions du pays (Nord, Nord-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud) furent formés chaque année grâce à ce programme de formation, et en 2017, cent-vingt-neuf professionnels furent formés. Chaque session de formation est composée de huit personnes soit une répétition de huit fois ce programme par année. Son objectif principal est d'organiser un enseignement/apprentissage pour le changement et l'amélioration de l'accompagnement du travail et de la naissance par les infirmières obstétricales en passant par un processus de réflexion et de conscientisation sur leur pratique. Ceci afin de favoriser la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins pour la santé des femmes et de leurs nouveau-nés en réduisant le nombre de césariennes inutiles et en renforçant le travail en équipe sur un modèle collaboratif.

Les objectifs spécifiques sont :

- De développer la mise à jour des connaissances techniques et scientifiques, des habilités et des attitudes professionnelles des infirmières obstétricales pour l'accompagnement du travail et de la naissance dans des maternités et dans des maisons de naissance (développement de compétences).
- D'utiliser les compétences des infirmières obstétricales pour l'accompagnement du travail et de la naissance reposant sur les principes éthiques et juridiques de la profession et centrés sur le bien-être de la femme, du nouveau-né et de leur famille (humanisation de la naissance et de l'accouchement en se basant sur les preuves scientifiques).
- D'identifier les potentialités et les difficultés des infirmières obstétricales afin de les aider à renforcer leur pratique de soins grâce à l'accompagnement qui sera réalisé dans leur lieu d'exercice d'origine après la réalisation du cours.
- De renforcer les initiatives des maternités intéressées par ce changement de modèle d'accompagnement de l'accouchement et de la naissance et par l'insertion des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité.

Les conditions de sélection pour ce cours sont les suivantes :

- Travailler dans des hôpitaux/maternités liés au SUS
- Être complètement disponible pour suivre l'intégralité du cours
- Être régulièrement inscrit au Conseil Régional d'infirmières
- Présenter son certificat de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux
- Présenter un document signé par le participant contenant son intérêt à participer au cours de perfectionnement ainsi que son engagement à suivre les activités proposées

[132] Il existe d'autres cours d'*Aprimoramento* sur le territoire brésilien qui sont organisés selon le même modèle que celui de Belo Horizonte. A Rio de Janeiro, 180 professionnels ont été formés et à São Paulo, 20 professionnels ont été formés pour un service du secteur privé (en un cours).

- Présenter un document formel de la Direction de l'Institution d'origine contenant leur intérêt à la participation d'infirmières obstétricales au cours de perfectionnement et l'assurance de leur libération complète de leur activité professionnelle pour qu'elles puissent exclusivement être dédiées au cours durant cette période d'éloignement

Cette formation continue s'effectue en deux étapes :

La première étape de ce programme de formation, d'une durée de quinze jours, est centré sur l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement et de la naissance en immersion complète au sein de l'HSF pour la pratique, et de l'école en soins infirmiers de l'UFMG pour la théorie. Dans chaque groupe de formation, deux professionnels sont issus du même établissement afin de faciliter le réinvestissement des acquis dans leur structure d'origine à leur retour de formation. Cette formation de 132 heures au total repose sur 120 heures de pratique (dix gardes de jour et/ou de nuit de douze heures dans les unités d'admission, de médecines intégratives et complémentaires, en salle d'accouchement, en maison de naissance et en suites de couches) et de douze heures de théorie (deux journées de six heures). Chaque semaine de formation comporte : cinq jours de pratique (60 heures), une journée de théorie (6 heures) et une journée de repos. En ce qui concerne les apprentissages théoriques, le premier jour de la formation, un test de connaissances est organisé et il est repris en fin de formation pour mesurer les apprentissages des stagiaires durant la durée du programme. Les thématiques des cours théoriques portent sur l'*Evidence Based Practice* de l'accouchement et de la naissance, les cadres politiques et juridiques qui sous-tendent la pratique des infirmières obstétricales dans le cadre de l'accouchement, l'identification des leviers et des freins relatifs à leur insertion dans ce cadre et les stratégies de renforcement des leviers et de dépassement des freins. En ce qui concerne les comportements, attitudes, habilités et pratiques des stagiaires, il leur est demandé de remplir un document (Annexe 42) en cohérence avec le champ de compétence des infirmières obstétricales et les recommandations de bonnes pratiques, *avant*, *pendant* et *après* (à 30, 60, 90 et 120 jours) le programme de formation afin qu'ils puissent mesurer le développement de leurs compétences. Les stagiaires sont accompagnés par les précepteurs de l'HSF et disposent également de documents pour décrire, comme dans un journal de bord, leurs activités individuelles quotidiennes dans les différents secteurs de stage et plus particulièrement les prises en charge d'accouchement qu'ils effectuent (Annexe 43). Durant l'immersion à l'HSF, une étude de cas clinique doit être réalisée par chacun des stagiaires. Cette analyse réflexive a pour objectif de relever les singularités des problèmes rencontrés dans la pratique et les besoins des patientes, des nouveau-nés et des familles afin d'élaborer un plan de soins qui puisse solutionner les problèmes identifiés. Afin de guider leur réflexion, les stagiaires disposent d'un document composé de sept parties (Annexe 44) : les questions d'orientation et de délimitation du ou des problème(s) identifié(s), les investigations à mener, le résumé des problèmes et les altérations identifiées associées à ces problèmes, les fondements théoriques physiopathologiques, les alternatives et propositions de prise en charge, les actions mises en œuvre ou les recommandations et enfin, la discussion et l'évaluation du cas clinique entre professionnels favorisant l'interdisciplinarité. Il est donc question d'un partage d'expériences autour de la présentation des cas cliniques rencontrés.

La seconde étape de ce programme de formation consiste en un accompagnement des stagiaires à distance (à un et à deux mois) puis en présentiel pour deux institutions d'origine intéressées (à six mois et durant trois jours) afin d'évaluer et discuter le déploiement de leur plan d'action (Annexe 45). Ce plan d'action est une production que chaque stagiaire réalise à la fin de la première étape du programme afin de réfléchir aux actions à mener (par qui, dans quels délais, comment) pour favoriser leur insertion dans leurs établissements respectifs en tenant compte de leur contexte local mais aussi afin de favoriser l'implantation des bonnes pratiques et d'un modèle collaboratif de travail entre les différents professionnels. Ce plan d'action devant être suivi dans sa mise en œuvre puis évalué car étant le prolongement de la première étape du programme de formation. Cet accompagnement est réalisé par deux précepteurs de l'équipe d'élaboration du cours et permet d'évaluer le réinvestissement des apprentissages des participants à la formation dans leurs établissements d'origine en termes de changements ou de modifications de pratiques.

Récapitulatif des référentiels de formations présentés

Nous présentons ci-dessous, dans un tableau récapitulatif, les principales caractéristiques et données des référentiels de formations que nous venons d'étudier.

Tableau 49 : Les principales caractéristiques et données des référentiels de formations initiales et continue des infirmières obstétricales au Brésil

	CEEO	***Residência***	***Aprimoramento***
Type de formation	Spécialisation	Spécialisation	Perfectionnement
Date de création de la formation	1999	2012	2013
Durée de la formation	12 mois pour des infirmières générales exerçant déjà dans des maternités ou hôpitaux adhérant au *Rede Cegonha*	24 mois pour des infirmières générales	15 jours pour des professionnels exerçant déjà en tant qu'infirmière obstétricale dans des établissements adhérant au *Rede Cegonha*
Soutien/Organisation	Ministère de la Santé Escola Enfermagem / UFMG	Ministère de la Santé (bourses d'études de 3 330.43 *reais* durant toute la formation) Escola Enfermagem / UFMG HSF car centre de formation autonome accrédité par le Ministère de l'Education et de la Culture	Ministère de la Santé / *Rede Cegonha* Escola Enfermagem / UFMG ABENFO HSF Financement des billets d'avion et forfait per diem de 220 *reais*/j par le Ministère de la Santé
Taille des promotions	854 infirmières formées grâce aux 55 cours créés en 1999 Pour l'UFMG, 300 étudiants en 2014-2015 et 2016-2017 en partenariat avec environ 18 universités du pays. Chaque université accueille un nombre d'étudiants adapté à ses capacités d'accueil sur les terrains de stage	6 (minimum) à 12 voire 25 étudiants Variable 33 étudiants formées par l'UFMG en deux cours (2013-2015 et 2014-2016)	Groupes de 8 infirmières obstétricales : 64 professionnels formés par année en 2014 et en 2015. En 2017, 129 professionnels avaient été formés à BH. Initiatives similaires à Rio (180 professionnels formés) et São Paulo par un service privé (20 professionnels formés).
Critères de sélection	Analyse du CV du candidat Analyse du plan de travail présenté par le candidat Lettre d'engagement de la part de l'employeur à libérer le candidat pour pouvoir suivre le cours et à l'insérer à la suite de sa formation dans la prise en charge directe de l'accouchement	Epreuve théorique éliminatoire Analyse du CV du candidat Entretien Epreuve pratique (facultative)	Travailler dans des hôpitaux/maternités liés au SUS Être complètement disponible pour suivre l'intégralité du cours Être régulièrement inscrit au Conseil Régional d'infirmières Présenter son certificat de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux Présenter un document signé par le participant contenant son intérêt à participer au cours de perfectionnement

			ainsi que son engagement à suivre les activités proposées Présenter un document formel de la Direction de l'Institution d'origine contenant leur intérêt à la participation d'infirmières obstétricales au cours de perfectionnement et l'assurance de leur libération complète de leur activité professionnelle pour qu'elles puissent exclusivement être dédiées au cours durant cette période d'éloignement
Charge horaire et vacances	705 heures Théorie : 285 heures Pratique : 420 heures	5 760 heures Théorie : 1 152 heures Pratique : 4 608 heures 60 heures par semaine : 48 heures de pratique et 12 heures de théorie ou théorie-pratique 30 jours de vacances par année	132 heures Théorie : 12 heures Pratique : 120 heures 66 heures par semaine : 60 heures de pratique et 6 heures de théorie
Modalités pédagogiques favorisant la professionnalisation	Alternance Formation-Intervention Apprentissage à partir des situations de travail (problématisation de la pratique) Réflexivité sur les situations de travail Auto-apprentissage Partage d'expériences	Alternance Méthodes pédagogiques actives individuelles ou en groupe Simulation Classes virtuelles Exposés de cas cliniques avec partage d'expériences Séminaires Recherches bibliographiques Etudes dirigées	Alternance Travail réflexif sur une étude de cas clinique Partage d'expériences Journal de bord avec activités quotidiennes et relevé d'activité en salle d'accouchement Evolution de pratique
Formation pratique	PER et POSTNATAL : 315 heures PRENATAL : 105 heures Maternités/Hôpitaux Centre d'accouchement normal hospitalier Centre de santé	PERNATAL PRENATAL POSTNATAL Planification familiale Ambulatoire Centre de santé	PERNATAL POSTNATAL PRENATAL Admissions Médecines intégratives et complémentaires

		Centre d'accouchement normal ou Maison de naissance Salle d'accouchement Suites de couches Domicile des patientes Maternités/Hôpitaux	Centre d'accouchement normal ou Maison de naissance Salle d'accouchement Suites de couche
Formation à la recherche	Trabalho de Conclusão no final do Curso (TCC) : projet d'intervention pour les services de soins	Trabalho de Conclusão no final do Curso (TCC) : monographie Article de recherche scientifique	Plan d'action pour favoriser l'insertion des infirmières obstétricales dans leurs établissements respectifs en tenant compte de leur contexte local mais aussi afin de favoriser l'implantation des bonnes pratiques et d'un modèle collaboratif de travail entre les différents professionnels
Formation minimale	20 accouchements 15 réanimations néonatales 15 consultations prénatales		
Mission sociale			2 EO de chaque établissement sont envoyés en formation pour faciliter la mise en place de leurs acquis à leur retour
Evaluation	Des étudiants : évaluations sommatives et formatives (théoriques et pratiques) De la formation : évaluation des tuteurs et évaluation globale de la formation par les étudiants selon 3 axes - L'organisation du cours et sa dynamique - La dynamique d'apprentissage en dialogue avec l'expérience - L'organisation du service de soins et sa dynamique	Des étudiants : évaluations sommatives et formatives bimensuelles De la formation : indicateurs de soins dans les maternités, indicateurs en lien avec la pratique des infirmières obstétricales, taux de mortalité et morbidité maternelle et infantile	

2. Le travail réel

La présentation des données qui va suivre est issue de notre travail empirique ayant consisté en la réalisation d'observations directes et d'entretiens semi-directifs afin de pouvoir caractériser l'activité professionnelle et l'activité de formation des infirmières obstétricales. De ce fait, les acteurs observés et interviewés ont été : des infirmières obstétricales, des patientes, des étudiantes en formation initiale ainsi que des professeurs et coordinateurs des formations de la *Residência* et du *CEEO II*. Nous structurons la présentation de ces résultats en quatre temps, relatifs à l'activité professionnelle (données issues des observations directes et des entretiens semi-directifs) puis à l'activité de formation (données issues des observations directes et des entretiens semi-directifs). Pour chacun de ces temps, nous présentons notre écrit au regard des catégories et des items identifiés dans nos grilles d'analyse et en synthétisant les données en lien avec ces derniers.

2.1.Les observations directes de l'activité professionnelle

Nous rappelons que ces observations se sont déroulées à l'HSF auprès de cinq professionnels ayant chacun été observé à deux reprises. Une première fois lors d'une garde en salle d'accouchement et une seconde fois lors d'une garde en salle de pré-travail. Sur ces dix séquences d'observations, six ont également été une opportunité pour nous d'observer les pratiques de formation d'étudiants par les professionnels (apprentissage pratique en stage) mais nous développerons cette partie de nos résultats dans la partie consacrée aux résultats des observations directes de l'activité de formation.

2.1.1. L'accompagnement des patientes

L'accompagnement de la femme, du couple et de la famille (car les accompagnants sont tous impliqués dans les prises en charge) en salle d'accouchement et en salle de pré-travail n'est pas le même. En effet, même si les intentions des professionnels sont de pouvoir accompagner les femmes et leurs familles le plus en continu possible, il y a des situations où il n'est pas possible d'atteindre cet objectif et les infirmières obstétricales doivent faire face à l'agressivité des femmes et de leurs familles (P2, P4)[133]. En salle d'accouchement, l'accompagnement en continu n'est, par exemple, pas possible quand la maternité connait un pic d'activité. En effet, les infirmières obstétricales vont alors devoir prendre en charge plusieurs femmes simultanément. Cela se produit également lorsque les professionnels s'absentent pour effectuer des pauses. Durant les gardes de jour, il s'agit essentiellement de pauses pour se restaurer (une

[133] Cela renvoie à l'identification des acteurs de notre recherche.

heure) et la nuit, il s'agit de pauses pour se restaurer mais également pour aller dormir durant trois heures (P3). Ce temps de repos est réglementaire à l'HSF et s'explique par le fait qu'il n'est pas rare au Brésil que les professionnels cumulent plusieurs emplois. Ils peuvent effectuer jusqu'à 60h00 de travail par semaine et donc enchainer plusieurs horaires de travail de 12h00 dans plusieurs établissements de la ville. En salle d'accouchement, le nombre de patientes prises en charge simultanément par une infirmière obstétricale va également dépendre de l'effectif en infirmières obstétricales lors de la garde. Et nous avons pu constater que ces effectifs variaient quotidiennement (allant de trois la nuit à parfois six le jour pour cinq salles d'accouchement). En salle de pré-travail, l'accompagnement des patientes ne peut s'effectuer sur un modèle de *one-to-one* (une infirmière obstétricale pour une femme) car cette unité à huit lits est gérée par deux infirmières obstétricales ayant donc chacune quatre femmes en charge voire davantage quand la collègue s'absente pour effectuer une pause. En dehors de ses pauses, la présence de l'infirmière obstétricale dans cette unité est continue. Il faut savoir que cette salle de pré-travail est une salle commune dans laquelle les huit lits sont séparés par des rideaux. Il y a également une salle de bains commune pour les patientes de l'unité. Les huit lits de cette unité sont en permanence occupés avec un *turn-over* de patientes important. Ainsi, nous avons pu observer que l'accompagnement des patientes se veut le plus individuel possible (P1, P2, P4, P5) mais qu'il n'est pas toujours rendu possible par : l'infrastructure de l'établissement, ses ressources en personnel et son activité qui est dense (P4). Là où nous avons pu observer un accompagnement continu et permanent des patientes en salle d'accouchement est celui qui est fait par les étudiants de la *Residência* qui ne prennent pas en charge simultanément plusieurs femmes en travail (P1, P2, P3). Cet accompagnement peut également s'effectuer par une doula (P2, P3).

Relation de confiance : le corollaire de la présence continue d'un professionnel auprès d'une femme en pré-travail ou en travail est la relation de confiance qui va pouvoir se nouer entre eux, notamment par l'intermédiaire d'une communication que nous avons pu observer tant verbale que non verbale. En effet, nous avons pu constater que la relation de confiance des couples envers les professionnels était davantage marquée avec les professionnels dont la présence en continue dans la pièce était effective (même si la patiente est sous la douche ou dans le bain ; P2, P4). Cette relation de confiance était donc davantage présente en salle d'accouchement qu'en salle de pré-travail lié au fait que le *one-to-one* ne soit pas possible dans la dernière unité. Ainsi, sur l'ensemble des situations de prises en charge de patientes observées en salle d'accouchement, la relation de confiance entre le couple et le professionnel était présente (seules deux situations étaient difficiles à évaluer avec P3). En salle de pré-travail, l'instauration de cette relation de confiance était difficile à évaluer mais sur l'observation de P2, la relation de confiance n'était pas présente. En salle d'accouchement, quand la présence du professionnel était continue, ces temps d'accompagnement et de soutien (physique et psychique ; P2, P4) étaient alors propice à des échanges de différentes natures. En effet, ils pouvaient concernaient la prise en charge de la patiente : donner des explications et des informations sur le déroulement des événements et sur la prise en charge effectuée ou proposée, répondre aux questions du couple, donner des conseils pour optimiser les processus physiologiques de la naissance et la gestion de la douleur, etc. (P1, P2, P3, P4, P5).

La femme actrice de son travail et de son accouchement : l'objectif des infirmières obstétricales est celui de rendre la femme actrice de son travail et de son accouchement en l'incitant à prendre elle-même les décisions qui la concerne (P1, P3, P4) en ayant au préalable reçu une information loyale et complète de leur part. Les actes réalisés « sur » la patiente ont donc été, la plupart du temps, décidés et consentis par celle-ci (P1, P2, P5). Nous avons cependant observé une fois, mais durant toute une garde, l'attitude d'un professionnel qui effectuait des gestes sur les patientes sans leur consentement (P1) et sans justification scientifiquement fondée (pas de respect des recommandations de bonnes pratiques). Mais ce professionnel ne faisait pas directement partie de notre corpus. Il s'agissait de la collègue infirmière obstétricale de l'unité de pré-travail de l'infirmière obstétricale que nous observions (P2). Nous n'avons pu cloisonner nos observations car les pratiques de cette infirmière obstétricale (que nous définissons comme des violences obstétricales eu égard à la définition que nous en avons donné dans la première partie de ce travail) interféraient dans les prises en charge des patientes dont l'infirmière obstétricale observée avait la charge. En effet, elle effectuait des gestes sur les patientes de sa collègue sans l'en avertir ce qui mettait à mal l'accompagnement et la relation de confiance que cette dernière cherchait à instaurer avec ses patientes. Si nous revenons maintenant aux différents types d'échanges que nous avons pu observer, nous avons également constaté que les échanges entre les femmes et les professionnels étaient loin de n'être que des échanges de type professionnels. En effet, il est arrivé qu'une infirmière obstétricale montre des photos de ses enfants au couple et parle de ses propres expériences personnelles d'accouchement avec la patiente (P4). Il était également fréquent que les discussions portent sur des évènements de la vie de tous les jours dans une ambiance chaleureuse avec des rires et de la bonne humeur (P1, P2, P4, P5).

La proximité verbale et non verbale : nous avons pu l'observer entre les familles et les infirmières obstétricales. En effet, toutes les patientes sont appelées par leur prénom, les prénoms des enfants sont demandés avant leur naissance (P2, P3, P4) et l'attitude des professionnels envers ces patientes était majoritairement douce, encourageante, félicitante, réconfortante, calme, rassurante et sécurisante, et ceci, aussi bien dans leurs mots que dans leurs gestes (P1, P2, P3, P4). Nous faisons ici le lien avec les propos de l'un de nos entretiens exploratoires (ceux d'Ana) quand elle disait à propos de la relation entre les infirmières obstétricales et les patientes : « *je pense le contact avec les patientes aussi c'était très différent c'était une approche un peu plus euh proche je dirais de c'était vraiment un peu aussi euh pas vraiment proche mais comme la population au à l'hôpital aussi des fois c'est une population très de la périphérie donc dans une situation dans la grande majorité des cas dans une situation précaire il y a un peu un rôle maternel de de la sage-femme là-bas qui ne se retrouve pas trop souvent ici* ». Le rôle matriarcal de l'infirmière obstétricale avec les patientes est ici mis en avant et nous l'avons également observé à plusieurs reprises (P2, P3, P4). Ce rôle s'est notamment exprimé par le fait qu'une infirmière obstétricale serre une patiente dans ses bras pour la réconforter en salle de pré-travail (P4) et qu'une étudiante caresse la main, la tête et les cheveux d'une patiente (P3). En guise de remerciements et de reconnaissance, un couple a donné à sa fille comme deuxième prénom celui de l'infirmière obstétricale (P4).

Le respect de la pudeur et de l'intimité de la patiente : là encore les éléments observés varient en fonction du lieu d'observation. Elles pouvaient davantage être respectées en salle

d'accouchement (puisque ce sont des salles d'accouchement individuelles) que dans la salle de pré-travail qui est un lieu commun. De plus, dans cet espace commun, la mise en œuvre de la confidentialité des données était également difficile puisque les professionnels discutaient entre eux des cas des patientes devant d'autres patientes ou alors à proximité d'elles (P1, P2, P4, P5). En ce qui concernait le respect de la pudeur et de l'intimité des patientes en salle d'accouchement, nous avons observé plusieurs personnes le mettre en œuvre (infirmière obstétricale, étudiante, doula, infirmière assistancielle) mais il est également arrivé que nous observions parfois beaucoup d'allers-retours intempestifs dans les salles d'accouchement de la part des professionnels (P2, P3, P4, P5).

2.1.2. La pratique des infirmières obstétricales et les recommandations de bonnes pratiques – Evidence Based Practice

Cette partie va également nous permettre de caractériser l'activité professionnelle des infirmières obstétricales. Nous avons mis en parallèle les données de nos observations avec les recommandations relatives à la *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* (2016) puisqu'elles représentent les recommandations de bonnes pratiques du Brésil en ce qui concerne l'accouchement normal. De plus, nous avions vu précédemment que ces recommandations se fondaient sur une revue de la littérature scientifique internationale et qu'elles étaient en cohérence avec celles de l'OMS (réactualisées en 2018). Nous pouvons d'emblée préciser que les pratiques professionnelles observées sont majoritairement en lien avec ces recommandations. Cependant, dans la mesure où il y a toujours un écart mesurable entre le travail réel et le travail prescrit, nous avons pu analyser que cet écart pouvait être lié à des éléments contextuels comme une forte charge d'activité ; à des éléments organisationnels comme les infrastructures dans lesquelles l'activité prend place ou encore à des variations inter-individuelles de pratiques. Pour la présentation qui va suivre, nous résumons l'ensemble de nos observations en des points importants de la pratique des infirmières obstétricales. Il faut considérer que ces données sont issues de toutes nos observations et y ont été retrouvées dans toutes car la pratique des infirmières obstétricales dans cette institution (hormis quelques variations inter-individuelles) était majoritairement uniforme. Quand une observation sera identifiée c'est qu'elle correspondra, justement, à une particularité individuelle observée.

La documentation clinique : elle est faite sur des dossiers papiers puisqu'il n'y a pas de dossiers informatisés des patientes. De plus, elle est particulièrement codifiée dans le sens où les infirmières obstétricales écrivent toutes avec un stylo à bille de couleur noir et signent chacune de leurs notes avec leurs initiales et leur tampon professionnel comprenant leur nom, leur prénom, leur numéro d'identification COREN et leur profession. Les documents renseignés peuvent être des feuilles de suivi clinique et biologique, de prescriptions, d'annotations et relatives à l'anesthésie-chirurgie. Pour ce qui est, plus spécifiquement, du suivi du travail et de l'accouchement, elles utilisent un partogramme avec des courbes d'alerte et d'action afin de diagnostiquer la pathologie et d'agir en conséquence. Ce partogramme est débuté en phase active de la première période du travail et ne concerne que les situations physiologiques. Il peut être documenté par les infirmières obstétricales, les étudiantes et les obstétriciens. Nous avons donc pu observer que cet outil était utilisé mais qu'il pouvait y avoir un décalage entre sa

documentation et la temporalité du déroulement des évènements sans conséquences cliniques pour la patiente (sauf deux fois dans le cadre de des observations de P2 et P3 mais cela concernait la prise en charge des collègues précédents). Hormis le partogramme, nous avons pu identifier une documentation régulière de l'ensemble des documents, y compris par les infirmières assistancielles. Dans le cas précis des infirmières assistancielles, lors d'une garde très chargée (vingt-trois naissances en douze heures et onze sur les douze heures précédentes), nous avons pu constater qu'elles inscrivaient des surveillances de patientes (notamment celles du post-partum immédiat) qu'elles n'avaient pas effectuées par manque de temps (P4). Au cours de cette même observation, l'infirmière obstétricale n'a, quant à elle, pas eu le temps de terminer des documentations de partogrammes ou de les effectuer (P4). Enfin, en termes de documentation des prescriptions sortant de leur champ de compétence (au cours de situations pathologiques ou de provocations des patientes), les infirmières obstétricales sollicitaient les obstétriciens pour effectuer ces prescriptions dans les dossiers des patientes.

La surveillance fœtale pendant le travail : elle est réalisée par une auscultation intermittente à l'aide d'un appareil à ultrasons. Elle se réalise aux 30 minutes durant le travail et aux 5 minutes durant les efforts de poussées (ou après chaque effort expulsif donc cela peut aussi dépendre de la fréquence des contractions utérines). Cette auscultation est également réalisée en salle de pré-travail et en salle d'accouchement après des événements importants comme : un toucher vaginal, une rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux, la mise en place d'ocytocine ou l'augmentation de son débit, la mise en place d'un misoprostol, la mise en place de protoxyde d'azote ou encore la mise en place d'une analgésie péridurale (dans ce cas la surveillance intermittente est aux 5-10 minutes). Cette surveillance est effectuée même si la patiente est sous la douche, dans le bain ou encore en attente dans un couloir de la maternité (P2, P4, P5). En cas d'apparition d'anomalies du rythme cardiaque fœtal à type de décélérations (les infirmières obstétricales précisent toujours la présence ou non de décélérations dans leurs notes) ou d'apparition d'une pathologie (liquide amniotique méconial, travail spontané prématuré), la surveillance fœtale devient alors un enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal et de la dynamique utérine à l'aide d'un CTG (cardiotocogramme). En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, la présence des infirmières obstétricales devient alors continue si elle ne pouvait l'être jusqu'ici (P2, P3, P5). La durée minimale d'un enregistrement par CTG est de 20 minutes. Cette durée peut être raccourcie ou prolongée sur indication médicale puisque les infirmières obstétricales préviennent les obstétriciens en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (sortie du cadre de la physiologie, leur champ de compétence). Cependant, l'infirmière obstétricale peut aussi décider de le prolonger elle-même (P1, P5). Après la fin d'un enregistrement pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, la fréquence de l'auscultation intermittente est alors déterminée sur prescription médicale (toutes les 10 minutes pour P2, toutes les 15 minutes pour P1 et P3). Un CTG de 20 minutes est également nécessaire avant le début d'une induction du travail (en salle de pré-travail). Ce que nous avons pu observer est que ces recommandations sont majoritairement respectées mais parfois avec un décalage entre le moment du diagnostic des anomalies et la mise en place de la surveillance en continue (P1, P2, P3, P4, P5) car il n'y a qu'un seul appareil permettant cet enregistrement pour toute la salle d'accouchement et la salle de pré-travail. Il est donc arrivé, notamment en période de forte activité, que des inductions du travail soient faites avec un enregistrement CTG plus court (P1)

ou sans enregistrement au préalable et uniquement avec une auscultation intermittente prolongée (P2, P4). Dans le cadre de l'induction du travail par Misoprostol, un CTG doit être réalisé durant une heure après la pose de chaque Misoprostol mais il est difficile de réaliser ceci pour la même raison qu'il n'y a qu'un CTG pour la salle d'accouchement et l'unité de pré-travail ; donc c'est une auscultation intermittente qui est réalisée et si elle révèle des anomalies alors un CTG est posé. Il est arrivé que les auscultations intermittentes ne puissent être effectuées aux 30 minutes en pré-travail à cause d'une surcharge d'activité (P2, P4). Pendant un enregistrement par CTG, les femmes sont installées en décubitus latéral gauche ou peuvent continuer à se mobiliser comme elles le souhaitent. Il est arrivé : une fois que la patiente retire et remette le capteur à ultrasons elle-même car elle ne le tolérait pas très bien sur son ventre en fin de travail (P3) ; une fois qu'une patiente retire elle-même le CTG sans en avertir l'infirmière obstétricale pour aller sous la douche en pré-travail (P2). L'analyse des tracés est de la responsabilité des obstétriciens et non des infirmières obstétricales même si elles savent elles-mêmes les interpréter. Mais dans la mesure où ces tracés sont réalisés dans des situations pathologiques ne relevant pas de leur champ de compétence, elles les font signer aux obstétriciens.

La surveillance de la dynamique utérine et du tonus utérin : il s'agit également d'une évaluation clinique intermittente réalisée aux 30 minutes durant le travail sauf si un CTG a dû être posé puisque ce dernier permet aussi l'enregistrement des contractions utérines. La surveillance clinique consiste à poser une main sur le fond utérin de la patiente et à compter le nombre de contractions utérines sur une période de 10 minutes et également à indiquer la durée de ces contractions. Cette surveillance n'a pas toujours été réalisée au même rythme entre les professionnels car cela dépend de la durée du travail et de son déroulement (travail physiologique ou stimulé par ocytocine par exemple). Une hypertonie a été diagnostiquée sous ocytocine avec cette surveillance impliquant l'arrêt du produit par l'infirmière obstétricale en toute autonomie (P4). Cette surveillance peut être réalisée même si la patiente est sous la douche (P2, P4). De plus, les infirmières obstétricales se fient également aux visages des patientes pour évaluer l'évolution de l'intensité des contractions.

La surveillance de l'évolution du travail : les touchers vaginaux sont réalisés aux 3h00 par les infirmières obstétricales sauf si une indication en nécessite un avant (ralentissement de la vitesse de dilatation comme pour les observations de P2, P3 ou présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal comme pour les observations de P2 et P3 également). Ce rythme des 3h00 est également soumis à l'approbation de la patiente qui peut soit refuser soit demander un toucher vaginal en dehors de l'échelle horaire recommandée (P4). Ces touchers vaginaux peuvent être réalisés par les infirmières obstétricales et/ou les obstétriciens (exemple de la prise en charge de l'accouchement de la grossesse gémellaire à 28SA lors de l'observation de P5). En ce qui concerne la surveillance du pré-travail des patientes, les infirmières obstétricales gèrent en autonomie ce secteur bien qu'il s'agisse la plupart du temps de situations d'induction du travail donc de situations pathologiques. Elles ont alors à leur disposition des protocoles pour les guider (antibioprophylaxie, modes d'induction du travail, etc.) mais les prescriptions sont assurées par les médecins obstétriciens de garde. En période de forte activité, il est arrivé que les accompagnants des patientes soient mis à contribution pour évaluer l'avancée du travail

et l'imminence de l'accouchement. En effet, les infirmières obstétricales leur demandaient alors de les prévenir si les patientes se mettaient à pousser spontanément (P2).

La prise en charge de la douleur durant le travail : les moyens non pharmacologiques de soulagement de la douleur sont encouragés et priorisés. Il s'agit de moyens comme : le ballon, la mobilisation, la déambulation, le bain, la douche, la respiration et les massages lombaires pendant la contraction utérine, parfois avec des huiles (P2, P3). Ils peuvent être mis en œuvre par la patiente elle-même (spontanément), son ou ses accompagnants ou encore par la doula et, ce, à n'importe quel moment du travail et de l'accouchement. En ce qui concerne les moyens pharmacologiques de prise en charge de la douleur, nous avons pu observer la pose d'analgésies péridurales par les médecins anesthésistes assistés des infirmières assistancielles et/ou des infirmières obstétricales. Les poses d'analgésies péridurales se déroulent à l'extérieur des salles d'accouchement, dans un espace dédié à ceci (la femme y va à pied accompagnée de l'infirmière obstétricale, de l'infirmière assistancielle et de son ou ses accompagnants). La patiente est installée en position assise et est scopée (pression artérielle, pouls et saturation) par l'infirmière assistancielle qui prépare également le matériel de pose de l'analgésie péridurale pour l'anesthésiste. Cet espace est entouré de paravents pour isoler la patiente du reste de la pièce centrale desservant l'ensemble des salles d'accouchement. La technique utilisée est une injection unique dans l'espace péridurale de lidocaïne, de levobupivacaïne et de fentanil dont l'effet dure environ trois heures (pas de pose de cathéter dans l'espace péridurale). C'est pourquoi, les infirmières obstétricales favorisent ces poses de péridurales sur des travails déjà suffisamment avancés pour que l'injection unique puisse aussi couvrir la période de l'accouchement (P3). Pour la pose de cette analgésie, l'anesthésiste met un masque, une charlotte et des gants stériles. Il réalise un badigeon avec de l'alcool pour la désinfection de la peau de la patiente puis une anesthésie locale de celle-ci avant de chercher à atteindre l'espace péridurale pour l'injection unique. L'infirmière obstétricale est prévenue de la réalisation de cette injection afin de pouvoir ensuite installer la patiente en décubitus latéral gauche et réaliser la surveillance du rythme cardiaque fœtal. Les patientes doivent être perfusées et recevoir du chlorure de sodium 0.9% avant et après la réalisation de l'injection unique afin de prévenir les hypotensions maternelles et les anomalies du rythme cardiaque fœtal qui peuvent en découler (P3 ; qui met alors la patiente sous oxygène mais cela ne fait plus partie des recommandations de bonnes pratiques). C'est pourquoi les patientes restent en surveillance de 40 à 90 minutes dans l'espace de pose des analgésies péridurales avant l'arrêt du scope et leur retour à pied dans leur salle d'accouchement. Parmi les autres moyens pharmacologiques de prise en charge de la douleur, nous avons également pu observer le recours au protoxyde d'azote (gaz hilarant) dont une évaluation est faite par questionnaire par les patientes l'ayant utilisé (P3, P4). D'ailleurs, en ce qui concerne ces moyens pharmacologiques de soulagement de la douleur, nous avons pu observer une infirmière obstétricale expliquer davantage les inconvénients que les avantages de l'analgésie péridurale et davantage les avantages que les inconvénients du protoxyde d'azote tout en faisant part au couple qu'elle avait elle-même accouché de ses deux enfants avec une analgésie péridurale (P4). En ce qui concerne la prise en charge de la douleur liée à la suture périnéale elle est soulagée par la réalisation d'une anesthésie locale de 20mL de xylocaïne qui peut être faite par l'infirmière obstétricale et renouvelable au besoin (P3). Du point de vue général de la douleur des femmes, nous avons pu observer des femmes algiques, pleurer, crier

et parfois hurler (P2) au moment des contractions utérines (surtout en salle de pré-travail), de gestes comme des touchers vaginaux, des ruptures artificielles de la poche des eaux, ou encore au moment de l'accouchement, de la délivrance, de la révision de la filière génitale, de la suture périnéale et de la surveillance du post-partum immédiat. En salle de pré-travail, nous avons particulièrement observé le fait que la douleur de patientes algiques semblait se propager à leurs voisines de chambre à travers les rideaux ou même jusque dans le couloir d'attente. Nous avons parfois eu le sentiment « qu'elles se répondaient mutuellement » aux douleurs qu'elles ressentaient (P1, P2, P4, P5). Et si ce n'était pas en termes de douleurs, la douleur des unes pouvait générer de l'anxiété chez les autres (P2). Dans le cas d'une patiente mineure, nous avons pu observer qu'elle mordait dans un bout de tissu sur les conseils de sa tante pour ne pas qu'on l'entende crier. L'évaluation des ressources des femmes vis-à-vis de la gestion de leur douleur était réalisée par les infirmières obstétricales ce qui permettait en partie aux femmes de gérer celle-ci et de poursuivre le travail et l'accouchement de la façon la plus naturelle et physiologique qui soit. Tout comme le fait de valider également leur ressenti. Cependant, à partir du moment où une patiente exprimait l'atteinte de ses limites, d'autres moyens de soulagement de la douleur lui étaient proposés et mis en œuvre mais pas, la plupart du temps, avec immédiateté. Par exemple, dans le cas des poses d'analgésies péridurales, cela dépendait surtout de la disponibilité de l'espace de pose des péridurales et de la disponibilité du médecin anesthésiste (P1, P3, P4, P5).

La gestion des efforts de poussées : les femmes sont invitées à pousser spontanément quand elles en ressentent le besoin et selon la technique qui leur convient le mieux. Ainsi elles peuvent pousser sur et/ou en dehors de la contraction utérine et le nombre de fois qu'elles le souhaitent toujours sur et/ou en dehors de la contraction utérine. La durée totale des efforts expulsifs n'étant pas limitée, les femmes peuvent se reposer entre les contractions utérines et les efforts de poussées. Certaines touchaient la tête de leur enfant entre les efforts de poussées pour mesurer sa progression (P2 et P3, mais dans ce dernier cas, il s'agissait du mari et la femme repoussait ses mains), d'autres ont verbalisé le sentiment qu'elles allaient mourir durant les efforts de poussées (P2). Un mari a demandé quand arrivait le médecin pour l'accouchement et ce sera d'ailleurs un médecin qui effectuera cet accouchement mais sans véritable raison (P3). En ce qui concerne la gestuelle de l'accouchement, les infirmières obstétricales s'adaptent à la position dans laquelle la patiente se trouve. Elles doivent donc parfois se contorsionner, s'asseoir par terre, s'accroupir sous la douche pour accompagner la naissance de l'enfant. En effet, les femmes sont encouragées à prendre la position qui leur est la plus confortable pour elle pour accoucher. Cela peut donc être : debout sous la douche ou ailleurs, assise sur le *banquinho*[134] sous la douche ou près du lit, accroupie sous la douche, dans la baignoire, debout ou accroupie près du lit, à quatre pattes près du lit ou sur le lit, en position de Gaskin près du lit

[134] Aussi appelée « chaise maïa », il s'agit d'une petite chaise percée en forme de demi-lune sur laquelle la femme peut prendre place durant son travail et son accouchement.

ou sur le lit, semi-assise ou assise sur le lit, allongée sur le côté dans le lit ou allongée en position gynécologique sur le lit (*litotomia*). Quoiqu'il en soit, l'infirmière obstétricale observe le dégagement de la tête fœtale mais sans autre intervention de sa part (ne freine ni ne maintient la tête fœtale ; n'effectue pas de manœuvres d'aide au dégagement de la tête fœtale). Il n'était pas rare que les têtes se dégagent millimètre par millimètre, tout en douceur et sur plusieurs contractions utérines (les patientes retenant parfois leurs efforts de poussées à cause de la douleur ; P2). C'est alors que pour le reste de l'expulsion du corps, c'est de nouveau la patiente qui décidait de pousser ou non selon ses sensations. La naissance pouvait alors être rapide ou plus longue s'il fallait attendre une nouvelle contraction pour que la patiente pousse. Ainsi le mouvement de restitution de la tête fœtale s'effectuait spontanément et accompagné par l'infirmière obstétricale mais non initié par cette dernière (sauf pour P1 sur un accouchement). Nous n'avons jamais observé de difficulté aux épaules ou de dystocie des épaules dans le cadre d'une patiente que nous suivions. Nous n'avons jamais observé de manœuvres de Kristeller non plus (sauf une de la part d'un médecin lors de l'observation de P5). Le management de la phase de la délivrance par les infirmières obstétricales était toujours un management actif reposant : sur l'injection en systématique de 10UI d'ocytocine en IM aux patientes par les infirmières assistancielles quelques minutes après la naissance de leur enfant ; un clampage tardif du cordon à l'arrêt des battements de celui-ci (le cordon était clampé à l'aide d'élastiques installés sur les pinces Kocher qui servent initialement de clamps) ; une légère traction sur le cordon et une expression abdominale (pas de manœuvre de refoulement utérin). L'examen du placenta par l'infirmière obstétricale était systématique après chaque naissance. Pour ce qui est de la quantification des pertes sanguines liées à l'accouchement et à la délivrance, il n'y a pas de poches de recueil graduées permettant de les quantifier. Cette quantification s'effectue donc visuellement au regard de ce qui se trouve par terre. Les infirmières obstétricales demandaient aux patientes de se remettre sur le lit d'accouchement pour la phase de la délivrance. Nous n'avons observé qu'une seule hémorragie de la délivrance (P3). La prise en charge a consisté à : poser une deuxième voie veineuse périphérique, utiliser des utérotoniques (ocytocine), prélever un bilan sanguin et remplir la patiente avec des macromolécules. L'examen de la filière génitale est réalisé par l'infirmière obstétricale qui est également apte à suturer les déchirures du premier et second degré (les autres le sont par les obstétriciens). Les techniques de suture sont similaires d'une infirmière obstétricale à l'autre (surjet fil unique). Nous n'avons pas vu de réalisation d'épisiotomies. Enfin, nous précisons que les accouchements rapides et inopinés sont assez fréquents dans le secteur du pré-travail notamment par manque de place en salle d'accouchement (P1, P2).

L'accueil du nouveau-né à la naissance : il est systématiquement réalisé en peau à peau avec sa maman (l'enfant y est toujours bien couvert et surtout sa tête en prévention de l'hypothermie). Les recommandations du temps de peau à peau dans l'institution sont d'une heure, ce qui favorise également la première tétée précoce durant la première heure de vie de l'enfant. Un clampage tardif du cordon est effectué (à l'arrêt des battements de celui-ci, en général cela intervient dans les 3 à 4 minutes qui suivent la naissance) et il est systématiquement proposé aux accompagnants des patientes de le couper. Ils sont libres d'accepter ou non de le faire (la majorité l'a fait). Le score d'Apgar est systématiquement côté à la naissance par les infirmières obstétricales à 1 et 5 minutes de vie. Nous n'avons pas observé d'aspirations naso-

gastriques systématiques même en cas d'encombrement prolongé de l'enfant (P2). Puis les soins de nursing sont réalisés dans la deuxième heure de vie de l'enfant par l'infirmière assistancielle : prise des mensurations (périmètre céphalique, taille), pesée, administration du collyre ophtalmique et de la vitamine K1 (faite en IM sans protocole saccharose au préalable pour la prise en charge antalgique de nouveau-né), soins du cordon (enveloppé dans une compresse), habillage et emmaillotage de l'enfant dans une couverture. L'identification des nouveau-nés est assurée par des bracelets d'identification (comme pour les patientes). Un accueil intime de l'enfant par ses parents était privilégié quand la situation le permettait (situation physiologique et pas de surcharge d'activité) afin de ne pas séparer précocement la mère de son enfant. Il est arrivé que des nouveau-nés soient laissés seuls sur les tables de réanimation ou à langer sans barrières de sécurité (P2). En cas de prise en charge spécifique c'est-à-dire liée à une pathologie (prématurité, suspicion de macrosomie, nécessité de réanimation néonatale), les pédiatres étaient prévenus avant la naissance de l'enfant (P1, P2, P3, P4, P5). En ce qui concerne le matériel de réanimation néonatale, il était rarement préparé à l'avance pour ne pas le gaspiller au cas où, finalement, il ne serait pas utilisé. S'il était préparé à l'avance, il l'était par l'infirmière assistancielle, l'étudiante, l'infirmière obstétricale et/ou le pédiatre. Nous avons observé la mise en place de sulfate de magnésium dans le cadre de la neuroprotection fœtale et une cure complète de maturation pulmonaire (P5). Il s'agissait d'une situation de naissance prématurée de jumeaux à 28SA. Lors de la naissance du second jumeau (nous n'avions pas assisté à la première naissance qui avait eu lieu la veille au soir), il n'y a pas eu de rencontre avec la maman, pas de regards, pas de touchers. Les parents semblaient peu inquiets pour leur enfant. Ils ne posaient pas de questions. Enfin, les prescriptions faites par les infirmières obstétricales pour les suites de couches en ce qui concerne les nouveau-nés sains sont : allaitement maternel libre et à la demande ; données vitales toutes les 06h00 ; communiquer les anomalies. A ceci peuvent s'ajouter des surveillances particulières : surveillances glycémiques durant les 24 premières heures de vie (en cas de prématurité par exemple).

La surveillance maternelle du post-partum immédiat : elle est assurée par l'infirmière assistancielle : toutes les 15 minutes pendant 2h00 puis toutes les 6h00 comprenant la prise des constantes maternelles, la surveillance des saignements et des lochies et de la rétraction utérine. Passées les deux heures de surveillance en salle d'accouchement, les femmes sont transférées dans le service des suites de couches à pied avec leur enfant dans les bras et accompagnées par l'infirmière assistancielle. Il est arrivé (P4) que les patientes soient transférées avant les deux heures de surveillance réglementaires par manque de place en salle d'accouchement. Les traitements prescrits pour la mère par l'infirmière obstétricale pour la sortie de la salle d'accouchement vers le service des suites de couches sont : paracétamol 1g per os toutes les 06h00 ; spasfon 10mg 1cp per os toutes les 06h00 si spasmes utérins ; alimentation libre ; soutien à l'allaitement maternel qui est à la demande ; déambulation ; communiquer les anomalies. Les durées d'hospitalisation en suites de couches sont : 24h00 pour le risque habituel et la *Casa de Parto Normal* ; 48h00 pour le haut risque et les accouchements par césarienne ; 48h00 pour un Streptocoque B positif ; 48h00 pour une prééclampsie sans critères de gravité et 72h00 pour une prééclampsie avec critères de gravité.

La mobilisation pendant le travail : elle est fortement encouragée par les infirmières obstétricales ainsi que par les doulas. En effet, toutes les positions favorisant la verticalisation des patientes sont conseillées. Les patientes peuvent donc alors marcher, déambuler, effectuer des mouvements de rotation et de bascule du bassin avec ou sans ballon, s'accroupir, se remettre debout, se mettre en position de Gaskin, s'asseoir sur le *banquinho,* se mettre à quatre pattes, s'allonger sur le lit etc. Et ceci même si elles sont sous la douche ou dans le bain. Elles sont libres de choisir la position dans laquelle elles sont la plus confortable (comme pour accoucher) et les infirmières obstétricales suivent les mouvements de la patiente pour toujours être au même niveau qu'elle (P1, P3, P4). Enfin, cette mobilisation a aussi été observée comme étant spontanée de la part des patientes.

L'alimentation et les boissons pendant le travail : les patientes peuvent boire autant qu'elles le souhaitent, plutôt de l'eau ou du jus de fruits naturel. Elles peuvent également manger des encas légers (salade de fruits, gélatine). Après l'accouchement, elles peuvent boire et manger normalement. C'est en général le partenaire qui se charge d'aller chercher les boissons et les encas au réfectoire de l'HSF se trouvant à l'étage juste au-dessus des salles d'accouchement. En effet, les infirmières obstétricales et assistancielles cochent sur un « bon papier » ce que la femme souhaite boire et manger, le donne à l'accompagnant et contre échange de ce bon au réfectoire, il revient avec la nourriture pour sa femme. En salle de pré-travail, les femmes mangent des repas normaux si elles le peuvent et le souhaitent. Elles ont également droit à des collations entre les repas si elles le souhaitent. Elles boivent également tout ce qu'elles souhaitent (jus de fruits etc.) et peuvent aussi avoir de la gélatine.

Les voies veineuses périphériques : elles ne sont pas recommandées en routine mais elles sont systématiquement posées avec un obturateur à l'HSF pour la patiente à son entrée en salle d'accouchement. En salle de pré-travail, elles sont posées avant de débuter les provocations ou au début de celles-ci ou avant les transferts en salle d'accouchement. Elles permettent par exemple quand cela est nécessaire : l'administration d'antibiotiques, d'ocytocine et de chlorure de sodium pour une pose d'analgésie péridurale. Ce sont les infirmières assistancielles qui les posent. Le matériel de pose est minimaliste et se trouve dans une boite que l'infirmière assistancielle va chercher quand elle doit poser une voie veineuse périphérique. La désinfection de la peau se fait avec de l'alcool et du coton. Certaines infirmières mettent des gants pour les poser et d'autres non. Les cathlons ne sont pas sécurisés. Nous avons vu une fois une infirmière se servir d'un gant comme garrot (P4).

Les interventions au cours du travail et de l'accouchement : nous n'avons pas observé d'amniotomies précoces et de routine c'est-à-dire sans indication scientifique. En ce qui concerne le recours à l'ocytocine, il l'a toujours été au regard d'indications spécifiques comme : la stimulation du travail devant un ralentissement ou une stagnation de la dilation ou devant une charge virale VIH importante. En ce qui concerne, plus spécifiquement, le secteur du pré-travail, nous précisons que les modes d'induction et/ou de stimulation du travail sont l'amniotomie, l'administration d'ocytocine IV (5UI dans 500cc de NaCl 0.9%) et l'administration de Misoprostol 25µg par voie vaginale toutes les 4h00. Le schéma d'administration de l'ocytocine est : débit d'ocytocine débuté à 6mL/H puis doublé à chaque augmentation dans des délais variés. Pas d'augmentation du débit si dynamique utérine jugée

suffisante (4CU/10'). Nous avons pu observer un test à l'ocytocine (dit de stress fœtal) sur un cas de retard de croissance intra-utérin : CTG en continu et augmentation de l'ocytocine jusqu'à 196mL/H toutes les 30 minutes (P4). Nous avons également observé une rupture artificielle de la poche des eaux sans justification scientifique (P2).

A l'issue de cette présentation, dans laquelle nous retrouvons les éléments du travail prescrit, nous pouvons dire que la pratique des infirmières obstétricales de l'HSF est une pratique autonome dans leur champ de compétence et qui se fonde majoritairement sur les recommandations de bonnes pratiques de la *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* de 2016. En effet, la confrontation de nos observations avec ce cadre prescriptif montre que le travail réel est proche du travail prescrit quand les conditions d'exercice le permettent.

2.1.3. La collaboration avec les autres professionnels et intervenants

Cette collaboration concerne essentiellement quatre acteurs principaux : les accompagnants des patientes (dont la présence était systématique puisqu'obligée par la Loi), les médecins (obstétriciens essentiellement, mais aussi anesthésistes et pédiatres), les infirmières assistancielles et les autres infirmières obstétricales et, enfin, les doulas.

Les accompagnants des patientes : il pouvait s'agir des maris (la plupart du temps) mais cela pouvait aussi être les mères, les pères, les sœurs, les tantes ou les amies des patientes. En effet, leur nombre n'est pas limité et ils font pleinement partie de la prise en charge effectuée par les infirmières obstétricales. De ce fait, ils sont autant informés que les femmes par les infirmières obstétricales et ces dernières les font participer à la prise en charge de leur partenaire notamment en leur expliquant comment ils peuvent participer à la gestion de la douleur des contractions par des moyens de prise en charge non pharmacologiques (soutien émotionnel, massages, mobilisation avec leurs femmes etc.). Ils sont également sollicités pour aller chercher les boissons et encas de leurs femmes pendant le travail et après l'accouchement. Ils peuvent même devenir des partenaires de soins quand l'infirmière obstétricale leur demande de lui signaler si leur femme pousse par exemple (P2) ou si le CTG indique des anomalies du rythme cardiaque fœtal (P3). Les partenaires ont présenté des caractéristiques différentes (certains posant plus de questions que d'autres, certains semblant plus anxieux que d'autres, certains semblant plus érudits que d'autres, certains étant plus intrusifs que d'autres) mais leur point commun à tous, a été celui de représenter un réel soutien et une véritable aide pour leur femme. Deux partenaires ont nécessité d'être canalisés par une infirmière obstétricale. L'un étant jugé anxiogène pour sa compagne (P3) et l'autre intrusif dans le rapport au corps de sa femme (P3).

Les doulas : ce sont des femmes volontaires qui prennent soin et qui aident d'autres femmes quand celles-ci accouchent (c'est une femme qui en sert une autre). Elles doivent répondre à des critères qui sont : être de sexe féminin, être au moins âgée de 21 ans et être disponible, de jour comme de nuit, 12 heures par semaine. Elles représentent un soutien psychique et émotionnel important pour la femme et sa famille et peut lui apporter des conseils durant le travail. Elle a pour fonction de sécuriser émotionnellement la patiente afin de lui permettre de vivre une expérience positive et respectueuse des processus naturels et physiologiques de la naissance et de l'accouchement. Cependant, elle n'est pas une

professionnelle et ne doit pas interférer dans les décisions de soins. Typiquement, elles vont effectuer des massages lombaires à la patiente, lui conseiller de se mobiliser, assurer la préservation de sa pudeur et de son intimité, l'encourager, la soutenir, l'éventée, lui essuyer le front, lui tenir le masque du protoxyde d'azote etc. Toutes les doulas observées suffisamment longtemps ont représenté un réel soutien pour la patiente. Cependant, il est arrivé que certaines entrent dans la salle d'accouchement puis en ressortent sans vraiment intervenir ni se présenter (P3, P4). De plus, uniquement lors de l'observation de P3, une doula a dû être recadrée par une infirmière obstétricale car elle exprimait à plusieurs reprises son avis à travers ses mots et ses gestes sur la prise en charge d'une patiente, qui plus est, se trouvant dans une situation pathologique.

La collaboration avec les médecins : elle a majoritairement été respectueuse, cordiale et efficace, notamment avec les obstétriciens. En effet, les champs de compétence des uns et des autres sont connus et reconnus par les uns et les autres ce qui implique une prise en charge des patientes en équipe pluridisciplinaire efficace. La communication entre eux a toujours été respectueuse même quand une infirmière obstétricale (P3) a dû faire preuve de patience devant un changement d'interlocuteur fréquent lors de la prise en charge d'une situation pathologique (anomalies sévères du rythme cardiaque fœtale). Les obstétriciens sont rapidement prévenus par les infirmières obstétricales des situations pathologiques (anomalies du rythme cardiaque fœtal, stagnation de la dilatation, présence d'un liquide amniotique méconial ; P1, P2, P3, P4, P5) mais les pédiatres un peu moins (parfois juste avant la naissance de l'enfant). La collaboration avec les médecins anesthésistes reste peu fréquente (P3) dans la mesure où le taux d'analgésies péridurales n'est que de 3% à l'HSF. Il est arrivé fréquemment que les obstétriciens repassent spontanément auprès des patientes pour connaitre l'évolution du travail et de la situation de cette dernière quand ils avaient été sollicités une première fois par les infirmières obstétricales (P1, P2, P3, P5). Ils intervenaient aussi pour discuter avec la patiente et l'informer sur des points précis à la demande des infirmières obstétricales : césarienne, extraction instrumentale, analgésie péridurale, anomalies du rythme cardiaque fœtal (P3, P4). Les conduites à tenir données par les obstétriciens ont toujours été claires même s'il est arrivé qu'elles puissent se contredire (P3) ou qu'il faille attendre qu'un obstétricien soit disponible pour les indiquer (P2, P3). Beaucoup des décisions prises sur des situations pathologiques l'ont été de façon conjointe entre les obstétriciens et les infirmières obstétricales (P1, P2, P3, P5). Et les discussions conjointes des cas des patientes en pré-travail ou induites sont également fréquentes entre les infirmières obstétricales et les obstétriciens et/ou résidents en obstétrique (P1, P2, P4) puisque ce sont les médecins qui sont responsables des prescriptions des modes d'induction du travail. Ils signent également les décharges en cas de sortie des patientes contre avis médical (P4).

La collaboration entre infirmières obstétricales elles-mêmes et entre infirmières obstétricales et infirmières assistancielles : les collaborations observées ont également été

respectueuses, cordiales et efficaces[135]. Sauf dans le cas de la collaboration problématique de P2 avec sa collègue infirmière obstétricale de l'unité de pré-travail. En effet, dans ce cas précis, l'absentéisme prolongé de sa collègue au sein de l'unité et la qualité de ses compétences ont mis en difficulté l'infirmière obstétricale observée qui devait faire face seule à une charge de travail importante et comportant des cas pathologiques. Cela a donc mis en tension la sécurité et la qualité des soins à plusieurs reprises (accouchement réalisé seule en salle de pré-travail, auscultations intermittentes des rythmes cardiaques fœtaux notées mais non effectuées[136] ou non effectuées dans les temps impartis). P2 a dû, à plusieurs reprises, solliciter de l'aide auprès d'autres collègues et auprès de la coordinatrice de la maternité. Il s'agit également de la situation d'observation durant laquelle P2 a dû travailler avec une collègue infirmière obstétricale qui interférait dans ses propres prises en charge de patientes allant jusqu'à l'encontre de prescriptions médicales et allant jusqu'à faire preuve de violence obstétricale envers plusieurs patientes. Mais, mise à part cette situation, les infirmières obstétricales font preuve entre elles de beaucoup de collégialité (échanges et discussions sur des cas cliniques de patientes, remplacements mutuels durant leurs pauses respectives etc.). La collaboration avec les infirmières assistancielles est également cordiale et efficace et repose sur une bonne communication des informations entre elles. Les infirmières assistancielles réalisent les soins infirmiers auprès de la patiente (prise des constantes maternelles pendant le travail, surveillance du post-partum immédiat, pose des voies veineuses périphériques, réalisation et administration des antibiotiques, des perfusions, de la délivrance dirigée, d'oxygène etc.) mais elles réalisent également les soins de nursing (soins d'hygiène et de confort auprès de la mère et du nouveau-né). Elles préparent aussi le matériel (table de réanimation) pour l'accueil du nouveau-né et le matériel d'accouchement et de suture périnéale pour l'infirmière obstétricale et l'obstétricien. Elles participent à la pose des analgésies péridurales des patientes en les préparant, en leur expliquant la procédure et en préparant à l'anesthésiste son matériel. Enfin, elles assurent les transferts des patientes entre les différents secteurs de la maternité.

2.1.4. Le modèle de soins

Le modèle de soins dans cette institution, se veut humaniste et soutenant l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. Cependant, la mise en œuvre de ce modèle de soins n'est pas toujours permise par la charge d'activité à laquelle doit faire face cette maternité ni par son infrastructure (salle de pré-travail ou salles d'accouchement insuffisantes en nombre). Ainsi, sur l'ensemble des prises en charge où nous avons pu observer le modèle de soins mis en œuvre, nous avons identifié : 12 modèles humanistes en salle d'accouchement et 0 en salle de pré-travail et 2 modèles technocratiques en salle d'accouchement (P3) et 4 en salle de pré-travail.

[135] Les équipes sont fixes car les jours de travail sont fixes donc les professionnels sont habitués à travailler ensemble.
[136] Cela s'est également produit pour P1.

Une infirmière obstétricale (P4) s'est particulièrement exprimée sur ce sujet lors de son observation. En effet, elle n'est pas favorable à la sectorisation de la salle de pré-travail. Elle pense que cette organisation est vraiment mauvaise pour la prise en charge globale des patientes et que ce n'est pas évident de pouvoir discuter avec elles. Elle pense, de plus, que l'organisation spatiale de cette pièce favorise la transmission des émotions entre les femmes (peurs, angoisses, cris, etc.). Enfin, en lien avec la forte activité que connait cette maternité, une infirmière obstétricale (P4) finit par avoir un rôle de gestionnaire des lits en cherchant des lits dans les autres unités de la maternité pour les femmes en attente dans le couloir (elle sera aidée dans sa tâche par la coordinatrice de la maternité). Elle s'interroge alors sur l'hospitalisation des femmes dont on ne peut assurer la prise en charge derrière car l'activité est trop importante dans la maternité. Elle délèguera ce jour-là la surveillance des patientes en salle de pré-travail aux étudiantes de la *Residência*.

2.1.5. Les catégories « Autre »

Ces catégories concernent : l'hygiène, le matériel, des excuses et des spécificités culturelles.

En ce qui concerne l'hygiène : les moyens de protection des lits et lits d'accouchements s'effectuent avec des tissus tout comme ce qui fait office de serviettes hygiéniques pour les patientes. Les matelas sont nettoyés avec du savon et de l'alcool (comme pour le *banquinho*). Les touchers vaginaux sont effectués avec des gants non stériles et il arrive que du matériel comme le CTG, les appareils à ultrasons ou encore le matériel d'aspiration néonatal passe de patientes en patientes sans être nettoyé entre les patientes. Un tri des déchets est effectué. Les mesures de protection des professionnels sont plus développées en cas de suture périnéale que lors du suivi du travail et de la réalisation de l'accouchement. Les professionnels mettent alors des gants stériles, un masque et une charlotte pour la réalisation de la suture périnéale. Pour l'accouchement, les professionnels peuvent mettre des gants stériles ou non stériles et mettre une charlotte comme ne pas en mettre. Ils ne mettent pas de masques. Enfin, quasiment toutes les infirmières obstétricales travaillent avec du vernis à ongles.

En ce qui concerne le matériel : il est parfois utilisé uniquement s'il est nécessaire d'y avoir recours. Dans le cas de réanimations néonatales par exemple, le matériel stérile et à usage unique sera rarement préparé à l'avance car s'il est préparé et non utilisé, cela représente un coût pour l'institution qui ne dispose pas d'une quantité de matériel importante (exemple aussi du seul et unique CTG pour la salle d'accouchement et la salle de pré-travail). Les ressources en matériel sont donc optimisées au possible. Par exemple aussi, les seringues utilisées pour la pose de l'analgésie péridurale sont en verre donc réutilisables.

En ce qui concerne les excuses : il s'agit de celles formulées auprès de nous par P2 suite à notre observation de sa garde en salle de pré-travail correspondant à la situation de collaboration délicate avec sa collègue infirmière obstétricale. En effet, P2, triste, s'excuse au bord des larmes auprès de nous à la fin de sa garde concernant le déroulement de cette journée. Elle exprime le fait que la prise en charge des patientes n'a pas été de qualité mais qu'elle a fait tout ce qu'elle a pu en gérant quasiment seule cette unité durant toute la journée et avec une

activité importante et des cas pathologiques. Enfin, elle finit par pleurer face à la violence obstétricale dont a fait preuve sa collègue.

En ce qui concerne les spécificités culturelles : l'une d'elles concerne le fait, qu'à plusieurs reprises sur l'observations de P3, des couples ont été surpris que je n'aie pas encore d'enfant à mon âge et m'en ont demandé la raison. En ce qui concerne la « culture de la césarienne », nous avons pu observer un jour à notre arrivée en garde, l'un des accompagnants (souhaitant une césarienne pour sa femme) faire part aux autres patientes en attente de prise en charge dans le couloir, de l'expérience qu'ils vivaient depuis plusieurs jours dans cette unité. La transmission du modèle de la césarienne s'effectue donc aussi entre les patients au moment de leur prise en charge. Il semble difficile pour les professionnels de changer les représentations d'une population dans laquelle la culture obstétricale est celle de la césarienne (P3, P4). Dans le même ordre d'idée, nous avons également observé une accompagnante faire part de ses propres expériences personnelles d'accouchements. Par exemple, que pour l'un de ses accouchements, de l'ocytocine a uniquement été utilisée pour permettre à l'obstétricien de garde de réaliser son accouchement sur sa garde et de toucher l'argent de sa réalisation. L'infirmière obstétricale (P4) m'explique alors qu'il s'agit d'une pratique fréquente au Brésil. La douleur a été horrible pour elle pendant le travail et elle a fait une dépression du post-partum suite à cela. Enfin, dans un registre plus large, P4 m'explique que les Brésiliens, et plus particulièrement les *Mineiros*, font d'une petite chose, une grande chose.

2.2.Les entretiens semi-directifs en lien avec l'activité professionnelle

Ces entretiens concernent ceux réalisés à l'HSF avec les cinq infirmières obstétricales et les cinq patientes de notre étude. Nous précisons que nous n'avons pas fait apparaitre de *verbatim* car il aurait été en portugais et associé à une traduction personnelle systématique en note de bas page ce qui aurait allongé la lecture et le volume du document. Cependant, ce *verbatim* est accessible dans les Tomes II et III des annexes.

2.2.1. Les entretiens semi-directifs avec les professionnels

Suite à notre analyse, les données issues de nos entretiens sont en accord avec celles issues de nos observations et avec celles issues du travail prescrit.

Le métier d'infirmière obstétricale au quotidien (niveau MICRO)

La caractérisation du modèle de soins mis en œuvre à l'HSF par les infirmières obstétricales : quatre d'entre elles nous ont permis de le qualifier. En effet, P5 nous indique que pour elle ce modèle de soins se définit comme respectueux de la femme, impliquant sa famille et donc centré sur la femme et sa famille (avant cela, elle avait une vision violente de la naissance). Elle continue en précisant que ce modèle de soins favorise le renforcement des liens entre les membres de la famille et peut ainsi participer à la réduction de la violence domestique. Ce modèle de soins qu'elle qualifie d'« humanisé » est, selon elle, un levier pour la pratique de l'infirmière obstétricale et P3 indique donc que les infirmières obstétricales contribuent à

l'amélioration des soins obstétricaux au Brésil par la mise en œuvre de ce modèle de soins. Toutes les infirmières obstétricales nous ont précisé que le modèle de soins mis en œuvre dans leur institution influençait leur pratique professionnelle et que c'était pour ceci qu'elles avaient choisi d'y exercer.

Les freins et les leviers à la mise en œuvre de ce modèle de soins humanisé : parmi les freins identifiés, le premier est celui que la mise en œuvre de ce modèle de soins dépend des volontés institutionnelles. En effet, P2 nous précise que malgré les volontés professionnelles personnelles des infirmières obstétricales, mettre en œuvre ce modèle de soins n'est pas toujours possible pour ces dernières au Brésil. Elles sont donc ravies de pouvoir mettre en œuvre ce modèle de soins dans leur institution qui fait office de référence dans tout le Brésil. C'est pour cette raison que P3 précise que son institution reçoit des professionnels de tout le pays pour leur perfectionnement et leur entraînement à cette pratique et que ceci permet, par la même occasion, de contribuer à la diffusion de ce modèle de soins ailleurs qu'à l'HSF. Un autre frein identifié à la mise en œuvre de ce modèle de soins est lié à la surcharge de travail que rencontre cette institution. En effet, nous avions pu l'observer aussi mais P1 et P4 indiquent que malgré leurs volontés de dispenser des soins de qualité, ceci n'est pas toujours possible quand le nombre de patientes est trop important par rapport au nombre de professionnels présents dans l'institution. En effet, P1 nous précise que la maternité de l'HSF ne refuse aucune patiente créant ainsi de la surcharge d'activité par moment. Quand cette problématique est soulevée auprès des gestionnaires de la maternité, la réponse qui est faite et que ce modèle de soins est une philosophie et non une question de manque de personnel. P4 soulève un autre frein (que nous avions également observé) qui est celui de la compatibilité de la charge de travail avec l'infrastructure de l'institution. En effet, cette dernière ne permet pas toujours de répondre à la demande ni aux attentes des femmes et donc de mettre en œuvre le modèle de soins humanisé. En ce qui concerne la salle de pré-travail, elle nous indique qu'il est fréquent que les femmes se plaignent de cet espace. Elle précise également qu'il est très exigeant pour les infirmières obstétricales d'y travailler car le nombre de patientes y est important. P5 identifie également un autre frein à la mise en œuvre de ce modèle de soins quand celui-ci n'est pas partagé par l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité. En effet, elle précise que quand de nouveaux professionnels arrivent dans l'institution, ils doivent comprendre la philosophie des soins infirmiers obstétricaux et plus particulièrement celle de l'humanisation de l'accouchement et de la naissance qui est appliquée dans l'institution (elle fait ainsi référence aux nouveaux médecins). P4 identifie également comme frein à la mise en œuvre de ce modèle de soins le manque de préparation à l'accouchement voie basse des femmes. En effet, elle estime que ce manque d'information associé à la volonté des professionnels d'encourager l'accouchement voie basse, peut induire des vécus d'accouchement traumatiques et irréversibles quand ces deux visions ne sont pas partagées. Elle pense donc important que les femmes soient informées et préparées à l'accouchement voie basse. En termes de frein, elle indique aussi, que malgré la mise en œuvre de ce modèle de soins qui se veut uniforme au sein de l'institution, il persiste tout de même la question des différences de pratique inter- et intra-individuelles c'est-à-dire entre les professionnels d'une même institution mais également pour un même professionnel au sein de la même institution. En effet, elle précise alors qu'en fonction du secteur dans lequel ce professionnel travaille il peut avoir une pratique différente et donc la

pratique de l'infirmière obstétricale va s'adapter en fonction du secteur de la maternité dans lequel elle travaille. Cette pratique va également s'adapter en fonction de la maternité dans laquelle elle travaille. Elle nous le précise tout particulièrement car travaillant dans deux institutions, elle nous indique ne pas avoir la même pratique dans l'une et dans l'autre puisque les modèles de soins mis en œuvre diffèrent légèrement. En ce qui concerne maintenant les leviers identifiés à la mise en œuvre de ce modèle de soins, les professionnels relèvent celui que, globalement, tous les professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité dans leur institution, et en particulier, les obstétriciens sont convaincus que ce modèle de soins est un paradigme et qu'il est le meilleur pour la prise en charge des femmes et des enfants au moment de la naissance et de l'accouchement des cas physiologiques. Tout le monde croit donc à ce modèle de soins. En effet, P3 nous indique que dans son institution la pratique de l'infirmière obstétricale est plutôt « tranquille » car cette dernière est connue et reconnue par les obstétriciens. P4 et P5 indiquent également que l'un des leviers à la mise en œuvre de ce modèle de soins est celui que les femmes soient de plus en plus informées sur ce modèle et sur les prises en charge possibles lors de leur accouchement. En effet, l'accouchement physiologique est une philosophie et c'est ce vers quoi le modèle de soins doit évoluer mais cela nécessite que les femmes sachent et connaissent ce qu'est un accouchement physiologique et s'y préparent en sachant ce qu'elles veulent pour ce dernier afin qu'il soit le plus doux possible. Pour P5, les femmes prennent de plus en plus conscience de ceci car elles ont pris conscience également que l'institutionnalisation des accouchements n'avait pas permis de réduire très efficacement les taux de mortalité maternelle et néonatale et avait fait augmenter les taux de césariennes. Enfin, pour terminer, P2 nous indique que dans la mise en œuvre de ce modèle de soins ce qu'elle estime important et de pouvoir travailler au moins une garde par semaine en salle d'accouchement.

Les caractéristiques de l'activité des infirmières obstétricales : les cinq infirmières obstétricales nous ont permis de les dégager. En effet, toutes précisent qu'elles travaillent dans différents secteurs de cette maternité car il y est effectué un tournus mensuel. Ainsi, elles peuvent travailler dans le secteur des admissions, dans le secteur des salles d'accouchement (P3 précise qu'en salle d'accouchement, l'infirmière obstétricale dédie son temps à l'accompagnement du travail de la femme), dans le secteur du pré-travail, dans le secteur du post-partum (auprès des mères et des nouveau-nés), dans l'unité des grossesses à haut risque (*Casa da Gestante*) et dans le secteur du suivi prénatal des grossesses à bas risque. P5 nous précise tout particulièrement également travailler dans le secteur des échographies et participer à la prise en charge des femmes enceintes incarcérées. P4, quant à elle, détaille son activité comme ceci :

- Aux admissions : accueil des patientes qui viennent consulter en urgence pour se faire évaluer et qui relèvent du champ de compétence de l'infirmière obstétricale. Toutes les patientes qui se présentent à l'hôpital sont prises en charge. La demande est spontanée de la part des femmes et aucune patiente n'est refusée par l'hôpital. Lors de cette prise en charge, l'infirmière obstétricale se présente, écoute le motif de consultation de la femme, réalise l'anamnèse de la patiente par un interrogatoire et en consultant son carnet de suivi de grossesse, réalise son examen clinique et pose un diagnostic. La patiente peut alors être hospitalisée pour un travail spontané ou une rupture prématurée

de la poche des eaux ou encore rentrer à domicile. Ce temps est également consacré à donner des informations à la patiente car elle sait que les femmes en reçoivent très peu pendant leur grossesse du fait de la forte demande et donc qu'elles ne parlent pas. Elle privilégie donc parfois cet aspect de la consultation à l'examen physique car elle sait à quel point culturellement l'accouchement voie basse est associé à des informations négatives chez les femmes et donc qu'elles ont besoin d'autres informations à ce sujet.

- En salle de pré-travail : espace collectif où les patientes y sont accueillies pour provoquer leur accouchement ou lorsque le travail n'est pas encore suffisamment avancé pour aller en salle d'accouchement. Cela est dans leur culture et elle regrette ceci tout comme le fait que ce soit un espace collectif. Pour elle ceci est contre-productif. Dans cet espace, elle accueille la patiente et sa famille, s'identifie, parle avec la patiente pour créer un lien avec cette dernière et lui apporter des informations, accompagne le déclenchement et le suivi du travail maternel et fœtal. Ce lieu peut également servir de lieu de transition le temps de savoir vers quel autre secteur de la maternité orienter la patiente.
- En salle d'accouchement : accompagnement actif et direct de la femme en travail qui consiste à informer, suggérer, soulager la douleur, créer des liens, effectuer l'accouchement et accueillir le nouveau-né. Puis effectuer la surveillance du post-partum pour la femme (suture périnéale) et l'enfant.

Chaque secteur a donc sa propre routine et sa propre dynamique. En conclusion, P2 nous indique que sa pratique est diversifiée et qu'elle trouve ceci intéressant et enrichissant. A titre individuel, P1 nous indique (comme P4) travailler dans deux maternités différentes : 36h00 à l'HSF et 24h00 à l'HRTN soit un total de 60h00 par semaine. Ceci est rendu possible par des jours de travail fixes (de jour comme de nuit) d'où l'intérêt, comme nous l'avions vu lors de nos observations, que les professionnels puissent avoir des heures de repos durant leurs gardes de nuit.

Les défis des infirmières obstétricales dans leur activité : ces défis sont de nature individuelle et/ou collective. P1 et P5 nous font part d'un défi commun qui est celui de faire face à la responsabilité qu'implique l'activité des infirmières obstétricale. C'est un défi en soi mais qui est plaisant. P5 nous indique tout particulièrement devoir faire face à cette responsabilité notamment en ce qui concerne la prise en charge du travail et de l'accouchement. P1 nous indique de nouveau, l'incompatibilité qu'elle ressent parfois entre la charge de travail et les ressources humaines et matérielles à disposition dans l'institution. En effet, pour elle, c'est un défi quotidien de devoir et de pouvoir faire face à l'activité qui ne cesse d'augmenter surtout quand le nombre d'infirmières obstétricales diminue. Cela génère de l'anxiété chez les professionnels et peut être pesant. C'est donc un défi pour elle que d'accepter d'affronter cette situation au travail non satisfaisante. Elle précise qu'elle ne rencontre pas cette problématique dans l'autre maternité dans laquelle elle travaille puisque dans cette dernière, il y a une limite d'accueil du nombre de patientes et une demande moins grande. Comme défi individuel, P2 aimerait intégrer un jour l'équipe des accouchements à domicile mais elle se sent encore insécure avec ceci pour le moment. En effet, elle trouve cette alternative de prise en charge intéressante et très positive pour en avoir vu quelques-uns. Elle dit, à cet égard, qu'à domicile le corps maternel réagit différemment qu'en salle d'accouchement. De plus, la patience dont

doit faire preuve l'infirmière obstétricale est plus importante à domicile ce qui implique pour le professionnel de travailler sur sa posture. Elle précise également que les patientes souhaitant accoucher à domicile sont mieux préparées à l'accouchement que les autres femmes. P3 nous indique que son défi individuel est celui de toujours et en tout temps donner le meilleur de lui en tant que professionnel pour que tout se passe pour le mieux pour la mère et l'enfant. En effet, il cherche à toujours améliorer ses prises en charge mais en toute tranquillité et avec l'aide d'autres professionnels. P4 nous indique quant à elle qu'il y a beaucoup d'expériences stimulantes et positives dans la pratique quotidienne des infirmières obstétricales mais le principal défi pour elle est celui de vivre dans cette culture c'est-à-dire celle où, bien souvent, il faut convaincre la femme que ce que les infirmières obstétricales savent est le mieux pour elle en termes d'accouchement. Enfin, pour P5 le défi majeur est l'acceptation de la part de l'obstétricien de sa pratique d'infirmière obstétricale pour le suivi des femmes à bas risque et qu'il reconnaisse qu'il n'est pas le seul à détenir un savoir. En effet, elle souhaite être reconnue par le médecin comme un professionnel qualifié pour prendre en charge les femmes enceintes à bas risque. Elle souhaite que son rôle soit reconnu de façon à ce que le médecin ne s'occupe que des patientes à haut risque et après que cette distinction ait été effectuée par l'infirmière obstétricale elle-même. Finalement ce qu'elle souhaite, à titre collectif, c'est la reconnaissance de l'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales pour les femmes à bas risque.

La collaboration interprofessionnelle : quand nous interrogeons les infirmières obstétricales à ce propos, elles l'abordent de façon générale entre tous les professionnels de l'institution mais aussi de façon plus spécifique avec les obstétriciens. P1, P2 et P4 font même de cette collaboration interprofessionnelle un défi dans leur pratique quotidienne (notamment avec les médecins pour P1 et P2). En effet, P2 précise que, même si le travail en équipe est davantage présent dans son institution comparativement à d'autres, il y a encore des difficultés. Pour elle, conquérir une bonne entente avec les autres professionnels est véritablement un défi et représente même une source de stress. P4 précise, quant à elle, que les relations entre les personnes de l'équipe sont un défi compte tenu des différences de pratiques, de communication, de maturité, et de croyance entre les individus. En ce qui concerne la nature de la collaboration entre les infirmières obstétricales et les médecins, P2 précise qu'elle repose sur la discussion des cas cliniques des patientes quand ceux-ci le nécessitent. Elle estime que cette coparticipation est nécessaire pour le suivi des patientes. P3, dans le même sens, indique une bonne relation avec l'équipe médicale qui participe à l'amélioration de la prise en charge des femmes. Pour lui, il y a une bonne communication avec les médecins et une bonne relation interprofessionnelle entre tous les professionnels participants à la prise en charge des patientes. En effet, P4 confirme que le travail est réalisé en partenariat avec tous les professionnels de l'institution. Si nous revenons maintenant à la collaboration plus spécifique entre les obstétriciens et les infirmières obstétricales, P3 indique que les médecins de l'institution dans laquelle il travaille connaissent et respectent le champ de compétence des infirmières obstétricales. P1 va également dans ce sens quand elle indique qu'aujourd'hui les obstétriciens ne peuvent plus travailler sans elle et qu'ils participent même pour certains à la valorisation des infirmières obstétricales. Cependant, avant cela, elle indique que les médecins obstétriciens avaient une mauvaise image de la pratique des infirmières obstétricales. P5 va également dans ce sens quand elle indique que les médecins brésiliens acceptent difficilement l'opinion d'autres

catégories professionnelles que la leur (y compris celle des infirmières obstétricales) car la plupart pensent que ce sont eux qui détiennent le savoir et la connaissance et qu'ils ne veulent pas les partager avec d'autres catégories professionnelles. Elle complète ses propos en indiquant que les médecins peinent à accepter la pratique des infirmières obstétricales car ils pensent ainsi perdre de l'espace dans le champ de la périnatalité.

Les formations des infirmières obstétricales : seules deux professionnelles se sont exprimées sur le sujet. P4 indique que culturellement le modèle de soins interventionniste intervient encore beaucoup dans la prise en charge des patientes et donc, par voie de conséquence, dans la formation des infirmières obstétricales. Elle pense qu'il faut donc aussi changer la formation des infirmières obstétricales car des personnes continuent à reproduire le modèle interventionniste et ne sont pas prêtes à en enseigner un autre. Elle estime que pour que les étudiants s'améliorent, il faut que les professeurs s'améliorent également et cela passe par le renforcement de la pratique des étudiants par rapport à la théorie. Cela doit aussi passer par la réduction du fossé entre la théorie et la pratique en arrêtant de faire dispenser les cours par des professeurs éloignés de la réalité du terrain. Elle précise que ceci est source de conflit au sein du groupe professionnel mais pour autant, nous retrouvons également en partie ces propos chez sa collègue. En effet, P5 indique que certaines écoles n'offrent pas suffisamment de pratique aux étudiants ce qui engendre des professionnels non sécures dans leur exercice et cette insécurité ne leur permet pas de réussir à pratiquer dans leur champ de compétence. Elle se montre préoccupée par la qualité de la formation des infirmières obstétricales. En effet, le faible nombre de professionnels qualifiés ne permet pas de répondre adéquatement au besoin de formation donc se retrouve de nouveau le problème du manque de pratique en formation et durant l'exercice professionnel qui induit un sentiment d'insécurité dans la pratique pour les professionnels. Et cela engendre alors une reproduction du modèle biomédical (interventionniste) de soins. Il n'y a donc pas d'amélioration de la qualité des soins pour les femmes et les familles.

La professionnalisation (niveau MESO)

La culture et l'identité professionnelle des infirmières obstétricales : leurs propos sont dirigés selon trois axes en relation avec les femmes, les médecins et une approche générale. Les infirmières obstétricales estiment que leur rôle principal auprès des femmes est celui de les accompagner, de les soutenir, de les orienter et de les informer durant leur grossesse et durant leur accouchement. En effet, elles trouvent plaisant cette proximité avec les femmes et le fait de pouvoir partager avec elles un moment si spécial de leur vie. Elles souhaitent ainsi favoriser une bonne et une belle expérience de la naissance pour elles. Pour cela, elles indiquent devoir s'adapter en permanence aux individualités des femmes et devoir assurer une prise en charge de qualité reposant sur les preuves scientifiques. Elles indiquent alors qu'il s'agit d'une activité professionnelle exigeante et à responsabilités. L'une d'entre elles (P4), insiste notamment sur l'importance d'orienter la patiente durant sa grossesse en répondant à ses questions afin de lui donner un maximum d'informations pour la suite de sa grossesse et pour son accouchement. En effet, elle estime que la patiente sera ainsi mieux préparée à son accouchement en ayant toutes les informations dont elle a besoin car elle indique que les patientes sont très peu informées pendant leur grossesse des avantages de l'accouchement voie basse et qu'il s'agit d'une lutte

pour les infirmières obstétricales de les convaincre des bénéfices de ce dernier au moment où elles arrivent pour accoucher. Il s'agit alors de réussir à convaincre les femmes des avantages de l'accouchement voie basse à l'aide de leurs connaissances scientifiques. P5 va également dans ce sens quand elle indique que le suivi global d'une patiente, c'est-à-dire de sa grossesse jusqu'à son accouchement, permet une meilleure connaissance de la patiente et que cette dernière accorde alors davantage sa confiance aux infirmières obstétricales qui gagnent en crédibilité. Ainsi, cette prise en charge globale des patientes permet aussi de réussir à surmonter les défis comme le système lui-même. Trois infirmières obstétricales nous ont défini leur identité et leur culture professionnelle comme n'étant pas en opposition avec les médecins. En effet, elles estiment qu'elles ne sont pas en compétition avec les obstétriciens et qu'elles ne lui retirent rien. Au contraire, elles souhaitent être une valeur ajoutée pour la patiente. Ainsi, elles indiquent ne pas vouloir prendre la place du médecin ni vouloir le remplacer. Elles souhaitent même valoriser la prise en charge multiprofessionnelle des patientes à la recherche de la meilleure qualité des soins possibles pour elles. De façon plus générale, une infirmière obstétricale nous indique qu'il est parfois difficile de mettre en évidence l'identité et la culture professionnelle des infirmières obstétricales car elles ne peuvent pas exploiter l'ensemble de leur champ de compétence dans les différentes maternités. Pour P4, la mission des infirmières obstétricales est celle de responsabiliser les femmes à leur accouchement. P5 indique que l'infirmière obstétricale doit être différenciée des autres professionnels car elle doit faire face quotidiennement aux nouveautés et s'adapter aux preuves scientifiques. Enfin, elle termine en indiquant qu'il existe des différences de profils entre les infirmières obstétricales même si elles sont issues de la même école et qu'elles travaillent dans la même institution. Pour elle, ce sont des différences de sensibilité qui s'expriment envers les patientes et cela la rend triste.

L'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales : P1 indique que c'est ce qui différencie une infirmière obstétricale d'une infirmière générale. En effet, en tant qu'infirmière générale, l'autonomie professionnelle est réduite et associée à peu de responsabilités. Cependant, elles indiquent que cette autonomie professionnelle de l'infirmière obstétricale n'est pas uniforme dans toutes les institutions de soins au Brésil. Elles reconnaissent avoir de la chance d'exercer dans une institution qui leur permet de mettre en œuvre leur autonomie professionnelle qui passe, selon elles, par le respect mutuel des champs de compétence des uns et des autres. De ceci découle des échanges interprofessionnels constructifs et fructueux pour les patientes.

Les évolutions et les perspectives souhaitées pour le métier d'infirmière obstétricale : les infirmières obstétricales indiquent deux orientations. L'une autour de leur reconnaissance auprès des femmes, des médecins et des institutions et l'autre autour de la formation des infirmières obstétricales. Concernant leur reconnaissance auprès des médecins, elles souhaitent une intégration plus grande des infirmières obstétricales dans les soins obstétricaux et notamment dans le secteur privé. Cependant, elles indiquent que de manière générale cette reconnaissance a déjà favorablement évolué et qu'elle doit continuer dans ce sens. P5 estime que ceci se fera auprès des médecins si les infirmières obstétricales étudient et fondent leur pratique sur les preuves scientifiques afin de pouvoir avoir les ressources leur permettant de discuter des cas cliniques avec eux et d'ainsi gagner en crédibilité. La visibilité des infirmières obstétricales pourrait donc aussi s'améliorer avec un nombre plus important de publications

scientifiques sur leur travail mais elles n'ont pas le temps d'écrire et donc leur savoir reste très empirique, peu visible et peu crédible. Il faudrait davantage d'infirmières obstétricales ayant des masters et des doctorats pour faire de la recherche mais il y en a peu car il persiste une séparation entre la théorie et la pratique au Brésil. Enfin, P5 pense que les médias créent une dépendance de la population à l'égard des médecins. Concernant maintenant la reconnaissance des infirmières obstétricales auprès des femmes et de la population générale, les professionnels de notre étude souhaitent que cette dernière soit aussi améliorée et ceci représente un défi pour leur groupe professionnel. Cela dit, elles sont plutôt optimistes quant à ceci car elles estiment que cette reconnaissance s'améliore petit à petit par le « bouche à oreilles » entre patientes. En effet, de plus en plus de femmes savent maintenant qu'elles ont été accompagnées pendant leur travail et pendant leur accouchement par une infirmière obstétricale. P1 indique qu'au début de son exercice professionnel en tant qu'infirmière obstétricale, les patientes pensaient que seuls les médecins pouvaient faire des accouchements et elles ne connaissaient pas la spécialisation en obstétrique pour les infirmières. Cette résistance de la population vis-à-vis des infirmières obstétricales tend à s'améliorer car leur rôle est de plus en plus connu de la population. Au point que la population peut maintenant effectuer la comparaison entre les modèles de soins dispensés par les médecins et par les infirmières obstétricales et qu'elle demande maintenant à être davantage prise en charge par des infirmières obstétricales. Mais selon P2, la reconnaissance des femmes reste encore faible. En effet, elles pensent que les infirmières obstétricales sont des médecins même si elles leur répètent plusieurs fois qu'elles sont infirmières obstétricales et non médecins. Les femmes restent attachées à l'idée qu'elles ont été accouchées par un médecin. Les femmes peuvent même être source de résistance quand elles souhaitent malgré tout qu'un médecin soit présent pour leur accouchement en considérant que si le médecin n'est pas là alors c'est que la prise en charge est de mauvaise qualité malgré le fait que l'accompagnement tout au long du travail ait été fait par une infirmière obstétricale et qu'elle possède les compétences pour pratiquer l'accouchement. P4 indique également ceci car elle pense que la reconnaissance sociale des infirmières obstétricales est très débutante de la part des femmes, des familles, des autres professionnels de la santé et de certaines institutions (tout comme P3). Peu de gens savent ce qu'est et fait une infirmière obstétricale alors que des études montrent le bénéfice de ces dernières. La population pense qu'elle a besoin d'un médecin pour pratiquer et donc qu'elle n'est pas autonome ni compétente pour la physiologie. Ceci est très fort dans la culture brésilienne (P5 le souligne également). Tout comme le fait que d'accoucher avec une infirmière obstétricale est réservé aux pauvres. En effet, dans les représentations brésiliennes, c'est plus chic d'avoir un accouchement avec un médecin. Elle indique également que les infirmières obstétricales sont confondues avec les médecins même si les professionnels disent qu'elles ne sont pas médecins dès le début de la prise en charge. Enfin, elle indique que les soins infirmiers en général ont mauvaise réputation et que les « affaires » d'infirmières obstétricales sont encore désorganisées dans les représentations. Pour continuer, les professionnels de notre étude ont donc indiqué qu'en réhabilitant l'accouchement voie basse et ses avantages auprès des femmes, cela continuera à participer à l'évolution de leur point de vue et leur permettra de vivre un accouchement physiologique comme une expérience agréable. Cela participera donc également à la diminution du taux de césariennes. L'amélioration des indicateurs participera lui, par effet de cascade, à la promotion de l'activité des infirmières obstétricales. Ainsi, l'infirmière obstétricale est donc un agent du changement du modèle de soins qui se répand de plus en plus

et qui continuera à se répandre notamment aussi grâce aux institutions qui doivent également continuer à intégrer de plus en plus d'infirmières obstétricales dans leurs structures. P5 indique alors que les perspectives sont bonnes car de plus en plus d'établissements proposent des prises en charge qui répondent à la demande de la population en recrutant des infirmières obstétricales. Certaines femmes sont par ailleurs engagées dans un processus de changement via les réseaux sociaux et sont de mieux en mieux informées. Le *Rede Cegonha* participe également à l'extension du modèle de soins et à l'encouragement de la pratique des infirmières obstétricales. Cependant, il y a encore des obstacles pour le changement du modèle de soins. En effet, P4 nous indique qu'elle croyait beaucoup en 2006 au fait que l'infirmière obstétricale puisse être un agent fort du changement dans le modèle de soins obstétrical. Aujourd'hui, elle tempère ceci car même si elle a identifié des progrès en 10 années de pratique elle estime que ces changements auraient pu être plus importants au regard des moyens investis par le Gouvernement brésilien. Malgré les efforts des filières de formation pour former les futures infirmières obstétricales au changement, elle constate que le modèle de soins technocratique se reproduit encore sans grand changement dans la pratique. Pour elle, l'infirmière obstétricale en tant qu'agent du changement est une prescription difficile à mettre en pratique sur le terrain compte tenu des différences de pratiques parfois même, pour un même professionnel au sein de la même institution. P5 indique quant à elle que certaines personnes comme les plus expérimentées ne souhaitent pas apporter leur soutien au changement de pratique par confort parce qu'engagées dans des plans de carrière qui leur permettent d'avoir une sécurité et une stabilité professionnelle. En ce qui concerne la formation des infirmières obstétricales, elles indiquent souhaiter voir le nombre d'infirmières obstétricales augmenter afin de pouvoir étendre le plus possible dans le pays leur pratique. Elles voient donc la formation des infirmières obstétricales comme une opportunité de porter la pratique des infirmières obstétricales à travers tout le pays et ceci au service des femmes. Elles espèrent donc que ce soient des professionnels formés avec qualité qui soutiendront le changement du modèle de soins. Pour le moment, elles indiquent que le nombre d'infirmières obstétricales est encore insuffisant pour faire face à cette demande. L'un des critères de qualité des formations est, pour elles, le fait que les écoles développent la partie pratique des apprentissages des étudiants pour leur permettre d'avoir une pratique sécure et d'exercer dans leur champ de compétence une fois diplômés. En effet, le manque de pratique et d'expérience entraîne de la peur et de l'insécurité chez les professionnels qui finissent par réaliser des tâches administratives, des prises en charge en post-partum ou qui finissent par assister uniquement le médecin. P5 indique alors qu'elle espère que les professionnels formés dans le futur seront prêts à prendre le relais et que le marché du travail aura des postes à leur offrir.

La coalition du groupe professionnel : deux des professionnels ont fait référence à leur association à savoir l'ABENFO. Ainsi, P5 estime que c'est à cette association d'effectuer le travail de renforcement du groupe professionnel en continuant à le fédérer et en continuant à lutter pour le changement du modèle de soins. De plus, elle estime que l'ABENFO doit également continuer à créer des protocoles et à rechercher des partenariats internationaux pour soutenir la progression du groupe professionnel. Ainsi, l'ABENFO doit poursuivre la présence qu'elle a déjà démontrée dans les congrès internationaux et le partage d'expérience avec d'autres pays. Cela enthousiasme et motive les professionnels à surmonter les défis et à briser les

paradigmes en allant de l'avant. P4 précise, quant à elle, qu'elle est simplement membre de longue date de cette association. Les professionnels ont également abordé des perspectives en lien avec la formation. En effet, P1 estime que la future génération d'infirmières obstétricales possède un bon bagage professionnel et une belle vision de l'activité des infirmières obstétricales qu'elle souhaite continuer à développer. P2, quant à elle, indique que la formation doit permettre de diplômer des professionnels qualifiés capables de fournir de bons soins. Mais elle reconnaît que cela lui fait peur car elle réalise qu'il y a plusieurs types de formations qui ne sont pas toutes de la même qualité. Elle souhaite donc que les futures infirmières obstétricales soient réellement investies dans leur pratique car ce n'est pas un métier facile. P4 estime que pour progresser à court et moyen termes, il faut que les professionnels de la formation et de terrain s'unissent afin de former correctement les futurs professionnels. Il faut conquérir cet espace en partenariat avec les femmes à qui on offre des soins de qualité. Enfin, en ce qui concerne la coalition du groupe professionnel en lien avec la dimension individuelle des infirmières obstétricales, P4 précise de nouveau que pour elle il ne peut pas y avoir d'uniformité entre tous car on observe des différences de comportements de la part des infirmières obstétricales et cela peut même aller jusqu'à observer des différences de pratiques pour les mêmes infirmières au sein d'une même institution dans laquelle il existe un modèle de soins unique. Ainsi, pour elle, compte tenu de ces variations, il n'y a pas de posture professionnelle uniforme même avec une formation identique.

Les formations initiale et continue (niveau MICRO)

Les raisons de l'engagement des professionnels dans ce métier : ces raisons sont par « amour », par opportunité, par opposition ou par hasard. En effet, P1 et P5 estiment que c'est par « amour » qu'elles se sont engagées dans cette activité. Pour P1, elle dit être tombée amoureuse de l'obstétrique au moment où elle a eu les cours d'obstétrique en Licence. Pour P5, elle indique avoir choisi ce métier car elle pense qu'à chaque naissance elle renaît en tant que personne car pouvoir offrir à une famille la naissance qu'ils attendaient, ça n'a pas de prix même malgré les difficultés. Cela la rend heureuse même quand elle arrive parfois triste et découragée au travail. Les situations de naissance la motivent et lui font se sentir utile au point qu'elle devient dépendante à cela. Pour P2, c'est une opportunité de suivre la formation par la *Residência* qui a fait qu'elle a commencé à aimer le métier en préparant les épreuves d'admission. Puis elle s'est vite rendu compte que ce domaine lui plaisait vraiment beaucoup et que cela lui procurait beaucoup de plaisir malgré le fait que cette formation soit fatigante. Elle estime que ça en vaut la peine et conclue que, finalement, elle est tombée en amour de ce métier. P3 nous indique qu'il a été parachuté dans le domaine des soins obstétricaux et que ce n'était pas quelque chose qu'il avait souhaité ni à laquelle il avait pensé. Ce choix de formation n'était donc pas programmé, c'est arrivé et il l'a accepté. Aujourd'hui, il indique que c'est ce qu'il sait faire de mieux. Enfin, P4 a choisi de se former par opposition au modèle de soins violent et interventionniste en vigueur dans la maternité dans laquelle elle travaillait en tant qu'infirmière générale. Elle estimait la qualité des prises en charge très mauvaise et d'ailleurs, la maternité dans laquelle elle travaillait a fini par fermer. Ne souhaitant pas participer à cette violence, elle a pris contact avec l'école en soins infirmiers qui l'avait formée pour en discuter. C'est au cours de cette discussion qu'un de ses anciens professeurs lui a parlé de la formation en soins

infirmiers obstétricaux et lui a suggéré d'aller observer un autre modèle de soins à Sofia Feldman. C'est en observant cet autre modèle de soins qu'elle s'est décidée à entrer en formation.

Le maintien des connaissances et le développement de leurs compétences : les professionnels ont identifié quatre moyens. P1, P3, P4 et P5 ont tous les quatre indiqués maintenir à jour leurs connaissances à travers la lecture d'articles scientifiques. En effet, ils ont tous souligné l'importance de la formation continue car ils ont conscience que les connaissances évoluent et qu'il en va de la qualité des soins auprès des femmes. Deux d'entre elles, ont particulièrement aussi identifié la lecture de discussions sur des réseaux sociaux internationaux professionnels ou de groupes de femmes. P2, P4 et P5 ont également indiqué comme moyen de maintenir à jour leurs connaissances la participation à des congrès, à des groupes de travail, à des symposiums ou à des séminaires. P3, P4 et P5 indiquent également que leur institution leur permet de maintenir à jour leurs compétences par l'intermédiaire de l'organisation de formations de perfectionnement comme sur la réanimation néonatale. Enfin, P5 nous indique que maintenir à jour ses connaissances est également important pour elle car elle dispense des cours aux étudiants.

Le contexte MACRO

La connaissance du référentiel de compétences de l'ICM par les professionnels de notre étude : trois indiquent ne pas connaître ce référentiel de compétences international. P5 indique en avoir déjà entendu parler mais elle ne le connaît pas spécifiquement. Cependant, elle indique que ce référentiel de compétences pourrait rapidement faciliter l'avancée du travail d'harmonisation des pratiques obstétricales au Brésil et dans le monde entier. Seule P4 connaît ce référentiel de compétences international qu'elle estime aller de pair avec le modèle de soins dispensé dans son institution. Elle connaît ce référentiel puisqu'elle s'en est servi il y a quelques années pour élaborer un cours sur la place de l'infirmière obstétricale au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Elle a donc lu et relu ce référentiel. D'ailleurs, elle dit rechercher ces recommandations puisqu'elle estime que ce sont les orientations de sa pratique quotidienne et que ces lignes directrices font écho au modèle de soins de son institution.

L'influence des politiques de santé publique sur la pratique des infirmières obstétricales : les professionnels de notre étude ont identifié ces politiques à trois niveaux. Le premier est celui de la ville de Belo Horizonte dont les politiques de santé publique soutiennent le développement d'un modèle de soins humanisé de la naissance et de l'accouchement. Le second est celui de l'Etat du Minas Gerais mais, dans ce cas, P1 indique que ces politiques n'influencent pas la pratique des infirmières obstétricales mais pour autant elle n'identifie pas de points négatifs à ces politiques. Enfin, le dernier niveau concerne le niveau Fédéral et trois professionnels nous ont particulièrement indiqué l'importance du *Rede Cegonha*. En effet, les politiques mises en œuvre dans le cadre du *Rede Cegonha* vont à la fois soutenir et promouvoir le développement des infirmières obstétricales, leur formation et améliorer les pratiques obstétricales en encourageant le changement du modèle de soins. Ainsi, ces politiques publiques garantissent et sécurisent la pratique et la qualité des soins. Ces politiques influencent donc la pratique des infirmières obstétricales puisqu'elles leur donnent un cadre et leur permettent d'exercer de façon autonome dans leur champ de compétence. Elles permettent donc aussi d'apporter de la visibilité de façon harmonieuse aux infirmières obstétricales. P5 indique particulièrement que

les politiques de santé publique favorisent la pratique des infirmières obstétricales et promeuvent ce groupe professionnel surtout dans les endroits où les ressources financières sont faibles. En effet, à partir du moment où la grossesse est à bas risque alors la faire prendre en charge par une infirmière obstétricale réduit les coûts et améliore les indicateurs de qualité. C'est pourquoi le gouvernement brésilien va créer une incitation financière pour les maternités afin de les encourager à mettre en œuvre ces politiques de santé publique et à avoir plus d'infirmières obstétricales. Enfin, P4 indique de nouveau que les progrès en termes de changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement ne sont pas aussi importants que ce que l'on aurait pu attendre si on étudie les indicateurs actuels. En effet, selon elle, ces changements ne sont pas proportionnels aux moyens investis par les pouvoirs publics.

Les catégories « Autre »

Ces catégories concernent : des remerciements et un retour sur notre collaboration. En effet, deux professionnels nous remercient pour cet entretien et pour leur avoir permis de s'exprimer. Deux nous indique également avoir apprécié notre partage au cours de cette recherche qui valorise l'activité des infirmières obstétricales au Brésil. Elles ont trouvé notre échange harmonieux et ce fut une bonne expérience pour elles. Une espère un jour pouvoir venir voir les sages-femmes travailler en France.

2.2.2. Les entretiens semi-directifs avec les patientes

La préparation à l'accouchement

La voie d'accouchement que les patientes souhaitaient privilégier : trois des cinq patientes se sont exprimées sur le sujet et leurs propos vont tous dans le sens d'un accouchement normal et naturel. En effet, aucune ne souhaitait de césarienne et U4 en avait même peur. Une patiente (U1) s'était, quant à elle, renseignée sur l'accouchement dans l'eau mais elle ne se sentait pas assez courageuse de le faire pour son premier enfant. U4 souhaitait également un accouchement dans la baignoire.

La préparation à l'accouchement : aucune des patientes n'avait élaboré de « *plano de parto* » que nous pourrions traduire par un projet d'accouchement ou un plan d'accouchement. Il s'agit d'une réflexion anténatale que les patientes mènent afin de déterminer ce qu'elles souhaiteraient pour leur accouchement (se mobiliser, marcher, déambuler, faire du ballon, avoir recours à une analgésie ou non, avoir recours au bain, à la douche, déterminer dans quelle position accoucher, etc.). Deux patientes nous ont indiquées ne pas savoir ce que c'était qu'un plan d'accouchement (U4 et U5), mais pourtant, U5 nous indique qu'elle avait lu dans son carnet de suivi prénatal quelles étaient les possibilités lors du travail et de l'accouchement. Elle avait donc choisi de rester dans son lit et de prendre un bain ou une douche pour se relaxer. Une autre (U1) s'était renseignée durant sa grossesse sur les soins du cordon ombilical, les contractions utérines, la dilatation du col utérin et la césarienne (elle n'en souhaitait pas). Deux des patientes indiquent ne pas s'être préparées à l'accouchement (U2 et U3). Le seul souhait qu'avait U2 était de faire de sa fille une Bahianaise car elle était elle-même Bahianaise mais la naissance de sa fille est arrivée avant qu'elle ne puisse déménager. Une patiente (U1) nous

indique s'être préparée à son accouchement en mangeant salé mais aussi beaucoup de bonbons alors qu'en dehors de la grossesse, elle n'aime pas ça. Elle a également continué à beaucoup marcher pour aller jusqu'à l'immeuble de sa maman. U4 nous indique également avoir continué à marcher, étudier et faire le ménage durant toute sa grossesse. Elle n'est pas restée inactive car elle a vécu une grossesse tranquille et naturelle. Tout comme U5 qui a travaillé jusqu'à une semaine avant son accouchement.

Les représentations des femmes sur l'accouchement : U1 indique que le corps de la femme fait naturellement en sorte que l'accouchement soit naturel sans que l'on ait besoin de forcer quoique ce soit. U3 était anxieuse dans l'attente de l'arrivée du bébé et, pour U5, un accouchement est douloureux.

Le choix de la maternité : trois de nos cinq patientes (U1, U2 et U5) nous ont indiquée qu'elles n'avaient pas vraiment choisi cette maternité mais que c'était leur maternité de référence c'est-à-dire celle dont elles dépendent de par leur lieu d'habitation. Ainsi, pour U2, la maternité lui a été indiquée durant sa grossesse par le centre de santé dans lequel elle effectuait son suivi de grossesse. Le choix s'est également opéré par réputation de l'établissement pour certaines patientes. En effet, U4 nous indique que la réputation de cette maternité est mitigée mais que ses sœurs y ont accouché et qu'elles étaient ravies. U1 nous indiqua également que les avis dans la population à propos de cette maternité étaient partagés. De son côté, elle estime que ce n'est pas le lieu qui est important mais les personnes qui y travaillent. En effet, elle part du principe qui si on respecte les personnes alors ces personnes (qui prennent soin de vous) vous respecteront aussi en retour. Elle nous indiqua que toutes les personnes avaient « super bien » pris soin d'elle et que le service public était de qualité malgré le fait qu'il soit gratuit. Enfin, U3 et U5 nous font également part d'expériences déjà vécues comme positives par le passé dans cette maternité d'où le choix d'y retourner (bien que pour une patiente il s'agissait d'une interruption de grossesse).

Le suivi de grossesse : deux patientes (U2 et U5) ont fait suivre leur grossesse au centre de santé. U5 nous indique que du personnel de l'HSF venait dans ce centre de santé pour y effectuer des suivis de grossesse et que ce sont les médecins qui l'ont encouragée pendant sa grossesse pour un accouchement voie basse. U4, quant à elle, a fait suivre sa grossesse à l'HSF mais y a effectué que deux rendez-vous. Enfin, U1 nous précise qu'elle a fortuitement découvert de sa grossesse suite à la réalisation d'une mammographie alors qu'elle avait senti une masse mammaire et qu'elle venait de perdre une amie d'Eglise d'un cancer du sein (la mammographie de notre patiente était normale).

Le vécu de l'accouchement

L'expérience des femmes d'avoir été accompagnées par une infirmière obstétricale au cours de leur accouchement : trois patientes sur cinq ne savaient pas qu'il s'agissait d'infirmières obstétricales mais pensaient qu'il s'agissait de médecins (U1, U2 et U5). Elles ont toutes été satisfaites de leur accompagnement. En effet, U1 indique que personne ne lui a crié dessus alors qu'elle-même criait pendant le travail. Pour elle, toutes les personnes qui l'ont accompagnée savaient ce que c'était qu'une femme qui accouche alors tout le monde est resté calme avec elle et lui disait de rester calme également, de faire comme elle le sentait le mieux

et de se laisser guider par ses sensations et la douleur. Pour U2, le professionnel qui l'a accompagné a fait preuve de patience et l'a aidé quand elle pensait elle-même qu'elle ne tiendrait pas le coup. U3 s'est aussi sentie aidée et a trouvé son accompagnement « super » car elle sentait de la présence autour d'elle de la part de ces professionnels qu'elle a qualifié de compétents, disponibles et à l'écoute. U4 a trouvé les infirmières obstétricales attentionnées envers elle et elle les a beaucoup appréciées. Son accompagnement a été continu, les infirmières obstétricales étaient à ses côtés, très aidantes pour la gestion de sa douleur par l'intermédiaire d'exercices de respiration par exemple. Enfin, U5, a trouvé l'équipe merveilleuse, attentive, calme, accueillante, aidante et lui ayant donné tout ce qu'il était possible de lui donner.

Le modèle de soins perçu par les patientes : U1 sait ce que sont les violences obstétricales et elle précise justement, au regard de ceci, qu'elle s'est sentie respectée et qu'aucun geste n'a été effectué sans qu'elle en soit informée ou sans qu'elle soit d'accord pour la réalisation de celui-ci. Elle s'est donc sentie bien traitée et respectée. De plus, elle précise que la nourriture était très bonne. U2 a trouvé la prise en charge bonne mais ne s'exprime pas plus à ce sujet et pense que son mari a davantage perçu de choses qu'elle. U3 est de nouveau ravie de sa prise en charge. U4 exprime le fait qu'elle a beaucoup apprécié pouvoir être accompagnée durant son travail par quelqu'un de son entourage (sa maman). Enfin, U5 nous indique que la poche des eaux a été rompue artificiellement pour favoriser l'entrée en phase active du travail car elle était algique mais que cet acte a été effectué avec son consentement.

Les récits d'accouchement : les cinq patientes indiquent avoir vécu un accouchement rapide. Pour U1, celui-ci a également été naturel et elle s'est laissée guider par ses sensations. Elle a seulement demandé à pouvoir rester sous la douche et crier pendant son accouchement. Avant de venir à la maternité U2 est restée longtemps chez elle. En effet, elle était venue le matin même à la maternité mais elle était repartie à domicile car le travail n'était pas actif. De plus, elle était à 36 SA et 5 jours et on l'avait informée que si son enfant naissait maintenant, elle serait prématurée et probablement hospitalisée. Donc elle a souhaité rester chez elle le plus longtemps possible pour ne pas accoucher et attendre encore deux jours pour passer le cap de la prématurité. Elle nous a verbalisé le fait qu'elle pensait que son enfant mourrait si elle naissait maintenant. Enfin U5 nous précise qu'elle a pu effectuer ce qu'elle souhaitait pour son accouchement à savoir rester allongée et prendre des bains qui l'ont aidée. Son accouchement a été calme et merveilleux.

Le vécu de la douleur de l'accouchement : les quatre patientes s'étant exprimées sur le sujet indiquent que la douleur a été « horrible » pour U1, « forte, soudaine et ne venant de nulle part à en faire pleurer » pour U4, « à n'en pas tenir le coup » pour U2 et « à en mourir » pour U5. Malgré cette expérience, U1 donne un sens à sa douleur. En effet, elle indique qu'elle se souvient de la douleur de son accouchement mais que ce souvenir est associé à la vision de pouvoir observer son enfant sortir d'elle. Le sens qu'elle donne à sa douleur est donc celui d'une douleur qui n'est pas inutile mais qui sert à donner la vie. U2 aurait aimé pouvoir bénéficier d'une analgésie mais elle n'en a pas eu le temps. En effet, nous rappelons qu'elle a accouché rapidement et prématurément. Elle a semblé être déstabilisée par la douleur au point de penser que sa fille allait mourir à cause de cette douleur. Elle pensait vraiment ne pas pouvoir tenir le coup mais elle a décidé de laisser sa fille naitre malgré sa douleur pour ne pas justement

prendre le risque que cette douleur fasse mourir sa fille. U5 indique que les bains l'ont bien aidée dans la gestion de sa douleur et que les femmes pensent ne pas pouvoir réussir à gérer leur douleur mais qu'elles y arrivent tout de même. Enfin, U4 est la seule patiente ayant eu une analgésie qui l'a bien soulagée. Elle pense, d'ailleurs, qu'elle aurait encore mal aujourd'hui si elle n'avait pas été accompagnée par les infirmières obstétricales et sa maman durant le travail.

Le vécu de l'accouchement : quatre de nos cinq patientes ont un bon vécu de leur accouchement et l'ont aimé malgré la douleur. En effet, U1 est marquée positivement par le fait d'avoir vu la tête de son fils arriver et de le sentir sortir, d'avoir senti son cœur battre sur elle après la naissance et qu'il ait arrêté de pleurer sur elle. Elle est très fière de cette expérience et estime que son fils est la perfection et que c'est la plus chose qu'elle ait pu faire. Elle souhaite que son fils sache qu'il est aimé et qu'il soit un homme bon. Pour elle, son accouchement est une expérience marquante dans le bon sens pour elle. U3 est également fière de son accouchement rapide et naturel quand elle indique l'avoir « fait seule ». U5 ne pensait pas réussir à accoucher. Elle a d'ailleurs maudit son mari et sa belle-sœur mais Dieu l'a aidée en lui donnant la force de vivre une naissance calme et merveilleuse, et avec pour elle, la récompense d'être mère. Seule U2 indique ne plus vouloir d'autres enfants.

Les améliorations possibles : les quatre patientes s'étant exprimées sur le sujet, indiquent ne pas en avoir à proposer car elles sont satisfaites de leur prise en charge et des soins qui leur ont été prodigués. Pour U1, tout était merveilleux pour elle mais aussi pour les autres patientes hospitalisées. Elle indique qu'elles ont été respectées ainsi que les processus physiologiques du travail et de l'accouchement. Elle recommande la maternité à d'autres femmes et précise que beaucoup de femmes de son entourage sont venues accoucher dans cette maternité. Elle souhaite que les soins soient toujours d'aussi bonne qualité et elle remercie tout le personnel de la maternité.

La catégorie « Autre »

Cette catégorie concerne : le déroulement de notre entretien. En effet, U1 s'excuse auprès de nous d'avoir pleuré au cours de notre entretien.

2.3.Les observations directes de l'activité de formation

Nous commençons par présenter les pratiques de formation des étudiants en stage dégagées lors de nos observations des infirmières obstétricales à l'HSF. Nous rappelons que nous avons pu observer ces dernières à l'occasion de six séquences d'observations. Ces observations ont concerné des étudiantes suivant le modèle de la *Residência* de l'HSF alors en stage dans ce même hôpital. Il s'agit donc de l'observation de l'apprentissage pratique de ces étudiantes. Nous rappelons que cette formation est celle dont la durée est de deux années. Au total, ce sont sept étudiantes qui ont été observées : trois en première année (R1 pour *Residência* 1ère année) et quatre en seconde année (R2 pour *Residência* 2ème année). Il est arrivé une fois que deux étudiantes soient observées sur la même séquence d'observation correspondant à une garde en salle de pré-travail.

2.3.1. L'accompagnement des étudiantes de la Residência en stage à l'HSF

Nous avons observé que l'accompagnement des étudiantes en formation initiale variait en fonction de leur année d'étude et en fonction de l'infirmière obstétricale qui les accompagnait dans leur apprentissage (en termes d'investissement). En effet, nous avons pu observer un niveau d'autonomie plus élevé chez les étudiantes en deuxième année ce qui parait assez logique. En effet, elles étaient alors positionnées en première ligne de la prise en charge des patientes dont elles s'occupaient et l'infirmière obstétricale était davantage positionnée en seconde ligne comme personne ressource et sur appel de l'étudiante en cas de besoin ou de nécessité (P1, P2, P3, P4). Il est arrivé que l'infirmière obstétricale ne soit même pas physiquement présente lors de l'accompagnement du travail de la femme mais elle l'était systématiquement lors de la naissance de l'enfant. L'infirmière obstétricale se positionnait alors auprès de la femme ou dans un coin de la pièce (P3). Nous avons pu observer, dans ces cas, que l'étudiante faisait pleinement partie de l'équipe, que ce soit en termes de pratique professionnelle ou comme membre comptant dans l'effectif total d'infirmières obstétricales du jour (P3, P4). En ce qui concernait les étudiantes de première année (mais aussi parfois de seconde année), la collaboration et la communication avec les infirmières obstétricales étaient plus étroites (P1, P3, P4). En effet, les étudiantes posaient des questions aux infirmières obstétricales et les infirmières obstétricales leur donnaient des explications sur les prises en charge et les processus physiopathologiques du travail et de l'accouchement (P1, P3, P4). Cela dit, nous avons malgré tout pu également observer une relative autonomie chez certaines étudiantes de première année concernant : la pose des CTG, l'accompagnement de la patiente en travail, le remplissage du partogramme, l'anamnèse auprès de la patiente, la gestion du début des efforts de poussées, le dégagement de la tête fœtale et les manœuvres de la délivrance. Nous avons pu observer un accouchement à quatre mains entre une étudiante de première année et P1. Enfin, nous avons pu observer un niveau d'investissement différent dans l'accompagnement des étudiantes de la part des infirmières obstétricales. Certaines étant moins empruntes à assurer cette mission d'enseignement que d'autres (moins d'interactions avec les étudiantes, moins de présence à leurs côtés auprès des patientes, moins de délicatesse dans les échanges verbaux ; P3) mais ceci a été observé dans un contexte de nuit en salle d'accouchement où l'effectif des infirmières obstétricales n'était que de trois. Quand des remarques étaient formulées aux étudiantes, elles pouvaient concerner la documentation clinique (P3) ou le modèle de soins (P4). En termes de documentation de leur formation, nous avons pu observer une étudiante remplir un suivi d'actes et de prises en charge nommé « registre de prise en charge de l'accouchement » (P2).

La suite de la présentation de nos résultats concerne les six séquences d'observations directes de l'activité de formation réalisées à l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Ces six séquences d'observations de la formation du *CEEO II* ont été : trois cours théoriques, un cours pratique et deux réunions de coordinateurs dont l'une s'est effectuée en présence des étudiants puisqu'il s'agissait d'effectuer une évaluation intermédiaire de la formation.

2.3.2. L'ingénierie pédagogique

En ce qui concerne les trois cours théoriques que nous avons observé, ils avaient pour thématiques : la prise en charge de la période prénatale, la planification de l'accouchement et de la naissance et la suture périnéale.

Les professeurs du *CEEO II* : ils sont issus de l'UFMG et/ou de l'HSF. Le premier cours, d'une durée de 7h00, a été dispensé par une infirmière obstétricale qui travaille à l'HSF. Elle a été formée selon le modèle de formation de la *Residência* de l'HSF il y a deux années. Ses stages avaient été de six mois à l'HC, de six mois à l'HRTN et de douze mois à l'HSF. Elle avait obtenu son diplôme d'infirmière générale en 2010. Le second cours, d'une durée de 4h00, a aussi été dispensé par une infirmière obstétricale qui travaille à l'HSF. Elle est infirmière obstétricale depuis 2013. Enfin, le troisième cours d'une durée de 4h00, a également été dispensé par une infirmière obstétricale qui travaille à l'HSF. Elle faisait aussi partie des professionnels (P2) ayant été tirée au sort pour notre étude et donc observée et interviewée. Elle a été formée selon le modèle de formation de la *Residência*.

Les méthodes pédagogiques : ces trois cours ont été réalisés sur un mode de « cours magistral » (professeur debout devant les étudiantes assises) avec pour supports des présentations PowerPoint allant de 25 à 78 diapositives. Ces supports n'étaient pas accessibles aux étudiants ni en version papier ni en version numérique ce qui implique que quand les diapositives passaient trop vite, les étudiantes demandaient à revenir dessus ou elles les photographiaient. Les diapositives n'étaient globalement pas trop « chargées » et associées à beaucoup d'explications et de compléments à l'oral de la part des professeurs. Ces cours ont été élaborés au regard des recommandations internationales et en citant les études scientifiques à l'origine de ces recommandations (les références et sources bibliographiques étaient données). En plus des recommandations internationales, ces cours tenaient aussi compte de spécificités de prises en charge liées aux caractéristiques de la population brésilienne et du contexte sanitaire. Par exemple, lors du premier cours théorique : prévention de l'anémie et recherche d'hémoglobinopathies, prise en charge en cas de Dengue ou de Zika. Dans le cas de prises en charge pathologiques de la grossesse ou de complications de cette dernière, le professeur a expliqué que la prise en charge devenait alors pluriprofessionnelle car sortant du champ de compétence des infirmières obstétricales. Lors du troisième cours théorique, le professeur a parfois posé des questions aux étudiantes pour les faire participer au cours et elle a passé plusieurs vidéos (en anglais ou en portugais) sur du matériel de simulation expliquant les techniques de suture périnéale, les erreurs les plus fréquentes dans la manipulation du matériel et la technique de réalisation des nœuds manuels. Lors de ce troisième cours, le professeur finira par être rejoint par un autre professeur qui participera au cours pratique sur la suture périnéale de l'après-midi. Ce second professeur répondit aussi aux questions que les étudiantes posaient, conjointement avec le professeur qui dispensait le cours. Les interventions du second professeur pendant le cours de sa collègue étaient spontanées. Le cours finira par être dispensé à deux professeurs mais sans tension ni gêne entre les deux, puisque parfois elles se posaient aussi des questions entre elles. Ce second professeur intervient dans les cours de la *Residência* de l'HSF.

Ces cours théoriques ont fait l'objet de beaucoup d'illustrations des points abordés par des anecdotes professionnelles de la part des professeurs. Ainsi, en termes de socialisation professionnelle, nous avons pu observer un discours militant de la part des professeurs à travers ces cours théoriques. En effet, lors du premier cours par exemple, le professeur a présenté son parcours professionnel dès le début du cours et en précisant pourquoi elle avait choisi de se spécialiser en soins infirmiers obstétricaux. Elle insista sur le fait que ce sont les infirmières obstétricales qui changeront le modèle de soins de la naissance et de l'accouchement au Brésil. Puis, elle effectua un tour de table durant lequel chaque étudiante se présenta en indiquant d'où elle venait, dans quelle institution elle travaillait et pourquoi elle avait choisi de se spécialiser en soins infirmiers obstétricaux. Le plus souvent, la réponse à cette dernière question de la part des étudiantes était que c'était en lien avec des anecdotes de prises en charge de patientes en maternité qui les avaient suffisamment marquées pour qu'elles veuillent participer au changement du modèle de soins de la naissance et de l'accouchement. Ainsi, l'autonomie, la spécificité de pratique et les valeurs professionnelles des infirmières obstétricales ont été mises en avant comme agents de transformation du modèle de soins. A la fin de ce premier cours, le professeur a montré une photo d'un accouchement dans l'eau, de deux infirmières obstétricales avec un bébé, d'une infirmière obstétricale qui accompagne une femme en travail sur un *banquinho* et accompagnée de son partenaire. Ces photos ont servi au professeur à insister sur l'autonomie de pratique et la responsabilité qui incombe aux infirmières obstétricales (ces photos n'avaient, par ailleurs, pas de liens avec la thématique du cours qu'elle venait de dispenser). Dans le même ordre d'idée, elle donna des références aux étudiantes pour qu'elles puissent visualiser des vidéos sur plusieurs thématiques comme celle des violences obstétricales. Lors du second cours, le professeur a commencé celui-ci en donnant des définitions de termes comme « autonomie », « *empowerment* » et « sensibilisation, accueil et humanisation de la prise en charge ». La diapositive de titre du support PowerPoint de ce cours comportait une citation de Michel Odent : « pour changer le monde, il est d'abord nécessaire de changer la façon de naître ». Ainsi, elle expliqua qu'il était important d'assurer la promotion du changement du modèle de soins de l'accouchement en discutant et en communiquant le plus possible sur le sujet. Des questions débats ont eu lieu durant ce cours : « comment jouer un rôle en tant qu'infirmière obstétricale quand on exerce dans un établissement accueillant des patientes à haut risque ? » et « comment travailler et collaborer avec les médecins qui ne reconnaissent pas le rôle et le bénéfice de l'infirmière obstétricale dans la prise en charge de la patiente ? ». En effet, les étudiantes semblaient préoccupées par le moyen de se faire reconnaitre comme infirmières obstétricales à leur retour dans leurs institutions respectives de travail et de pouvoir pratiquer ce qui leur avait été enseigné durant cette formation (accouchement dans l'eau par exemple, respect de la présence d'un accompagnant etc.). En réponse à ce dernier point, le professeur fit aussi beaucoup part de ses propres expériences professionnelles pour montrer l'importance des accompagnants dans la prise en charge et la satisfaction des patientes. Enfin, comme pour PROF1, elle se présenta au début du cours pour les étudiantes qui ne la connaissaient pas et elle leur demanda en retour de se présenter également. Lors du troisième cours, le professeur se présenta également rapidement au début du cours. Puis, au cours de ce dernier, les deux professeurs firent part de leurs expériences professionnelles et de formation initiale en soins infirmiers obstétricaux. Elles expliquèrent l'importance de documenter et de décrire les choses factuellement dans les dossiers des patientes en cas de collaboration difficile

avec les médecins. Mais elles précisèrent que cette collaboration reposait la plupart du temps sur de la confiance. Elles annoncèrent que pour la réalisation de certains gestes (comme le bloc pudendal par exemple), même s'ils faisaient partie de leur champ de compétence, n'ayant pas l'habitude de les pratiquer, elles préfèreront faire appel aux médecins pour les réaliser. Des questions débats eurent également lieu durant ce cours : « autonomie de l'infirmière obstétricale dans la réfection périnéale ? » et « collaboration multiprofessionnelle avec les médecins pour la réalisation de certains gestes ? ». Les étudiantes firent part de leurs expériences professionnelles en stage ou dans leurs institutions de travail, notamment quand le sujet de l'épisiotomie fut abordé (il suscita de nombreux échanges dans la salle de cours). Par exemple, une étudiante précisa qu'elle avait entendu une remarque faite pendant l'un de ses stages sur une « épisiotomie d'infirmière obstétricale » sous-entendu que l'épisiotomie réalisée par l'infirmière obstétricale était une petite épisiotomie comparée à celle qu'un médecin aurait pu réaliser. Beaucoup d'échanges eurent également lieu autour du changement de pratique à promouvoir sur l'arrêt de la réalisation d'épisiotomies en routine en s'appuyant sur les preuves scientifiques. Ceci faisant aussi partie de la politique d'humanisation de l'accouchement. Enfin, ce qui peut être réalisé par l'infirmière obstétricale concernant la thématique du cours fut présenté aux étudiantes selon la résolution COFEN n°516/2016 qui fixe les actes pouvant être effectués par les infirmières obstétricales : réalisation de l'épisiotomie, suture des déchirures du premier et second degrés, bloc pudendal et anesthésie locale. Pour terminer cette partie sur la socialisation professionnelle observée pendant les cours théoriques, nous précisons que ces discours ne répondaient pas toujours aux attentes des étudiantes. En effet, lors de l'observation de PROF2, une étudiante nous indiqua en aparté qu'elle trouvait que les cours théoriques étaient trop pratiques. Pour elle, il lui manquait du contenu théorique expliquant la physiologie des choses. Elle trouvait que les professeurs, qui sont des professionnels, faisaient parfois trop part et basaient trop leurs interventions sur leurs expériences professionnelles.

Nous avons également observé d'autres séquences où se « jouaient » la socialisation professionnelle des étudiantes. En effet, lors de l'évaluation intermédiaire du *CEEO II*, la coordinatrice générale fit son apparition durant le cours et rappela que l'un des objectifs de cette formation était de créer du « *leadership* » dans leurs futures institutions et que cela nécessitait de l'énergie et de la motivation. Elle précisa également que cela nécessitait aussi de communiquer et de négocier en permanence avec tous les acteurs en s'appuyant sur des documents de soutien qui justifiaient la pratique des infirmières obstétricales et qui montraient leurs compétences afin de favoriser leur insertion dans le champ de la périnatalité. Elle expliqua aux étudiantes qu'elle allait leur envoyer le référentiel des compétences de la sage-femme de l'ICM afin qu'elles puissent être en mesure de définir l'identité de la sage-femme. Ainsi, nous avons assisté au processus de construction de la professionnalité entendue comme l'association des compétences et des valeurs d'un groupe professionnels. Elle indiqua également qu'elles allaient devoir évaluer le développement de ces compétences durant et après cette formation. Ce document allait également être envoyé aux deux coordinatrices de la formation qui ne le connaissaient pas encore. Elle indiqua aussi que les évaluations des étudiantes devaient aider l'HSF à progresser tout en insistant sur la particularité de cet établissement qui représentait un modèle contre-hégémonique de prise en charge des femmes en adoptant une prise en charge centrée sur la patiente. Elle précisa enfin qu'il n'y avait pas de modèle de formation initial idéal.

Durant cette évaluation, le travail en équipe multiprofessionnelle fut prôné par les coordinatrices de la formation surtout en ce qui concernait les prises en charge de patientes à haut risque. En effet, elles insistèrent sur le fait qu'il fallait travailler au changement de posture pour assurer le changement du modèle de soins en lien avec la naissance et l'accouchement au Brésil mais que ceci ne pouvait se faire seul et devait se faire en équipe pluridisciplinaire. C'est alors qu'une étudiante demanda si la coordination du cours pouvait les soutenir et intervenir auprès de leurs institutions respectives afin qu'elles puissent y exercer en tant qu'infirmière obstétricale pendant leur formation et durant les périodes où elles y retournent travailler entre les cours théoriques et les stages. La coordination répondit qu'elles pouvaient faire une lettre mentionnant l'importance de la pratique pour devenir infirmière obstétricale et mentionnant également leurs compétences. A la fin de cette évaluation, un jeu de cohésion de groupe eut lieu. En effet, des ballons (contenant chacun un mot) furent gonflés et lancés en l'air. L'objectif du jeu était que le groupe tout entier ne laisse tomber aucun ballon au sol et tout ceci en musique. Si quelqu'un laissait tomber un ballon par terre alors il était éliminé. Puis quand tous les ballons furent tombés, chaque personne en prenait un et le perçait afin de lire le mot qui avait été glissé à l'intérieur. La personne devait alors s'exprimer sur ce à quoi ce mot lui faisait penser ou sur ce qu'il signifiait pour elle. L'une des coordinatrices prit des notes sur ce que disaient les étudiantes.

Enfin, lors de la journée d'inauguration du *CEEO II*, nous avions assisté à la distribution auprès des étudiantes du matériel que nous pourrions qualifier d'emblématique pour l'infirmière obstétricale. Cela représenta, pour elles, comme un ancrage dans l'identité professionnelle. Ce matériel était :

- Un mètre ruban servant à mesurer la hauteur utérine des femmes
- Un stéthoscope de Pinard servant à l'auscultation intermittente des bruits du cœur fœtal
- Une table de dilatation servant à l'apprentissage de la dilation du col utérin avec ses doigts
- Un journal de bord dans lequel le processus de réflexivité sur ses actions est décrit (Annexe 46)
- Un badge avec leur nom et leur statut d'étudiante en soins infirmiers obstétricaux

Si nous revenons aux cours théoriques, nous avons observé que ces derniers ont également fait l'objet de cas cliniques permettant de mettre en lien la théorie avec la pratique. Ainsi, lors du premier cours théorique, les cas cliniques ont porté sur des exercices de calcul de terme durant lesquels le professeur a aussi recommandé des applications sur Smartphone permettant de les effectuer. Des cas cliniques portaient également sur des interprétations de résultats sérologiques en fonction des taux d'IgG et d'IgM. De manière générale, les cas cliniques ont été dictés aux étudiantes et tous réalisés à l'oral (pas de support papier car le professeur n'avait pas eu le temps de tous les finaliser). Le professeur posait des questions sur ces cas et les étudiantes y répondaient. Cela concernait lors d'une consultation de suivi de grossesse : des éléments de l'interrogatoire, des éléments de l'examen clinique, des examens à prescrire, des éléments de conduite à tenir et de prise en charge comme des posologies de traitement par fer per os par exemple. Le professeur reprenait et complétait alors les réponses des étudiantes en

faisant aussi évoluer le cas clinique. Les cas cliniques ont permis un approfondissement des notions théoriques vues sur la matinée en les mettant en pratique autour d'échanges et de questions pratiques. Les étudiantes étaient impliquées et leur participation était bonne même si certaines étudiantes ont jugé que quatre cas cliniques c'était trop long. Lors du second cours théorique, le cas clinique portait sur la présentation d'un modèle de plan de naissance.

Le cours pratique[137], d'une durée de 4h00, a porté sur la suture périnéale et a eu lieu dans un laboratoire de pratique de l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Il a été dispensé par un groupe de cinq infirmières obstétricales dont quatre travaillent à l'HSF (la dernière est l'une des coordinatrices du cours). Il y avait donc cinq professeurs pour dix-huit étudiantes. Les deux professeurs du cours théorique du matin étaient aussi présents pour la partie pratique. Les dix-huit étudiantes ont été divisées en cinq groupes mais inégaux en nombre : 2 – 3 – 4 – 4 et 5 personnes. Il y avait un professeur par groupe. La relation pédagogique pouvait être individuelle. En effet, un professeur passa davantage de temps auprès d'une seule étudiante qui présentait des difficultés plus importantes que les autres. Sa technique de suture s'améliora au fur et à mesure de la pratique. A la fin du cours, un professeur finit par être auprès de deux groupes car l'un des professeurs assurait le nettoyage de la pièce au fur et à mesure du cours. Ce professeur finira par demander aux étudiantes de rendre le matériel emprunté[138] et partira avant la fin du cours. Les explications données lors de ce cours portèrent sur la façon de manipuler et de tenir le matériel chirurgical et sur la façon de suturer. Les messages passés furent notamment : de manipuler l'aiguille avec les pinces et non avec les mains pour éviter le risque de piqûre, de bien sécuriser son aiguille, d'effectuer des points symétriques et de faire des va et vient avec le fil pour bien serrer les nœuds. Parfois les professeurs accompagnaient les gestes des étudiantes, parfois elles faisaient de la démonstration. Les techniques de suture apprises furent : le surjet avec fil de suture sur le côté des berges, le surjet simple et les points séparés. Les apprentissages concernèrent aussi le repérage des différents plans de suture et de la technique de vérification de la profondeur de la suture du plan musculaire afin de s'assurer qu'un thrombus ne puisse s'y former. Un professeur apprit particulièrement à son groupe la réalisation du surjet intradermique en rentrant la boucle terminale pour l'esthétique. Un autre professeur apprit également à son groupe à faire les points à l'intérieur et un surjet continu à l'intérieur (intradermique). Mais ces deux professeurs n'adoptant pas tout à fait la même technique de suture, finalement, un autre professeur demandera à ce dernier professeur de lui

[137] Le matin de ce cours, pendant le cours théorique sur la même thématique, l'une des coordinatrices de la formation avait interrompu le cours pour faire passer une feuille aux étudiantes sur laquelle elles avaient inscrit une somme d'argent qu'elles donnaient pour l'achat du matériel de suture qui servit à ce cours pratique. Finalement la somme versée par chaque étudiante fut 10 reais. Et en plus de ceci, certaines étudiantes avaient ramené du matériel (fils de suture notamment) de leurs institutions de travail.

[138] Le matériel à disposition des étudiantes et professeurs était : des gants, des fils de suture, un ciseau, un porte-aiguille et une pince anatomique. Du fil de suture manqua en fin de cours et les fils alors trouvés étaient peu propices à la suture sur plusieurs plans car trop fins.

apprendre la technique du surjet intradermique (il n'y avait alors plus beaucoup d'étudiantes dans la pièce). Les autres professeurs les regardèrent faire à ce moment-là. Le professeur utilisant une autre technique de suture ne releva pas que leurs techniques étaient différentes. Durant ce cours fut aussi appris aux étudiantes l'économie de matériel (surtout en ce qui concerne les fils) et les règles de sécurité en ce qui concerne l'élimination des déchets piquants, coupants et tranchants (aiguilles éliminées dans les conteneurs à aiguilles). Nous avons pu observer que la dextérité des étudiantes était plus ou moins développée. En effet, pour s'exercer, les étudiantes avaient ramené des planches à découper car elles travaillaient sur des langues de bœuf. Il y avait une langue de bœuf par étudiante. Plusieurs incisions et sutures étaient faites sur la même langue de bœuf. En effet, une incision plus profonde sur la langue de bœuf permettait de simuler le plan musculaire, en plus du plan cutané. Les étudiantes et l'une des coordinatrices prirent des photos et des étudiantes se filmèrent pendant le cours. En termes d'hygiène, nous avons pu observer une étudiante prendre des photos avec son téléphone mais elle avait ses gants aux mains, sales. De plus, il faisait chaud dans la pièce, le ventilateur était allumé et il faisait parfois voler les cheveux des étudiantes qui n'étaient pas toujours attachés sur les langes de bœuf. Pour se protéger, les étudiantes et les professeurs avaient ramené le haut d'une tenue de travail. Les tables étaient, elles, protégées par des plastiques. Enfin, les étudiantes participèrent au rangement et au nettoyage de la salle et du matériel à la fin du cours.

Le groupe et sa dynamique en général : il s'agissait d'une promotion de 19 étudiantes (uniquement des femmes)

- 18 étaient présentes lors des premier et troisième cours théoriques
- 16 étaient présentes lors du second cours théorique
- 18 étaient présentes lors du cours pratique et
- 14 étaient présentes lors de l'évaluation intermédiaire du *CEEO II*

Les étudiantes ont créé un groupe WhatsApp pour leur promotion incluant l'une des coordinatrices de la formation. En ce qui concerne le déroulement des cours, nous avons pu observer que les étudiantes peuvent sortir de la salle de cours pour aller aux toilettes pendant celui-ci ou encore aller chercher de l'eau ou encore répondre à leurs appels téléphoniques personnels (y compris un professeur, P2). La porte de la salle de cours reste donc ouverte en permanence car il y a beaucoup de mouvements des étudiantes (y compris dans la salle de cours). Les étudiantes peuvent également manger pendant le cours, se maquiller, se couper les ongles et passer du temps sur leurs téléphones portables et les réseaux sociaux en dehors des temps de pauses. Les arrivées après l'heure du début des cours étaient fréquentes.

La relation pédagogique entre les professeurs et le groupe : il s'agissait d'un groupe très participatif dans les échanges et les interactions avec les professeurs et les coordinateurs. Notamment lors du cours pratique, durant lequel il y eut beaucoup de conseils et d'explications de la part de tous les professeurs et beaucoup d'échanges et d'interactions entre tout le monde. En ce qui concernait les cours théoriques, les étudiantes pouvaient interrompre les professeurs à n'importe quel moment. Le cours pouvait également être interrompu par des personnes de la faculté (professeurs, coordinateurs) qui entraient dans la salle de cours pour distribuer des documents aux étudiantes et qui n'avaient rien à voir avec les thématiques des cours en question. Le cours s'arrêtait alors pendant ce temps. Il y avait globalement beaucoup

d'interactions entre les professeurs et les étudiantes et entre les étudiantes elles-mêmes. Les étudiantes posaient des questions aux professeurs pour tenter de comprendre des situations cliniques qu'elles avaient rencontrées en stage ou dans leur pratique professionnelle. Elles posaient également des questions en termes d'approfondissement des mécanismes physiologiques (de l'accouchement par exemple). Parfois elles allaient plutôt aller chercher sur internet des informations sur le cours qu'elles partageaient ensuite avec le reste du groupe, y compris le professeur. Il s'agissait d'un apprentissage mutuel dans un climat de convivialité. Tout le monde s'écoutait parler mutuellement bien qu'il soit arrivé qu'il y ait beaucoup de brouhaha et que le professeur demande aux étudiantes de moins parler entre elles pour que tout le monde puisse s'entendre. A plusieurs reprises il a été difficile d'entendre la voix du professeur car les étudiantes parlaient beaucoup entre elles (PROF2). Lors de l'observation de P2, des étudiantes ont fini par décrocher du cours, parler et se montrer entre elles du matériel de suture créant un brouhaha pour lequel, à plusieurs reprises, une autre étudiante du groupe fit « chut ». Il est également arrivé à la fin d'un cours, quand une étudiante rangeait ses affaires et commençait à manger un gâteau que le professeur la regarde et l'étudiante ressortit ses affaires. Elle finira, malgré tout, par quitter le cours avant la fin de celui-ci (PROF1). Ceci est aussi arrivé lors de l'observation de PROF2.

L'infrastructure générale des salles de classe et la logistique : les cours théoriques ont tous eu lieu dans la même salle de cours. Elle était équipée d'un ordinateur, d'un rétroprojecteur et d'un tableau blanc. Il s'agissait d'une grande salle de cours qui résonnait et avec des ventilateurs allumés qui faisaient du bruit. C'était parfois difficile de tout entendre à tel point qu'une étudiante arrêta spontanément un ventilateur pour mieux entendre le cours (PROF2). C'était une salle de cours classique avec des chaises individuelles équipées de tablettes pour écrire. Les chaises étaient disposées en rangées horizontales et verticales comme ceci :

X X X X

X X X X

X X X X

Trois étudiantes ont, malgré cette disposition, spontanément pris leur chaise pour se rapprocher du 1er rang et se mettre contre le mur en demi-cercle. Lors de l'observation de PROF2, les étudiantes ont réorganisé la salle de cours pour se rapprocher le plus possible du professeur. Elles ont fini par être éparpillées un peu partout dans la salle.

2.3.3. L'ingénierie de formation

Comme nous avons pu le mettre en avant précédemment, les cours théoriques et le cours pratique ont été dispensés par, au total, huit infirmières obstétricales dont sept travaillaient à l'HSF. Dans la mesure où ces étudiantes du *CEEO II* observées en cours revenaient d'un stage à l'HSF, nous pouvons préciser que cette formation (tout comme celle de la *Residência*) repose sur le principe de l'alternance et que celle-ci peut être qualifiée d'interactive selon la définition qu'en donne Le Boterf. En effet, dans ce type d'alternance (aussi appelée « intégrative » selon Malglaive), il s'agit de mettre en œuvre l'articulation la plus forte qui soit entre les activités de

formation et les activités de stage. D'ailleurs, pour ces dernières, les étudiantes possédaient des feuilles de suivi de leurs activités cliniques (suivis de travail, accouchements etc.) pour pouvoir répondre à l'exigence minimale de formation clinique (20 accouchements, 15 réanimations néonatales et 15 consultations prénatales). Les cours théoriques étaient organisés les vendredis de 08h00 à 18h00 et les samedis de 08h00 à 12h00, tous les quinze jours. Les étudiantes devaient émarger par demi-journée de formation théorique. Entre temps, les étudiantes étaient soit en stage, soit dans leurs institutions de travail où elles exerçaient dans leurs services de soins. Chaque institution essaie d'envoyer deux professionnelles en formation en même temps mais ce n'est pas toujours possible. Pour continuer dans ce sens, nous avons pu observer que, lors du second cours théorique, les étudiantes et le professeur avaient beaucoup discuté ensemble car elles se connaissaient (pour certaines) de l'HSF. Le professeur avait accompagné certaines d'entre elles au cours de leur stage car elle y est précepteur. Elles discutaient essentiellement de cas de patientes prises en charge ensemble (échange et partage d'expériences).

Certaines étudiantes, lors du premier cours théorique, ont exprimé le fait qu'il avait été difficile pour elles de commencer par de la pratique sans avoir eu de théorie avant. Le professeur expliqua, que lors de sa formation en soins infirmiers obstétricaux, elle avait aussi commencé par de la pratique sans apports théoriques et que cela avait été aussi difficile pour elle. Mais elle expliqua qu'il fallait persévérer car cette formation était avant tout une formation pratique tout comme le métier et que les femmes acceptaient ce compromis.

Pour le troisième cours théorique, quinze jours avant celui-ci, l'une des coordinatrices du *CEEO II* ne savait pas encore qui le dispenserait. Le professeur a été invitée pour donner ce cours un peu à la dernière minute. De plus, pour les professeurs qui sont aussi infirmières obstétricales, il n'est pas rare qu'elles doivent échanger leurs gardes pour pouvoir se libérer et venir faire cours. Une heure de cours théorique est rémunérée 120 *reais* pour le professeur. En comparaison, une garde de 12h00 à l'HSF est rémunérée 700 *reais*. Si le cours est donné collectivement par plusieurs professeurs comme ce fut le cas pour la cours pratique sur la suture périnéale, alors ils sont un peu moins payés que les 120 *reais* par heure de cours.

La mise en œuvre des formations : nous avons observé une réunion de coordination du *CEEO II*, d'une durée de 2h30, dont l'ordre du jour portait essentiellement sur la façon de penser la forme pédagogique du *CEEO II* et l'accompagnement de sa mise en œuvre dans les IFES partenaires sur tout le territoire brésilien. Cette réunion porta également sur la formation continue de l'*Aprimoramento*, la dimension politique de ces formations et l'activité de recherche en lien avec ces dernières et l'opportunité d'en faire leurs promotions dans des congrès nationaux et internationaux. Cette réunion regroupait la coordinatrice générale du *CEEO II*, d'autres coordinatrices et tuteurs de l'UFMG du *CEEO II*. Elle montra de bons échanges entre tous les membres de la réunion. Elle regroupait également des étudiantes boursières qui avaient préparé l'ordre du jour et les documents nécessaires à la réunion. Elles ont également enregistré la réunion et prenaient des notes. Elles représentent un support administratif et organisationnel pour la coordinatrice générale du *CEEO II*. La réunion fut introduite par la coordinatrice générale du *CEEO II* qui indiqua que c'était la première réunion de l'année et qui pleura en remerciant certaines participantes d'être présentes. La réunion fut

également clôturée par la coordinatrice générale du *CEEO II*. En ce qui concerne le *CEEO II*, l'une des participantes de la réunion aborda un point concernant une évaluation qu'elle a réalisé d'un établissement de santé. En effet, elle a rencontré des difficultés dans le remplissage de l'outil d'évaluation de cette maternité (outil présenté dans notre partie sur le travail prescrit en lien avec le *CEEO II*). Le groupe tenta de répondre aux questions de leur collègue. Il s'agissait d'une expérimentation de cet outil et celui-ci devra être évalué et amélioré. A l'issue de la réunion, trois nouvelles dates de rencontre furent déterminées pour poursuivre l'évaluation du développement et de la mise en œuvre du *CEEO II*. En ce qui concerne l'*Aprimoramento*, la coordinatrice générale du *CEEO II* expliqua la lettre de présentation de la formation et d'information aux infirmières obstétricales pour intégrer le programme de cette formation continue (tout le monde n'avait pas la même version du document). Des discussions eurent lieu sur cette lettre puis elle fut approuvée après amélioration du texte de celle-ci. Des discussions eurent également lieu concernant l'organisation pratique du recrutement et de la sélection des participantes et des institutions pour cette formation.

Les évaluations des formations : c'est essentiellement la réunion des deux coordinatrices (C3 et C4) du *CEEO II* avec les étudiantes qui nous a permis de dégager des caractéristiques et des axes d'amélioration de cette formation. En effet, cette évaluation d'une durée de 4h00, était une évaluation intermédiaire de la formation par les étudiantes, quatre mois après son début et sur une durée totale de douze mois de formation. Nous notons que l'une des coordinatrices (C3) est également infirmière obstétricale à l'HSF et à l'HC. Cette évaluation intermédiaire de la formation par les étudiantes avait été préparée la veille par les deux coordinatrices et un autre professeur de l'UFMG. Elle avait pour objectif de permettre aux organisateurs de la formation d'adapter, d'orienter et d'ajuster le contenu de la formation au plus près des besoins des étudiantes. Pour débuter cette évaluation, l'une des coordinatrices expliqua le contenu de la matinée et une étudiante demanda alors la confirmation que cette évaluation n'était qu'à destination de la coordination de la formation (notamment en ce qui concernait l'évaluation orale et écrite des précepteurs). La réponse fut oui. Dans un premier temps, les coordinatrices ont laissé les étudiantes s'exprimer en répondant parfois au fil des propos des étudiantes. Puis, à la fin de cette évaluation, elles apportèrent des éléments de réponse et de compréhension aux étudiantes sur ce qui avait été dit oralement. Ce fut souvent les mêmes étudiantes qui prirent la parole pour s'exprimer (6 sur 14 étudiantes). L'une était particulièrement capable de faire preuve d'analyse dans les propos qu'elle rapportait. Elle possédait une distance analytique par rapport aux éléments qu'elle amenait. La prise de parole des étudiantes (pour celles qui la prenait) était sans difficultés et les discussions furent très ouvertes, parfois calmes, parfois plus animées quand il y avait des désaccords entre les étudiantes. Mais globalement l'ambiance générale de cette évaluation était bonne et elle était favorisée par son cadre de déroulement : un café d'accueil avait été préparé par les deux coordinatrices du *CEEO II*, de la musique avait été mise en fond sonore dans la salle de cours pour l'accueil des étudiantes et les chaises avaient été disposées en rond. En ce qui concerne l'outil d'évaluation écrit (Annexe 40), il fut expliqué par le professeur de l'UFMG qui avait participé à la préparation de cette évaluation avec les deux coordinatrices. Cet outil d'évaluation avait été élaboré en partenariat avec les étudiantes lors de leurs cours de méthodologie de recherche et balaie aussi bien l'évaluation des cours théoriques que les apprentissages pratiques

avec les précepteurs (un modèle similaire est utilisé pour l'évaluation des précepteurs de la *Residência* de l'HSF). Les deux coordinatrices étaient là pour aider les étudiantes à remplir le document d'évaluation et répondre à leurs questions au besoin. Elles leur expliquèrent que cette évaluation était ouverte et importante car elles savaient que cette formation était exigeante et difficile pour elles. Puis l'évaluation orale de la formation porta sur les éléments théoriques et les apprentissages pratiques de la formation. En voici les propos.

Concernant l'évaluation des cours théoriques :

- Jusqu'ici quatre disciplines avaient été dispensées. Selon les étudiantes, elles ne s'articulaient pas nécessairement bien entre elles mais elles les ont jugées indispensables pour leur formation.
- Les cours étaient parfois trop rapides et les étudiantes n'avaient pas le temps de prendre des notes. De ce fait, elles souhaitaient pouvoir avoir le contenu des cours pour pouvoir les étudier après.
- D'autres auraient aimé avoir une liste d'articles à lire avant les cours afin de les préparer et de mieux les structurer.
- Concernant le projet de formation-intervention et les cours de méthodologie, une étudiante indiqua qu'elle aurait aimé que ces cours soient mieux structurés et que les différents intervenants ne se contredisent pas entre eux. Elle estima que les professeurs avaient beaucoup parlé mais n'avaient pas beaucoup structuré leurs cours.

Concernant l'évaluation des apprentissages pratiques (les étudiantes n'avaient été en stage qu'à l'HSF pour le moment) :

- Les étudiantes estimèrent qu'il serait bénéfique pour elles que les précepteurs apportent des éléments théoriques quand elles ne comprenaient pas ce qu'il se passait en pratique pour ne pas rester seules à uniquement observer. En effet, le précepteur laissait parfois l'étudiante seule dans son coin sans l'accompagner.
- Une étudiante expliqua que c'était difficile d'aller en stage sans avoir eu beaucoup de théorie avant (nous avions déjà relevé ce point lors de nos observations directes des cours théoriques). Elle aurait aimé avoir plus de théorie avant ou pouvoir lire des protocoles avant d'aller en stage. Elle a malgré tout apprécié son stage mais le manque de théorie lui a fait défaut.
- Les étudiantes indiquèrent que les précepteurs étaient plus ou moins enclins à les tutorer (nous avions également observé ceci lors de nos observations directes de l'activité professionnelle à l'HSF). Certains restaient auprès de la patiente avec l'étudiante et donc le formaient (même si le médecin devait intervenir dans la situation) tandis que d'autres laissaient l'étudiante seule avec la patiente. Dans le dernier cas, elles se posaient la question de l'effectivité de l'apprentissage et n'aimaient vraiment pas cette situation d'autant plus que l'HSF est censé être la référence de l'accouchement normal au Brésil. Elles préfèreraient alors suivre l'ensemble de l'activité du précepteur dont l'activité pouvait se partager entre plusieurs patientes mais, en tant qu'étudiantes, elles ne peuvent assurer la prise en charge que d'une seule patiente à la fois. Même si cela pouvait être

adapté en fonction du cas de la patiente, du nombre d'étudiants et de l'activité générale de la garde.

- Une étudiante raconta, émue, qu'on lui avait demandé d'évaluer seule l'activité cardiaque du fœtus et la dynamique utérine maternelle mais sans qu'on lui apprenne à reconnaitre et identifier les anomalies du rythme cardiaque fœtal. Or, le fœtus présentait des décélérations qu'elle n'a pas su identifier. Elle a ainsi eu le sentiment de mal effectuer son travail et ce fut une expérience très difficile pour elle.
- Certaines étudiantes n'hésitèrent pas à donner des noms de précepteurs qu'elles estimaient « bons » ou « mauvais ». Cette évaluation revenait aussi parfois à juger les valeurs professionnelles du précepteur (exemple : qu'il aille ou non dormir la nuit en fonction de l'activité). Il est arrivé à une étudiante que le précepteur s'en aille dormir sans la prévenir ce qui fait qu'elle ne savait pas si elle pouvait aussi aller dormir. Elle releva un manque de communication de la part du précepteur.
- Les étudiantes posèrent la question de l'apprentissage du toucher vaginal et du consentement de la patiente pour être examinée deux fois. De plus, elle se posèrent la question de la confrontation des résultats du toucher vaginal entre elles et les précepteurs devant la patiente.
- Une étudiante précisa que les remarques formulées étaient en rapport avec la maternité et non avec la personne qui, finalement, ne faisait que s'adapter au fonctionnement de l'institution dans laquelle elle exerçait.
- Les étudiantes ont verbalisé le fait qu'elles comprenaient parfaitement que leur formation passe au second plan quand l'activité était trop dense.
- Les étudiantes verbalisèrent également le fait qu'elles appréciaient quand le précepteur demandait aux étudiantes ce qu'elles savaient déjà et quand il expliquait et demandait aux étudiantes pourquoi il faisait cela afin de leur donner accès à sa pratique. Elles appréciaient également observer la relation entre l'infirmière obstétricale et la patiente pour apprendre, mais elles ressentirent aussi le besoin de pratiquer ce qu'elles observaient.

<u>En lien avec les éléments apportés par les étudiantes, les stratégies de remédiation et les apports des coordinatrices de la formation furent :</u>

- Que quand une étudiante expliqua, que suite à un problème avec un précepteur, elle en avait discuté avec et qu'après les choses allaient mieux entre elles et que leur relation avait été meilleure par la suite ; cette attitude de maturité fut encouragée par les coordinatrices de la formation.
- Que la relation pédagogique dépendait de l'étudiant et du précepteur : certains précepteurs sont de très bons cliniciens mais ne savent pas communiquer leur pratique aux étudiantes.
- Que parfois les vécus des étudiants étaient très différents alors qu'il s'agissait du même précepteur.
- Que les étudiantes ne pouvaient pas être laissées seules pour effectuer la surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal et de la dynamique utérine si elles ne savaient

pas le faire. Cela nécessite donc d'aller en discuter avec le précepteur et de partager avec lui la réalité de leurs acquis et de leurs besoins. Elles doivent communiquer leurs attentes et leurs objectifs d'apprentissage au précepteur afin de ne pas passer 12h00 à se dire qu'elles veulent partir. Il est important de communiquer sur ce que l'on sait faire et sur ce que l'on ne sait pas faire.

- En ce qui concerne les différences de valeurs dans les normes biologiques des cours théoriques, l'une des coordinatrices expliqua que ces normes peuvent varier en fonction des institutions de soins et qu'il faut s'adapter.
- Les coordinatrices vont œuvrer pour que les étudiantes puissent avoir les supports des cours théoriques.

Les points positifs identifiés ont été (au moment où l'une des coordinatrices effectue cette synthèse, les étudiantes se moquent d'elle en lui indiquant qu'elle a fait comme l'un des professeurs des cours de méthodologie c'est-à-dire beaucoup écrire sur son ordinateur) :

- Le préceptorat direct
- Les apports théoriques pendant le préceptorat

Les coordinatrices n'ont pas été surprises par les propos des étudiantes. Elles s'attendaient à cela à 90%. Maintenant que cette confirmation était faite, elles ont indiqué aux étudiantes qu'elles allaient pouvoir agir auprès de leurs collègues préceptrices. L'une des coordinatrices insista sur le fait que l'HSF était l'un des seuls hôpitaux dans lequel les professionnels étaient formés au préceptorat et que les professionnels des hôpitaux universitaires qui recevaient de l'argent sur leur salaire pour faire de l'enseignement ne présentaient pas de différence en termes de comportements par rapport aux précepteurs de l'HSF. Pour autant, après avoir rappelé la réalité de l'activité des infirmières obstétricales à l'HSF qui est intense et le stress auquel elles doivent faire face, l'une des coordinatrices précisa que cela ne justifiait pas un comportement inadéquat de la part des précepteurs. Elle précisa également que les précepteurs de l'HSF devaient s'adapter au modèle de la formation selon les modalités du *CEEO* alors que le modèle de formation auquel ils sont le plus habitués est celui de la *Residência*. Pour les cours théoriques, un interlocuteur unique parmi les étudiantes fut désigné pour continuer à faire remonter auprès de la coordination du cours leurs difficultés.

2.3.4. L'ingénierie politique et l'activité de recherche

L'ingénierie politique des formations : nous avons observé lors de la réunion de coordination du *CEEO II*, que la promotion de ces formations pouvait être faite à l'occasion de communications lors de congrès internationaux. En effet, la coordinatrice générale du *CEEO II* présenta le congrès international des sages-femmes pour lequel 7 000 dollars leur avaient été proposés pour aller y présenter le *CEEO II* et plus particulièrement, l'accompagnement de l'intégration des compétences de l'ICM dans le référentiel de formation de cette formation. Elle expliqua que la communication à ce sujet s'effectuerait sous la forme d'un poster par région du Brésil et pour tout le Brésil. La coordinatrice générale du *CEEO II* demanda aux participantes

de la réunion de choisir les régions du Brésil qui seraient présentées. Concernant les modalités d'évaluation de l'intégration de ces compétences, elles s'appuyèrent sur un questionnaire d'évaluation (présenté dans notre partie sur le travail prescrit en lien avec l'*Aprimoramento*). Une participante proposa que la récolte des données en lien avec ce questionnaire se fasse progressivement et demanda à ce qu'il soit également réalisé une évaluation des disciplines ayant fortement contribué au développement de ces compétences au sein de la formation. Ce questionnaire, rempli à différents temps de la formation (avant, pendant à plusieurs reprises et à la fin) permet la réalisation de photographies à des instants T du développement de ces compétences. Mais il renferme également une logique vidéographique par son remplissage à des temps successifs au cours de la formation. Ainsi, les membres de la réunion pensent que cette étude permettra d'émettre des recommandations et des préconisations au sujet de ce qui permet le mieux le développement de ces compétences. Des participantes demandèrent alors comment faire pour remplir ce questionnaire avant la formation quand les étudiantes ne sont pas encore allées dans les secteurs leur permettant de développer ces compétences. Une autre des participantes répondit que ce n'était pas grave car, dans la mesure où elles étaient déjà infirmières, elles pouvaient quand même répondre au questionnaire. Finalement tout le monde accepta ce projet de recherche pour le congrès international. En plus de ces posters, la coordinatrice générale du *CEEO II* souhaitait également réaliser un film présentant cinq entretiens avec des personnes impliquées dans cette formation permettant de l'expliquer.

Nous avons donc pu observer que la mise en œuvre des formations (*CEEO II*, *Aprimoramento*) était également associée à de la recherche, notamment quand elles font preuve d'innovations pédagogiques comme le *CEEO II* avec également son projet de formation-intervention). En effet, une partie de la réunion de coordination fut également consacrée au projet de formation-intervention du *CEEO II*. La coordinatrice générale du *CEEO II* rappela que la finalité du *CEEO* était l'intégration de professionnels dans le champ professionnel. C'est pourquoi, l'une des chercheures de l'UFMG expliqua le projet du *CEEO II* conçu comme une formation-intervention dans le but de contribuer au changement de la prise en charge de l'accouchement et de la naissance donc du modèle de soins, mais aussi des pratiques de formation dans les hôpitaux d'enseignement, dans les hôpitaux universitaires et sur les terrains de stage. Ce projet comprend donc également un volet « gestion » des soins dont l'objectif, finalement, est de modifier la pratique professionnelle mais aussi les pratiques de formation. Pour cela, la chercheure expliqua qu'il fallait constituer un groupe de recherche pour mener cette recherche-intervention et des groupes de personnes pour accompagner les institutions (équipes de médiation et de soutien) dans ce projet. Ainsi, la coordinatrice générale du *CEEO II* demanda à l'une de ses boursières d'établir une liste des hôpitaux pouvant participer à cette recherche-intervention afin de les démarcher et d'établir des liens avec les institutions visitées dans le cadre du *CEEO II*.

Enfin, la participation à des congrès nationaux était également encouragée par la coordinatrice générale du *CEEO II*. Ainsi, la coordinatrice générale du *CEEO II* présenta la manifestation du *COBEON* 2017 (*Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstetrica e Neonatal*) se déroulant du 01er au 04 novembre 2017 à Campo Grande dans l'Etat du Mato Grosso do Sul. Elle insista sur le fait qu'il était important que les gens puissent se libérer pour assister à ce congrès. La première partie du congrès était consacrée à la thématique suivante : «

l'infirmière obstétricale fait la différence ». Ce thème fut inspiré d'un congrès de sages-femmes au Royaume-Uni mais il fut adapté au contexte brésilien et aux spécificités brésiliennes. La thématique de cette première partie de congrès laissait entrevoir à la fois la part universelle de la maïeutique et sa spécificité liée à un contexte. Enfin, la coordinatrice générale expliqua qu'un précongrès serait organisé et consacré à une réunion d'évaluation du *CEEO II* et de l'*Aprimoramento*. Les échanges portèrent notamment sur la présence ou non de représentants des étudiants pour cette réunion d'évaluation des formations.

2.4.Les entretiens semi-directifs en lien avec l'activité de formation

Ces entretiens concernent ceux réalisés à l'HSF avec les deux étudiantes de la *Residência* (l'une en première année de formation et l'autre en seconde année de formation) et les deux coordinatrices de cette formation (l'une responsable de la coordination de l'enseignement théorique et l'autre responsable de la coordination de l'enseignement pratique). Ces entretiens concernent également ceux réalisés à l'UFMG avec les deux étudiantes du *CEEO II* (issues de la même promotion), deux des professeurs responsables d'un enseignement théorique et deux des coordinatrices de cette formation (coordinatrice générale et vice-coordinatrice). Nous précisons que nous n'avons pas fait apparaitre de verbatim car il aurait été en portugais et associé à une traduction personnelle systématique en note de bas page ce qui aurait allongé la lecture et le volume du document. Cependant, ce verbatim est accessible dans les Tomes II et III des annexes.

2.4.1. Les entretiens semi-directifs avec les étudiantes

Nous avons effectué des entretiens auprès d'étudiants issus de deux modèles de formation différents : la *Residência* (suivie par E1 et E2) et le *CEEO II* (suivie par E3 et E4).

L'ingénierie pédagogique

L'organisation générale des formations : les étudiantes indiquent suivre un modèle de formation de qualité car reposant sur le principe de l'alternance et avec un volume horaire de pratique satisfaisant (E1, E4). En effet, E1 estime que cette spécialisation (en comparaison à une autre en santé collective qu'elle a déjà effectuée) lui fait beaucoup plus apprendre et lui permet de s'améliorer dans les techniques générales en soins infirmiers et encore plus dans les techniques de soins infirmiers obstétricaux (elle voit son évolution en vingt-quatre mois de formation). E4 pense, quant à elle, être au meilleur endroit et avec les meilleurs professionnels de terrain et enseignants pour apprendre le métier d'infirmière obstétricale. Elle les remercie pour ceci car c'est pour elle une très grande opportunité. Elle pense que toutes les futures infirmières obstétricales devraient recevoir une formation d'aussi bonne qualité. En ce qui concerne plus spécifiquement le modèle de formation de la *Residência*, la charge horaire est de 60h00 par semaine réparties en quatre gardes de douze heures (consacrées à l'apprentissage pratique), en une journée de cours théorique de huit heures et en quatre heures d'activités.

L'apprentissage théorique : E1 estime que la diversité des matières enseignées est bonne, tout comme la répartition de la charge horaire entre elles. Les modalités pédagogiques dont les étudiantes nous ont fait part sont également variées : cela peut être des cours dispensés selon un mode magistral (schéma classique transmissif) mais aussi des discussions de cas cliniques pour la co-construction des connaissances ou encore des projets d'intervention dans l'hôpital dans le but de modifier les pratiques et les procédures dans les secteurs de la maternité dans lesquels les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas respectées. E2 fait également mention des groupes de discussions multi professionnels qui l'aident beaucoup à comprendre et à interpréter les situations cliniques rencontrées. E1 apprécie le fait que les professeurs soient des professionnels de l'institution (HSF) donc insérés dans leur champ professionnel et vivant le quotidien de l'hôpital et du travail avec eux. Ils apportent beaucoup d'expérience selon elle. E3 estime, quant à elle, que les formations à l'UFMG ne sont pas de type transmissives. Pourtant, elle précise particulièrement aimer ces « anciennes méthodes pédagogiques » c'est-à-dire celles qui consistaient à s'asseoir en classe et à écouter le professeur lui donner un bain de connaissances puis mille choses à lire puis lui faire passer un test. Elle ne sait pas si c'est une méthode juste mais elle apprécie cette forme de transmission de savoirs. Elle dit ne pas vouloir être diplômée sans avoir étudié et faire partie de ces personnes qui ne savent pas argumenter. Enfin, E4, concernant l'apprentissage théorique indique que les professeurs et les infirmières obstétricales rencontrées en stage leur donnent des articles à lire et qu'elle n'a pas de problèmes avec l'apprentissage théorique. Deux étudiantes (E2 et E3) indiquent que l'apprentissage doit aussi se faire beaucoup par elles-mêmes en allant chercher les informations dans les livres (elles disent être autodidactes et actrices de leur formation). Elles estiment important cet auto-apprentissage pour comprendre les pratiques de stage puisque la théorie suit la pratique et non l'inverse.

L'apprentissage pratique : E2 précise qu'elle a passé le premier mois de sa formation avec les infirmières assistancielles pour améliorer sa gestuelle car elle indique que, comme beaucoup de ses collègues, elle n'avait aucune expérience dans les hôpitaux. Le second mois, elle a commencé à travailler avec les infirmières obstétricales dans les services suivants : la salle d'accouchement, le suivi des grossesses, le pré travail, les suites de couches mais également, le secteur des pratiques intégratives et le bloc opératoire. E1 indique que tous les professionnels sont impliqués dans la formation des étudiantes (de l'infirmière assistancielle au médecin). Ils se sentent coresponsables de l'apprentissage. Elle estime cet apprentissage pratique merveilleux pour plusieurs raisons : d'abord, pour le fait que la fréquentation de l'HSF est très importante et donc que le nombre d'accouchements y est grand. Puis parce qu'il y a une unité de soins intensifs néonatale. Et enfin parce que la pratique y est fondée sur les preuves scientifiques et que le travail est collaboratif en équipe pluriprofessionnelle (médecins, psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux, physiothérapeutes). Les cas des patientes sont discutés collégialement ce qui est très différent de ce qu'elle connaissait. E3 confirme que l'apprentissage pratique est correct même s'il n'est pas parfait dans tous les services. E4 précise que certains étudiants arrivent à obtenir un stage de dix jours par mois, certains en ont moins. Cela dépend de la disponibilité des terrains de stage et de ce que la personne souhaite. Mais elle trouve quand même que le volume horaire de pratique est faible mais comme il l'est d'autant plus dans d'autres formations d'infirmière obstétricale d'autres universités, elle s'estime

finalement chanceuse. En effet, elle a débuté sa formation il y a quatre mois et estime déjà y avoir vécu une grande expérience à l'HSF où elle y a effectué un stage pratique. Elle a adoré cette expérience pratique et elle a trouvé ceci très enrichissant. Elle a beaucoup aimé la pratique.

Enfin, E1 estime que les coordinatrices de la *Residência* leur donnent toujours un espace pour discuter de leurs difficultés. Cela permet d'améliorer la formation car les remarques sont entendues par la coordination. Les étudiantes la jugent donc accessible mais d'autres, pas du tout. Ils la jugent alors autoritaire et ne laissant aucune liberté aux étudiants.

Concernant l'HSF de manière globale, E1 trouve l'ambiance à l'HSF merveilleuse. Elle a été très heureuse d'effectuer sa formation à l'HSF car elle a été très enrichissante pour elle, aussi bien personnellement que professionnellement. En effet, les connaissances l'ont faite évoluer en tant que professionnel et en tant qu'être humain. C'était une merveilleuse opportunité pour elle et elle remercie l'équipe de l'HSF car elle a très bien été accueillie et traitée car a manifesté de l'intérêt pour sa formation.

Les potentialités des formations : elles sont plus nombreuses que les difficultés rencontrées selon les étudiants. Ainsi, les étudiantes ont identifié comme potentialités : le principe de l'alternance, le lieu de stage de l'HSF, la charge horaire de l'apprentissage pratique et le fait que les étudiantes du *CEEO II* soient déjà insérées dans des institutions de soins. En effet, pour elles, ces formations s'inscrivent dans une réelle démarche de professionnalisation : la formation les amène à avoir une perception comme futur professionnel notamment grâce aux stages qui leur permettent de voir réellement la pratique des infirmières obstétricales et les bonnes pratiques au quotidien selon ce que le Brésil souhaite et selon ce que les preuves scientifiques montrent (environnement de prise en charge correct et autonomisation de la femme). Mais E3 et E4 se questionnent malgré tout sur la possibilité de voir ceci partout car ce qu'elles constatent dans les différentes institutions n'est pas uniforme. Ainsi, en ce qui concerne l'HSF, selon toutes les étudiantes, les forces de cette institution sont : son modèle de soins humanisé et l'autonomie et l'insertion professionnelle de l'infirmière obstétricale dans son champ de compétence avec les responsabilités professionnelles que cela implique. En lien avec ces différents éléments, E1 indique se sentir sécure dans sa pratique en soins infirmiers obstétricaux et ceci même si elle quitte l'HSF à l'issue de sa formation. E2 sait qu'à l'issue de sa formation son diplôme sera reconnu partout où elle ira. E3 indique que le fait que des professionnelles soient déjà insérées dans des services de soins en maternité est un élément facilitateur pour implanter des changements car tous les professionnels connaissent déjà leur travail et ont déjà confiance en elles depuis longtemps. De plus, elle estime qu'en termes de connaissances, le fait de déjà travailler dans une maternité auprès des femmes aide à l'apprentissage. E4 indique que comme l'un des points positifs de la formation est d'apprendre dans la pratique, elle estime être au meilleur endroit pour cela et devoir en profiter. Ce terrain de stage permet d'apprendre peut-être contrairement à d'autres car les professionnels qui les aident dans leur formation sont les meilleurs précepteurs selon elle. E1 confirme ceci et trouve qu'il s'agit d'une potentialité que dans le cadre de l'apprentissage pratique des étudiants, tous les professionnels se sentent impliqués pour accompagner et construire le processus d'apprentissage des étudiants. Elle trouve également qu'il s'agit d'une potentialité d'avoir des cours théoriques ce qui n'est pas le cas dans toutes les formations.

Les améliorations possibles des formations : les étudiantes ont toutes identifié les cours théoriques. En effet, E1 aimerait des méthodes pédagogiques plus actives que le schéma classique transmissif du professeur aux élèves en salle de classe. Les étudiants ont discuté de la question de la construction de la connaissance avec la coordination et des changements ont déjà été effectués concernant la formation théorique pour les étudiants de 1ère année (elle est, elle, en deuxième année de la *Residência*). Ainsi, il y a davantage de discussions de cas cliniques en classe afin de coconstruire les connaissances. Ce que confirme E2, qui elle, est en première année. En effet, elle apprend beaucoup plus lors des groupes de discussions de cas cliniques multi professionnels que lors de certains cours. De plus, elle estime que la répartition du volume horaire des thématiques de cours pourrait être revue. Elle estime que certaines thématiques sont importantes en termes de répercussions cliniques et n'ont pas un volume horaire suffisant et, a contrario, certaines thématiques moins importantes du point de vue clinique ont une charge horaire trop importante. E3 manque de littérature en lien avec l'apprentissage théorique (articles etc.). En effet, elle a besoin d'apports plus profonds que les « simples » cours PowerPoint afin de comprendre et émettre des doutes (esprit critique et réflexif). Il lui manque une bibliographie en lien avec les sujets traités dans les cours et les études présentées dans ces derniers. Elle émet également des doutes quant à la qualité des professeurs : lecture par les professeurs des articles et des études qu'ils présentent dans les cours et méthodes pédagogiques devant être adaptées au public formé. En effet, elle a parfois le sentiment que les cours ne sont pas préparés alors que les professeurs sont payés pour faire le cours. De plus, elle indique que les adultes ont davantage l'esprit critique vis-à-vis de ce qu'ils reçoivent au regard de leurs expériences et connaissances passées. Enfin, elle a besoin d'une évaluation théorique. Elle ne pense pas que l'enseignement théorique puisse uniquement rester dans la problématisation et le récit de cas cliniques parce que, parfois, elle a le sentiment que l'objectif des cours théoriques se perd à force de parler de cas pratiques. Pour elle, parler de l'expérience pratique n'amène pas l'expérience de la théorie et elle a besoin de ceci. Pour elle, les cours théoriques doivent donc être moins pratiques.

Le vécu de la formation

Les difficultés identifiées : le préceptorat en fait partie. En effet, E2 indique qu'il y a des précepteurs respectueux, qui écoutent l'avis des étudiants et qui sont ouverts au dialogue et aux propositions de ces derniers à partir du moment où cela leur semble logique. Mais il y a aussi des difficultés qui résident essentiellement dans le fait de devoir gérer les différences de pratiques et de comportements des précepteurs. E2 indique qu'elle doit s'adapter aux différentes personnalités des précepteurs et cela n'est pas toujours évident pour elle. Elle doit apprendre à respirer profondément et à se calmer. Elle indique devoir rester ferme devant des attitudes de précepteurs qui souhaitent lui faire prendre une position avec laquelle elle n'est pas en accord, soit pour la patiente soit pour elle-même en termes de valeurs. En effet, certains précepteurs ne fondent pas leur pratique sur l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. Enfin, certains précepteurs ne traitent pas les étudiants avec courtoisie et ne veulent pas accompagner les étudiants dans leurs apprentissages malgré le fait que l'HSF soit un hôpital universitaire. Pour E1, il est parfois difficile d'initier des changements de pratiques dans les services de la maternité dans le cadre de leur formation car les pratiques sont ancrées. La plupart des professionnels travaillant à l'HSF y ont été formés donc les changements sont délicats à mener

d'autant plus que les professionnels sont aussi les précepteurs des étudiants donc cela interfère dans la relation. Les professionnels et étudiants discutent de cas cliniques et de comportements professionnels divergents (rendant difficile l'apprentissage pratique et la relation formateur-formé) mais certains professionnels continuent parfois à pratiquer comme au début de leur carrière sans tenir compte des évolutions de la connaissance scientifique (*Evidence Based Practice*). Or, pour elle, il est important que l'hôpital continue à fonder son modèle de soins sur les preuves scientifiques actuelles. Elle trouve donc délicat le fait, qu'en tant qu'étudiante, ses connaissances soient plus actualisées que celles de certains professionnels. Mais elle indique qu'il y a quand même un gain dans les 2 sens : pour les étudiants, ils ont la chance d'apprendre à l'HSF ; pour l'institution, les étudiants, en apprenant, recherchent les connaissances scientifiques actuelles et les diffusent au sein de l'institution. L'évolution est donc constante pour l'institution. En ce qui concerne les autres difficultés identifiées, E1 indique que la charge horaire de 60h00 par semaine est lourde. Les étudiants n'ont pas beaucoup de flexibilité avec cette charge de travail et ils tentent de la modifier et de la faire diminuer à 48h00 par semaine. Pour elle, ce n'était pas mauvais d'effectuer ce volume horaire mais il rendait difficile le fait de se consacrer davantage à la recherche scientifique par manque de temps. Cette charge de travail nécessitait donc un planning d'organisation. Elle n'a pas été un obstacle pour le développement de ses travaux scientifiques mais a nécessité une organisation personnelle. Pour E2, une difficulté est celle de devoir gérer le fait qu'il y ait un décalage dans le temps entre l'apprentissage pratique et théorique. La pratique est dissociée de la théorie ou la théorie n'arrive pas à accompagner la pratique. Enfin, pour E3, sa difficulté principale est le peu de soutien institutionnel qu'elle reçoit pendant sa formation. En effet, son institution a signé un document la libérant pour suivre cette formation d'infirmière obstétricale mais elle devra payer ces heures plus tard. Le fait qu'elle doive payer ces heures plus tard l'inquiète énormément. Elle a peur d'être endettée d'autant plus qu'elle a deux petits enfants et que son travail de précepteur dans son hôpital n'a jamais été rémunéré. Elle estime que son institution aurait pu considérer que ces heures de travail passées non rémunérées compensent celles de sa libération pour suivre la formation. Elle doit donc faire face à sa charge de travail, à sa formation, à sa vie de famille et à la peur d'être endettée. Elle a, malgré tout, accepté ceci et a négocié un paiement sur le long terme mais elle a senti de la résistance de la part de son institution. Dans la mesure où avoir des infirmières obstétricales dans une institution permet de répondre aux exigences du *Rede Cegonha*, elle regrette que son institution ne voit pas sa formation comme une valeur ajoutée mais comme une faveur qui lui est faite en la libérant. Malgré cette difficulté, elle a continué et continuera jusqu'à la fin.

En termes de soutiens durant leurs formations, les étudiantes ont identifié les suivants :

Soutien institutionnel : bon accueil de la part des professionnels et coordination du cours présente, disponible et ouverte aux demandes, au dialogue et à la discussion en cas de besoins ou de difficultés. Pour E3, elle ne peut pas dire qu'elle ne reçoit pas de soutien institutionnel car son institution la libère pour suivre la formation mais cette libération n'est pas celle que l'université attendait puisqu'elle devra payer ce temps secondairement. Elle indique, malgré tout, qu'il s'agit tout de même pour elle d'une forme de soutien car si elle n'avait pas été libérée du tout, elle n'aurait pu eu le courage de suivre la formation (c'est-à-dire en plus de son travail). C'est une semi-libération, un soutien partiel qui aurait pu être meilleur. E4 indique que son

institution lui donne la permission de suivre la formation mais elle doit aménager elle-même ses horaires de travail pour pouvoir se libérer pour suivre les cours. L'institution ne lui donne pas de congés ou de vacances spécifiques pour suivre la formation. Certaines institutions libèrent les professionnels de leurs gardes pour suivre la formation mais pas toutes.

Soutien familial : il est important surtout pour les étudiantes venant de loin. Certaines arrivent à aller leur rendre visite de temps en temps et d'autres non. Ce soutien peut être moral, organisationnel (garde d'enfants)

Soutien financier gouvernemental : les bourses d'études de 3 330 *reais* du Ministère de la Santé pour la *Residência* sont indispensables pour permettre aux étudiants de mener cette formation et de vivre à Belo Horizonte. Mais elles ont tardé à être versées aux étudiants ce qui a fait que les premiers mois de formation ont vraiment été difficiles car il est impossible de travailler en plus de la formation pour gagner de l'argent vu la charge horaire imposée de 60h00 par semaine. Pendant ce laps de temps, l'institution leur permettait de manger à l'hôpital mais six étudiantes ont dû, malgré tout, abandonner la formation. E3 indique, quant à elle, que le gouvernement est un soutien financier au *CEEO II* qui est gratuit pour les professionnels alors que toute formation coûte cher.

Soutien entre collègues de promotion : bon soutien entre elles car elles ont toutes une histoire, une vie et une famille. Certaines ont eu de la difficulté à cause de l'éloignement géographique et d'autres sont entrées en formation en étant enceintes. Le groupe se soutient face aux difficultés, face aux moments de doutes et face aux travaux à réaliser. Pour E3, elles sont quatre collègues du même établissement à être formées donc elles se soutiennent mutuellement.

Soutien amical et social de type religieux : localement, à Belo Horizonte, E2 vit seule donc étant chrétienne, elle est allée dans la maison des frères de l'Eglise. Elle a beaucoup de relations avec ces personnes. Et ce serait vraiment difficile pour elle si elle n'avait pas ce soutien car c'est la première fois qu'elle quitte sa maison et sa famille. Elle remercie Dieu pour ce soutien.

Les défis à relever en formation : pour E1, cette formation était un défi personnel à relever dans le sens où elle devait apprendre un autre modèle de soins que celui qu'elle avait déjà vécu. Elle a débuté cette spécialisation en ayant cinq années d'expérience en tant qu'infirmière dans des secteurs comme les urgences et la santé familiale, et elle a donc dû apprendre à dépasser ce qu'elle avait toujours appris et fait jusqu'ici. Ainsi, même si elle savait ce qu'était le modèle de soins de l'HSF pour avoir lu dessus, elle a dû apprendre par l'exemple et cela a été difficile. C'est l'expérience quotidienne en stage qui lui a permis d'apprendre qu'elle pouvait avoir une autonomie en tant qu'infirmière obstétricale mais que cette autonomie dépendait de sa posture, de son positionnement et de ses connaissances scientifiques. Elle a donc surmonté sa difficulté en étudiant davantage, en participant à plus de discussions et en cherchant le plus de preuves scientifiques possibles pour asseoir sa pratique lors de sa formation puis après celle-ci. Pour E2, c'est essentiellement l'apprentissage avec les précepteurs qui est un défi. Elle estime devoir apprendre à parler avec eux quand cela est nécessaire et à se taire quand cela n'est pas nécessaire. Elle apprend donc à garder la tête froide avec les précepteurs avec lesquels elle est en difficulté. Pour ce qui est du décalage dans le temps entre la théorie et la pratique, cela l'oblige à aller chercher les informations par elle-même pour pourvoir

comprendre et pour pouvoir savoir ce qu'elle fait ou doit faire en pratique. Il en est de même pour E4, qui doit faire des recherches et lire par elle-même pour comprendre ce qu'elle peut voir en pratique car elle n'a pas encore eu les cours théoriques. Elle considère que la formation ne dépend pas que de l'université mais qu'elle repose aussi sur les étudiants qui doivent être acteurs de leur formation. Elle ressent beaucoup ce besoin. La pratique apporte de l'expérience mais elle a aussi besoin de théorie pour avoir une base sur laquelle se reposer. Pour E3, son principal défi est de prendre du temps pour étudier car elle adore ça. Elle préfère avoir trente articles à lire plutôt que rien du tout. Elle étudie parfois pendant ses heures de travail à Odilon quand c'est calme et chez elle quand ses enfants dorment. Mais elle aimerait avoir plus de temps pour étudier (au moins environ 04h00 par semaine de plus) ou même n'avoir rien d'autre à faire qu'étudier.

La socialisation professionnelle

Le choix de la formation et du métier d'infirmière obstétricale : E1 et E2 l'ont effectué pour l'autonomie professionnelle associée à l'activité des infirmières obstétricales et par « amour » de celle-ci. En effet, E1 indique que ce choix s'est effectué après qu'elle ait lu sur la profession d'infirmière obstétricale et réalisé qu'elle pouvait se distinguer des autres infirmières en termes d'autonomie professionnelle. Puis, en 2009, elle a découvert l'HSF en le visitant et elle en est tombée amoureuse. Elle se demandait si tout ce qu'elle voyait était bien réel. Cela l'a encouragée à attendre la sortie de la *Residência* et à la commencer. E2 a d'abord choisi cette formation car c'est le seul domaine des soins infirmiers qui permettait d'effectuer des sutures. Puis, lors de sa formation d'infirmière générale, en stage elle est allée au bloc chirurgical dans une maternité où elle y a vécu des expériences avec des patientes qui l'ont beaucoup marquée. Ainsi, elle se souvient avoir accompagné une patiente dans le couloir, en travail et qui attendait qu'une place se libère pour pouvoir accoucher. Elle est restée avec cette patiente et l'a accompagnée jusqu'à ce que son quart de travail se termine et c'est alors que la patiente lui a demandé si elle partait. Elle lui a dit que oui et la patiente était désolée de ça. Après cela, le restant de ses études s'est orienté dans le but de se spécialiser en soins infirmiers obstétricaux car elle a pris conscience qu'on pouvait créer un lien avec un patient et marquer la vie d'une femme. Finalement les sutures ne l'intéressaient plus autant par rapport au fait qu'elle puisse faire partie de l'histoire d'une femme. Pour E3 et E4, c'est l'opportunité offerte par le *Rede Cegonha* à des infirmières non spécialisées en obstétrique mais travaillant déjà dans des maternités de se former aux soins infirmiers obstétricaux, qui les a poussées à s'inscrire en formation. E3 précise malgré tout avoir toujours aimé l'obstétrique et travailler avec les femmes et les enfants même si son centre d'intérêt était légèrement autre en tant qu'infirmière assistancielle au bloc obstétrical. E4 précise également qu'à l'occasion d'un stage en tant qu'étudiante infirmière, elle a appris et s'est intéressée à l'activité des infirmières obstétricales et elle a aimé ceci. Elle a choisi le *CEEO* de l'UFMG pour sa qualité. En effet, elle pense que c'est la meilleure institution au Brésil pour cette formation donc elle a saisi cette opportunité quand le cours s'est ouvert. De plus, son institution a besoin d'une infirmière obstétricale pour pouvoir entrer en discussion avec les médecins. Ce titre lui permettra d'avoir plus de poids dans la prise en charge des patientes et d'agir pour elles.

Le modèle des soins obstétricaux actuel au Brésil : les étudiantes estiment qu'il doit changer. En effet, E2 indique que beaucoup de choses peuvent être améliorées comme notamment le taux de césariennes qui fait partie de la culture brésilienne. Les représentations sont que la césarienne est meilleure qu'un accouchement voie basse et elle estime que ces représentations touchent toutes les femmes, qu'elles soient riches ou pauvres, éduquées ou moins éduquées. Pour que le modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement évolue, il faut pour elle, changer la façon dont on enseigne la prise en charge de l'accouchement aux futurs professionnels médecins et infirmiers et informer-éduquer la population générale qu'un autre modèle de soins existe. L'éducation de la population à ce nouveau modèle lui permettra de changer sa vision sur le modèle actuel de l'accouchement. Ainsi il faut informer la population mais l'inciter également à se faire sa propre opinion sur la question en lui recommandant de lire sur le sujet. Cela relève donc aussi d'un effort personnel et d'une volonté de la part de la population. Elle précise enfin que pour être crédible dans cette incitation au changement auprès de la population, les infirmières obstétricales doivent être compétentes dans leur champ de pratique. Pour E4, le modèle de soins actuel autour de la naissance et de l'accouchement au Brésil doit beaucoup changer car il est très centré sur le confort du médecin et comporte beaucoup de violences obstétricales. Mais elle pense que le modèle de soins actuel a déjà commencé à changer notamment grâce aux exigences imposées par le *Rede Cegonha*. Elle pense que le changement de ce modèle de soins passe également par la formation des infirmières obstétricales qui doivent être plus nombreuses. Elle pense aussi que le *Rede Cegonha* doit s'assurer par une inspection dans les institutions que les infirmières obstétricales soient bel et bien insérées : combien d'infirmières obstétricales dans l'institution ? Combien d'accouchements font-elles ? E1 a choisi l'HSF pour son modèle de soins basé sur l'humanisation de la naissance et de l'accouchement car il fait office de référence en soins infirmiers obstétricaux au Brésil et qu'elle vient d'une autre réalité de soins qui n'est pas fondée sur l'humanisation de la naissance et de l'accouchement ni sur l'*Evidence Based Practice*. De plus, elle estime que les femmes ont fait part de leur souhait de changer ce modèle de soins. Mais les médecins sont encore très présents dans la prise en charge des grossesses et des accouchements, imposent encore beaucoup leur conduite à tenir et centrent le modèle de soins sur eux. Elle identifie aussi un autre frein qui est celui de la méconnaissance de la pratique des infirmières obstétricales par la population générale. En effet, elle indique que la population ne sait pas encore qu'une infirmière obstétricale a la capacité de prendre en charge en toute sécurité un accouchement physiologique et ceci en se basant sur les données probantes. E3 poursuit en indiquant que le modèle de soins actuel autour de la naissance et de l'accouchement est extrêmement fragmenté, médicalisé et qu'il considère la naissance et l'accouchement comme des maladies et non comme des processus physiologiques. Dans ce modèle actuel, qui ne fonctionne pas selon elle, les femmes ne sont ni responsabilisées ni informées sur le travail. Elle estime également que la formation (datée) des médecins les incite à pratiquer trop de césariennes et des épisiotomies de routine. Mais elle identifie que, dans son institution, il y a aussi une partie de l'équipe médicale qui est très jeune et qu'ils sont plus faciles à modeler car ils étudient déjà les dernières recommandations et les bonnes pratiques. Il est donc plus facile de changer la réalité du modèle de soins avec de jeunes diplômés qu'avec des anciens. De plus, elle considère que les locaux de l'hôpital dans lequel elle travaille, ne sont pas adaptés à une prise en charge humanisée de la naissance et de l'accouchement. Elle n'a pas de salle de PPP

(Pré-Per-Post-natal) et l'infrastructure générale de l'hôpital (classé historiquement) ne lui permet pas de répondre à sa fréquentation (problème d'engorgement permanent avec des patientes en travail sur des lits dans les couloirs). Comme les rénovations majeures ne sont pas acceptées pour cet établissement classé historiquement, elle pense alors qu'il faut miser sur le changement des pratiques puisqu'on ne peut pas changer l'environnement. Elle identifie, malgré tout, qu'en lien avec les exigences du *Rede Cegonha* envers les hôpitaux publics, certaines choses à Odilon ont déjà changé comme : l'insertion des infirmières obstétricales dans les soins obstétricaux, la diminution du taux d'épisiotomies, l'accompagnement systématique des femmes par la personne de leur choix même en cas de césarienne (ce n'est plus le médecin qui décide), le peau à peau dans la première heure de vie de l'enfant ainsi que sa mise au sein, l'alimentation de la femme durant le travail et l'utilisation systématique de partogrammes. Pour elle, ces améliorations vont continuer à s'intensifier.

Les représentations des étudiantes sur le métier d'infirmière obstétricale : E1 précise que, la spécificité des soins infirmiers obstétricaux (infirmières obstétricales plus patientes et respectueuses de la physiologie du travail et de l'accouchement que les médecins) en fait une valeur ajoutée pour améliorer la prise en charge de la naissance et de l'accouchement. Mais pour cela, les professionnels doivent être compétents afin de gagner leur place dans ce champ d'activité. E4 indique également qu'en quatre années d'expérience dans une maternité, elle a pu mesurer la nécessité pour les infirmières obstétricales d'étudier et d'apprendre afin d'être qualifiées et compétentes. Mais elle trouve que les résistances envers la pratique des infirmières obstétricales sont très grandes. La liberté et l'autonomie de pratique de l'infirmière obstétricale dépendent beaucoup du médecin mais aussi de l'infirmière elle-même et de l'activité lors de la garde. Par exemple, une forte activité aide l'infirmière obstétricale à pratiquer car le médecin ne peut faire face seul à la surcharge d'activité. Si en revanche l'activité est calme, alors l'infirmière obstétricale accompagne la patiente tout le long de son travail et c'est le médecin qui effectue l'accouchement même s'il n'a encore jamais vu le visage de la patiente. Pour E2, encore une fois, elle indique à quel point l'infirmière obstétricale peut marquer (positivement ou négativement) la vie d'une femme donc elle estime qu'elle doit être correctement formée.

Les perspectives professionnelles personnelles des étudiantes : E1 indique que dans sa région, les soins obstétricaux sont archaïques et non fondés sur les preuves scientifiques. Elle souhaite donc changer ce modèle de soins et l'expérience lui permettra de continuer à améliorer sa pratique et de continuer à apprendre de nouvelles connaissances. E4 veut faire du bien aux femmes et pouvoir agir sur les violences obstétricales qu'elle constate dans son institution. Elle considère qu'en tant qu'infirmière spécialisée en obstétrique, elle aura plus de poids pour agir et changer ceci. Son objectif est de pouvoir changer la qualité des soins pour au moins une patiente par jour. Compte tenu du fait que cela peut être rendu difficile par certains médecins qui ne soutiennent pas la pratique des infirmières obstétricales à 100%. Elle sait donc qu'elle ne pourra pas le faire pour toutes ses patientes mais elle estime qu'une patiente par jour par une patiente par jour, à la fin de l'année, cela fera beaucoup. Tout ce qu'elle pourra faire pour ceci une fois diplômée, elle le fera. Mais elle aimerait vraiment beaucoup un jour travailler à l'HSF pour l'autonomie de pratique de l'infirmière obstétricale. Pour elle, c'est le meilleur endroit pour ceci. Elle souhaite également pouvoir travailler dans une institution qui lui permette de continuer à toujours apprendre même une fois diplômée. E3 constate des pratiques différentes

dans son institution par rapport à ce qu'elle voit à l'HSF mais elle ne voit pas de pratiques impossibles à changer dans son institution. En effet, comme elles sont quatre de la même institution à suivre la même formation en même temps, elle pense que cela facilitera le changement des pratiques dans leur institution car le nombre d'infirmières obstétricales augmentera davantage et que l'une de ses collègues est coordinatrice et voit l'importance des infirmières obstétricales dans une maternité. Elle pense que son institution doit optimiser la gestion de ses lits et que cela nécessite un soutien de leur part. En effet, elle a analysé que le service d'hospitalisation des femmes enceintes avait un taux d'occupation faible (en général six femmes pour vingt lits) car son objectif a été déformé et qu'il n'accueille donc pas les patientes qu'il devrait accueillir. Elle explique alors qu'en mettant une infirmière obstétricale dans ce service capable de prendre en charge les femmes enceintes devant y être hospitalisées alors cela désengorgerait le service des suites de couches (où elles sont actuellement hospitalisées) où des lits deviendraient alors disponibles pour accueillir les patientes venant d'accoucher. Cela permettrait alors de diminuer la surpopulation au bloc obstétrical et donc d'améliorer l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. En réduisant la surpopulation au bloc obstétrical alors on permet à des femmes d'avoir un travail en douze heures et non en quatre heures stimulé par ocytocine pour libérer une salle d'accouchement plus rapidement pour une autre qui arrive. La physiologie du travail sera ainsi davantage respectée tout comme la prise en charge du nouveau-né qui ne sera pas séparé de sa mère pour accélérer ses premiers soins par manque de place et de lits. Elle espère donc que l'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales continuera à se développer dans son institution car le mouvement est en marche. Cela est en partie lié au fait qu'il y a à Odilon des infirmières obstétricales qui travaillent aussi à l'HSF et elles ont une bonne réputation, une bonne pratique, de bonnes connaissances et donc une bonne sécurité de travail ayant convaincue les obstétriciens.

Les perspectives générales des étudiantes sur le métier : E1 indique que pour que le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement se fasse, il faut que la population soit informée de la valeur ajoutée de l'infirmière obstétricale dans la prise en charge de l'accouchement physiologique. Il faut aussi, selon elle, que l'infirmière obstétricale soit davantage insérée dans les soins et que sa pratique repose sur la compétence et les preuves scientifiques et qu'elle soit soutenue par l'équipe institutionnelle et médicale. Elle aimerait que tous les professionnels puissent vivre ce qu'elle a vécu à l'HSF car elle sait que le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement sera difficile et progressif. C'est une nouvelle philosophie, une nouvelle vision et une nouvelle idéologie. Pour E2, il faut changer les représentations des futurs professionnels (médecins et infirmiers mais surtout médecins) sur le modèle de soins dès leur formation professionnelle et leur enseigner une autre forme de prise en charge de l'accouchement afin qu'ils soient aussi des professionnels différents de ceux d'aujourd'hui. E4 estime que si chaque infirmière obstétricale en garde améliore la qualité de la prise en charge d'au moins une patiente alors petit à petit la qualité de la prise en charge s'améliorera malgré l'influence des médecins qu'elle estime très forte. Elle est choquée par certaines attitudes médicales mais elle ne peut en discuter avec eux ou même les confronter, surtout devant la patiente. Elle indique également être préoccupée par l'ouverture de cours pour les infirmières obstétricales qui ne sont pas de grande qualité. Elle pense qu'une plus grande flexibilité de la part des institutions pour libérer davantage de professionnels pour aller se

former serait une bonne chose. De plus, les professionnels envoyés en formation doivent, selon elle, déjà jouir d'une certaine ancienneté dans leur institution, entrer dans de bonnes institutions de formation et, une fois diplômés, être embauchés comme infirmières obstétricales. E3 est vraiment très effrayée par la différence des pratiques entre l'hôpital dans lequel elle travaille et ce qu'elle a pu voir en stage à l'HSF ou lors des cours théoriques mais elle ne voit pas ceci comme quelque chose d'insurmontable. Elle pense qu'elle aurait eu davantage de difficultés à avoir cette perception si elle avait été la première infirmière obstétricale de son service mais elle pense que l'insertion de plus en plus d'infirmières obstétricales dans le groupe tendra à le renforcer et à rendre routinières certaines pratiques. En effet, elle pense que si les infirmières obstétricales obtiennent leur espace et s'unissent en tant que groupe professionnel alors, petit à petit, le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement se produira. Mais elle a également conscience que la liberté de pratique autonome des infirmières obstétricales dans leur champ de compétence plein et entier dépend du politique. En effet, elle explique que les perspectives en termes de pratique dépendent de l'état d'esprit et de la vision de la superintendance (maire) sur les infirmières obstétricales. Elle précise que cette superintendance change tous les quatre ans et que celle en place actuellement est favorable aux infirmières obstétricales. La précédente ne l'était pas. La pratique des infirmières obstétricales est donc tout à fait arbitraire. Elle pense qu'elle aura des défis à relever avec l'équipe médicale mais des changements ont déjà été amorcés et les discussions ont déjà eu lieu avec eux pour favoriser la pratique des infirmières obstétricales. Ce ne sera pas des confrontations initiales donc ce sera plus facile.

Elle pense que les infirmières obstétricales doivent montrer qu'elles comprennent, étudient et savent discuter des cas cliniques au regard de l'*Evidence Based Practice*. Elle estime également qu'elles doivent participer à l'amélioration continue des soins par des discussions réflexives et analytiques des prises en charge. Il est donc important pour elle que les institutions soient en capacité de fournir les statistiques, les résultats (indicateurs qualité) et les facturations en ce qui concerne la pratique autonome des infirmières obstétricales : combien de prises en charge font-elles ? Combien d'accouchements font-elles etc. ? En effet, pour elle, la pratique des infirmières obstétricales doit émaner d'une organisation de service et non du bon vouloir d'untel ou untel. Les perspectives pour le métier d'infirmière obstétricale dépendent à la fois de la gestion macro (pour le vouloir agir) et de la gestion micro des secteurs de soins (gestion des flux de patientes, promotion de l'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales). Enfin, elle estime que les formations des infirmières obstétricales doivent être de qualité afin que celles-ci puissent se distinguer des *parteiras* de la campagne ne détenant qu'un savoir empirique.

La catégorie « Autre »

Cette catégorie concerne le parcours professionnel d'E3. Elle est diplômée infirmière générale de l'UFMG depuis dix ans et, depuis dix ans, elle travaille en tant qu'infirmière assistancielle dans le bloc obstétrical de l'hôpital dans lequel elle travaille (Odilon). Même sans être infirmière obstétricale, elle accompagnait déjà la *Residência* en santé de la femme en étant précepteur dans cette formation. Puis quand elle a obtenu sa spécialisation en néonatalogie, elle a également été précepteur pour la *Residência* en néonatalogie.

2.4.2. Les entretiens semi-directifs avec les professeurs et coordinateurs de formation

Nous rappelons que nous avons effectué des entretiens auprès des deux coordinatrices de la *Residência* de l'HSF (l'une responsable de la coordination de l'enseignement théorique C1 et l'autre responsable de la coordination de l'enseignement pratique C2) et de deux des coordinatrices du *CEEO II* de l'UFMG (vice-coordinatrice C3 et coordinatrice générale C4). De plus, nous avons effectué deux entretiens auprès de professeurs responsables d'un enseignement théorique du *CEEO II* de l'UFMG (PROF1 et PROF2).

L'ingénierie politique

Les politiques de formation au niveau fédéral : les deux professeurs se sont peu exprimées. L'une indique ne pas vraiment être engagée sur cet aspect des politiques de formation (PROF2) et l'autre pense que tout ce que nous faisons peut être amélioré mais que les directives nationales sont bonnes car elles ont permis de renforcer la formation des infirmières obstétricales. Les coordinatrices indiquent, quant à elle, que ces politiques ont fait évoluer les formations des infirmières obstétricales, ont valorisé l'activité de ces dernières et qu'elles pourraient encore être améliorées. En effet, C1 indique que la construction des premiers modèles de formation par spécialisation (très théoriques et peu pratiques) sont essentiellement venus de l'étranger et, pour elle, ces modèles ne fonctionnent pas. C'est pourquoi elle trouve nécessaire l'évolution des politiques publiques qui visent à soutenir la formation et l'activité des professionnels. Elle est heureuse de ces évolutions car les politiques garantissent une structure à la pratique. De plus, elle préconise que la formation des médecins obstétriciens puisse également être un vecteur dans le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement au Brésil (elle ne comprend pas les conflits et rapports de force). C2 indique que les directives nationales ont beaucoup progressé ces dernières années au Brésil. Les référentiels de formation se basent maintenant sur des compétences et des habiletés en lien avec l'évolution des soins infirmiers et les recommandations du Conseil International des Infirmières. De plus, elle précise que l'ABENFO et le COFEN essaient de faire interdire les formations (spécialisations) qui ne permettent pas de répondre à des critères minimaux de qualité (pas ou peu d'apprentissages pratiques par exemple). Mais certaines formations de ce type perdurent malgré tout et en tant que coordinatrice de l'enseignement clinique de l'HSF, elle reçoit des demandes de stage de personnes qui ont suivi ces formations et qui veulent maintenant davantage pratiquer à l'HSF (ils ont difficilement obtenu leurs 20 accouchements minimaux réglementaires durant la formation). Elle ne peut pas répondre favorablement à ces demandes car il y a déjà beaucoup d'étudiants présents à l'HSF et que cela ne représente pas de gain financier pour l'HSF contrairement aux institutions qui ont développé ces cours et qui ne sont pas de qualité. En ce qui concerne justement la formation clinique minimale exigée en formation initiale, C3 s'est exprimée à ce sujet. En effet, elle pense que les directives nationales pourraient être changées car, pour elle, exiger 20 accouchements, 15 suivis prénataux et 15 prises en charge de nouveau-nés à la naissance en formation initiale pour devenir infirmière obstétricale c'est trop peu par rapport aux responsabilités qu'impliquent ce métier (avoir plusieurs vies entre les mains). Elle a discuté de ceci avec la Présidente de l'ABENFO qui lui a répondu que, pour le moment, il fallait être souple et ne pas être trop exigeant pour former des infirmières obstétricales ce qui permettait de les insérer en nombre sur le marché du travail

puis de lutter secondairement pour faire évoluer ces directives. Si ces directives évoluaient maintenant en augmentant la formation clinique minimale, alors ce serait prendre le risque de ne plus pouvoir du tout former d'infirmières obstétricales à l'échelle du pays et de voir ces formations disparaitre. C4 indique aussi que les directives politiques sont très importantes mais qu'il faut les actualiser car le contexte a changé (elle l'a constaté depuis le temps qu'elle est formatrice : dix-sept ans) mais la situation, elle, n'a pas beaucoup évolué. Trois coordinatrices ont fait le lien entre ces directives et l'activité des infirmières obstétricales. C2 indique que les directives et les lois permettent l'amélioration de l'organisation des soins infirmiers obstétricaux au Brésil notamment avec la reconnaissance politique du champ de compétence des infirmières obstétricales. Elle juge donc le soutien juridique satisfaisant. C4 pense que ces directives permettent de valoriser l'activité des infirmières obstétricales et C3 souligne le fait que les pratiques ne se déterminent pas uniquement au niveau des politiques fédérales. En effet, elle précise que la politique institutionnelle est également importante car travaillant dans deux établissements différents (l'HSF et l'*Hospital das Clínicas*), elle peut témoigner du fait que la pratique des infirmières obstétricales y est complètement différente alors que les deux établissements sont soumis à la même politique nationale avec le *Rede Cegonha*.

Les soutiens au développement des formations des infirmières obstétricales : les professeurs et coordinateurs en ont identifiés à plusieurs niveaux.

Au niveau macro, nous trouvons les soutiens politiques et financiers du Ministère de la Santé (*Rede Cegonha*). En effet, PROF1 indique qu'avant le lancement du *Rede Cegonha*, la formation initiale d'infirmière obstétricale était une spécialisation avec peu de places pour entrer en formation. Le *Rede Cegonha* est donc une stratégie du gouvernement brésilien pour former de plus en plus d'infirmières obstétricales dans le but : de réduire la mortalité maternelle et néonatale et d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes. Cette stratégie politique a permis une avancée dans la formation des infirmières obstétricales en renforçant et en améliorant celle-ci. C3 identifie un pic de formation en 2007 après un autre pic de formation dans les années 1990 (au moment de la création de la spécialisation) mais qui n'avait pas été aussi important que celui de 2007. Entre ces deux dates, il y a eu peu d'infirmières obstétricales de formées y compris à l'HSF qui avait arrêté de former des infirmières obstétricales. Elle précise que les subventions aux formations sont plus importantes pour les formations des médecins. Ceci complique donc la formation et l'insertion professionnelle des infirmières obstétricales. Elle précise que, dans le cadre du *CEEO II*, les enseignants, les tuteurs, les coordinateurs et vice-coordinateurs sont tous rémunérés par le Ministère de la Santé. Ce soutien financier de la formation par le Ministère de la Santé sert parfois de moyen de pression auprès des institutions de soins ne souhaitant pas accueillir d'étudiants. C1 indique, par contre, que le soutien financier à la *Residência* vient aussi du Ministère de la Santé mais que si ce n'est pas le Ministère de la Santé qui finance alors ils financent eux-mêmes les formations. De plus, elle précise que le financement du Ministère de la Santé ne concerne que les bourses d'études des étudiants de la *Residência*. Par exemple, la rémunération de professeurs ou des conférenciers extérieurs à l'institution n'est pas possible pour eux car ils n'ont pas d'argent pour ça. Si des professeurs extérieurs interviennent c'est qu'ils acceptent l'invitation sans être rémunérés. C4 précise le montant de la bourse d'études des étudiants de la *Residência* qui s'élève à 3 330 *reais*, là où le salaire moyen au Brésil est de 937 *reais* ce qui représente donc beaucoup d'argent.

Au niveau méso (institutionnel), PROF2 indique que les précepteurs reçoivent de l'argent pour assumer ce rôle à l'HSF pour les étudiants du *CEEO II* mais pas pour ceux de la *Residência* puisque c'est la formation de leur propre hôpital qui est reconnu hôpital d'enseignement par le Ministère de la Santé. Elle estime que le soutien financier des précepteurs est important mais qu'il peut entrainer des difficultés si tout le monde n'en bénéficie pas. En effet, les personnes n'en bénéficiant pas peuvent ne pas collaborer à la formation des étudiants. C2 précise que sans soutien financier complet, il est effectivement difficile de trouver des enseignants de qualité. En effet, elle indique qu'elle a beaucoup d'infirmières obstétricales qui sont préceptrices mais qui ne devraient pas l'être car elles ne sont pas qualifiées pour l'être. Certaines n'aiment pas ça, ne souhaitent pas l'être et rendent donc l'organisation d'un préceptorat de qualité difficile. Mais l'institution n'a pas d'autre choix que de faire avec ses propres ressources internes. Elle indique tout de même qu'il y a d'excellents précepteurs au sein de l'institution. Enfin, elle cite aussi des soutiens en termes de ressources internes comme la ligne d'enseignement et de recherche de l'institution constituée de professionnels ayant des masters et des doctorats. Pour ce qui est de trouver des enseignants, C4 indique qu'il se met en place un réseau entre collègues qui s'appellent mutuellement pour aller dispenser les cours quand il n'y a pas d'argent (par exemple pour la *Residência* de l'HSF). Mais elle indique que le système finit par connaitre ses limites puisque la personne en question ne va pas être payée pour son cours et elle va devoir en plus payer elle-même son déplacement, son repas et organiser ses gardes en fonction de la date du cours. C1 précise que l'HSF possède une crèche pour la garde des enfants du personnel et que celle-ci permet à huit étudiants de suivre la formation de la *Residência*. Il y a d'autres formes de soutiens dont l'institution dispose pour soutenir la formation des étudiants. Il s'agit d'une bibliothèque bien fournie et d'une bibliothécaire par exemple. Pour elle (c'est son essence), la formation fait partie de l'institution. Elle n'est pas un hôpital universitaire, elle est l'hôpital universitaire.

Au niveau micro, C4 n'en voit pas beaucoup. En effet, elle donne son exemple personnel où elle indique avoir beaucoup donné pour que les formations des infirmières obstétricales se développent mais elle estime ne pas avoir reçu beaucoup de soutien de la part de son université pour cela qui exigeait aussi d'elle d'effectuer de la recherche et des publications. Elle indique que l'université se targue beaucoup d'avoir ce cours du *CEEO II* car cela la valorise mais elle dit, qu'en réalité, sa mise en œuvre exige un grand sacrifice de la part des professeurs qui font don de leur travail (y compris dans la *Residência*).

L'ingénierie de formation

Les avis des professeurs et coordinateurs sur les modèles de formations : tous les professeurs et coordinateurs sont d'accord pour dire que les modèles de la *Residência* et du *CEEO II* se complètent mutuellement. En effet, comme l'indique C1 ces deux modèles de formation se distinguent mais se complètent pour former des infirmières obstétricales sur tout le territoire brésilien. Le modèle de la *Residência* (compte tenu de sa durée de deux années) ne permet pas de répondre à l'urgence, au besoin et à la demande de former davantage d'infirmières obstétricales. Mais elle est une formation de qualité (compte tenu de la part de pratique qu'elle renferme). *A contrario*, le modèle du *CEEO II* permet de répondre à l'urgence de formation d'infirmières obstétricales et d'offrir à des professionnels des opportunités de

formation qu'ils n'auraient peut-être jamais eues mais certainement au détriment de la qualité de ces futurs professionnels car le *CEEO II* ne renferme pas suffisamment de pratique. De plus, la présence simultanée de ces deux modèles de formation est un facteur de tension entre les étudiants de la *Residência* et ceux du *CEEO II* où les premiers se demandent quelle place il leur restera sur le marché du travail puisque le modèle de formation du *CEEO II* forme des professionnels plus rapidement et plus massivement (trois-cents places pour le *CEEO II* de l'UFMG). La coordinatrice a donc expliqué aux étudiants de la *Residência* que les étudiants du *CEEO II* retournaient dans leurs places de travail après leur formation (puisqu'ils travaillent déjà dans des maternités) et que, par conséquent, ces étudiants non seulement ne prenaient pas leur place sur le marché du travail et qu'ils auraient certainement plus de difficultés à exercer comme infirmière obstétricale dans leur réalité de travail. L'étudiant issu de la *Residência*, lui, a davantage un espace de travail construit en tant qu'infirmière obstétricale et c'est ce que les hôpitaux recherche aussi. Ces deux modèles de formation sont donc complémentaires et nécessaires. Elle souhaite enfin que tous les professionnels issus de ces deux modèles de formation s'unissent pour porter le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement et conquissent cet espace. C1 conclue malgré tout qu'elle est très préoccupée par la qualité de la formation des infirmières obstétricales surtout en ce qui concerne l'évolution pratique des étudiants. Elle ne transige pas avec le fait qu'il est difficile pour elle de considérer une formation comme étant de qualité si elle ne contient pas un volume horaire de pratique suffisant. Pour elle, cela relève d'une lutte à mener pour les infirmières obstétricales. Mais C3 nous indique qu'il est difficile dans tout le Brésil de pouvoir garantir aux étudiants en formation le nombre minimal d'accouchements (20), de suivis prénataux (15) et de prises en charge de nouveau-né à la naissance (15) pour être diplômés car il existe des lieux où les infirmières obstétricales ne pratiquent pas dans leur champ de compétence et/ou où il n'y a pas de précepteurs (professionnels qualifiés) non plus pour former et accompagner les étudiants.

Concernant l'apprentissage pratique de façon générale, PROF2 pose la question du respect des patientes quand l'accent est mis sur l'apprentissage de la pratique et de la technique/gestuelle mais qu'on en oublie l'humanisation et le respect des personnes en leur imposant de multiples gestes dans le cadre de l'apprentissage pratique des étudiants. Elle pose également la question du ratio entre le nombre de précepteurs et le nombre d'étudiants à accompagner. En effet, elle indique que les apprentissages laissent parfois à désirer quand il y a trop d'étudiants par rapport au nombre de précepteurs. Mais elle estime que les étudiants doivent en permanence chercher à apprendre y compris auprès d'autres précepteurs et professeurs pour découvrir de nouvelles façons d'apprendre. Les étudiants ne doivent donc pas se limiter qu'à quelques personnes de référence pour leurs apprentissages.

Nous effectuons maintenant un focus sur chacune des formations mentionnées par les professeurs et coordinateurs.

Concernant la Residência de l'HSF, PROF1 pense que des éléments peuvent être améliorés comme la répartition de la charge horaire qui est trop importante (60h00 par semaine). Elle préconise plutôt une charge horaire de 40 ou 45h00 par semaine. Du point de vue de l'apprentissage théorique, elle indique parfois un manque ou un contenu théorique inadapté. Du point de vue de l'apprentissage pratique, elle indique que la répartition entre les gardes de jour

et de nuit doit également être améliorée (moins de gardes de nuit). Mais elle indique sans aucun doute (comme C1, C2, C3 et C4) que ce modèle de formation est efficace et qu'il est le meilleur pour les soins infirmiers obstétricaux car son point fort repose sur une alternance comprenant une large part d'apprentissage pratique. PROF2 va également dans ce sens quand elle indique que le suivi de l'étudiant est renforcé par le fait que le même professionnel puisse à la fois dispenser des cours théoriques et accompagner en tant que précepteur l'étudiant en stage (alternance intégrative). Ce professionnel a donc, à la fois, la réalité de la théorie et de la pratique. Ainsi, ce modèle de formation permet de se sentir efficace et en sécurité au travail. Pour elle, le meilleur type de spécialisation est celui qui permet d'être inséré dans la pratique, les services et les équipes (socialisation professionnelle importante).

Concernant le CEEO II de l'UFMG, PROF1 indique que ce modèle de formation est insuffisant. Selon elle, le nombre de gardes est trop peu important (manque de pratique et d'expérience) et les personnes ne se sentent pas intégrées dans les équipes en stage ni dans l'atmosphère des gardes (socialisation professionnelle moins importante que dans la *Residência*). Les points positifs qu'elle identifie malgré tout dans ce modèle sont : la motivation des personnes et le fait qu'elles soient déjà en activité dans des services de maternité (tout comme C3). C2 indique que la préoccupation dans ce modèle de formation est la qualité des apports théoriques et pratiques et que l'apprentissage pratique est difficile à réaliser. Toutefois, elle indique que ce modèle de formation permet de diplômer plus rapidement des infirmières obstétricales. Pour C3, le fait que ce modèle de formation s'adresse à des professionnels travaillant déjà dans des maternités peut également être un frein quand l'activité enseignée ne correspond pas à leur réalité de travail. En effet, elle indique que les étudiants arrivent parfois en formation avec un habitus professionnel qui vient se confronter à ce qui est enseigné au cours de la formation. Cela dit, la plupart des étudiants viennent justement dans cette formation avec l'intention de changer le modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement de leur hôpital. Mais le travail de déconstruction - démantèlement des représentations et des préjugés des étudiants qui sont déjà établis, est un gros travail.

Concernant l'Aprimoramento, c'est C3 qui nous indique que le *Rede Cegonha*, avec le soutien du Ministère de la Santé et en partenariat avec l'UFMG et l'HSF, propose une formation continue pour des infirmières obstétricales diplômées mais n'exerçant pas ou très peu en tant qu'infirmière obstétricale dans leurs institutions de soins. Cette formation a pour objectif d'aider les institutions qui ont des infirmières obstétricales qui ne pratiquent pas dans leur champ de compétence à commencer à pratiquer.

Concernant la formation d'Obstetriz (équivalent des sages-femmes), c'est C4 qui nous indique qu'il s'agit d'une voie de formation directe et supérieure sans passer au préalable par un diplôme général d'infirmière. Cette voie de formation est uniquement active depuis 2009 dans une université, celle de São Paulo (car c'est l'université la plus grande et la plus puissante du Brésil). Mais ce fut une source de conflit, surtout auprès du Conseil Fédéral en Soins Infirmiers pour enregistrer ces nouveaux professionnels non-infirmiers. C'est parfois encore source de rivalité et de conflit entre les professionnels. Mais, à l'origine, cette voie de formation avait dû fusionner (sur décision du Ministère de l'Education) au milieu des années 1960 avec la voie de spécialisation en soins infirmiers obstétricaux puisque ces deux formations se disputaient le

même espace de pratique sans harmonie entre elles. Cela créa un conflit entre les infirmières obstétricales et les *obstetriz* et fit globalement perdre aux soignants, autres que médicaux, de l'espace dans le champ de l'obstétrique au Brésil.

L'influence du modèle de soins dans la formation des étudiants : PROF1 indique que le modèle de soins qu'elle pratique dans son exercice professionnel à l'HSF lui donne de l'assurance, un sentiment de sécurité et de légitimité pour propager et transmettre son savoir en pratique comme en théorie aux étudiants. Elle pense qu'elle se sentirait moins à l'aise pour ça si elle travaillait dans un autre hôpital. PROF2, travaillant également à l'HSF, indique pour autant que, même si le modèle de soins est bien défini dans son hôpital, il y a des professionnels qui ont des approches différentes d'une même situation et cela nuit à l'apprentissage des étudiants. Le manque d'uniformité dans la pratique des professionnels n'aide pas les étudiants à percevoir ce modèle de référence qu'est l'humanisation de l'accouchement et de la naissance et qui repose sur le respect des bonnes pratiques. Le modèle de soins de son hôpital favorise et implique la formation de meilleurs professionnels. Elle travaille donc selon les recommandations de bonnes pratiques, les preuves scientifiques et avec une autonomie qui donne envie aux étudiants de participer au changement et à l'extension de ce modèle de soins dans leurs services respectifs (tout comme C1, C2 et C3). Cependant, C2 précise que dès le début de la *Residência* de l'HSF, un travail est réalisé avec les étudiants car ils sont frustrés et angoissés à l'idée de ne pas pouvoir mettre en œuvre ce qu'ils auront appris ici dans les autres institutions de soins du Brésil. L'HSF ne leur cache pas la réalité de l'exercice de l'infirmière obstétricale dans les autres institutions de soins brésiliennes. Leur objectif est donc de les préparer à cette réalité et de les renforcer afin qu'ils puissent ensuite renforcer leurs collègues à l'extérieur. En effet, l'HSF n'a plus besoin d'infirmières obstétricales pour son propre fonctionnement donc ils forment des infirmières obstétricales pour l'ensemble du Brésil. En ce qui concerne plus spécifiquement les étudiants du *CEEO II*, PROF2 s'est aperçue qu'ils venaient de municipalités différentes avec des réalités de travail différentes. Elle souhaite donc, à travers leur formation, promouvoir et être moteur dans le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement dans les services des étudiants. C3 va également dans ce sens et indique que le fait que les étudiants du *CEEO II* soient déjà intégrés (parfois depuis plusieurs années) dans des maternités est une opportunité de faire évoluer le modèle de soins dans leur propre maternité et réalité de travail. C'est d'ailleurs l'objectif de leur travail de fin d'étude qui est pensé sur le principe d'un projet d'intervention dans leurs services respectifs et pour lesquels ils connaissent déjà leurs difficultés et leurs potentialités. C1 sait que le modèle de soins de l'HSF lui permet de ne pas avoir les mêmes défis que ses collègues formatrices qui peinent à accéder à des terrains de stage permettant de développer le champ de compétence des infirmières obstétricales. En effet, C3 va également dans ce sens quand elle indique que les professionnels de la formation se battent pour que les terrains de stage qui ne permettent pas l'exercice du champ de compétence des infirmières obstétricales en toute autonomie changent et puissent permettre cet exercice et son apprentissage par les étudiants mais c'est très difficile. Pour autant, C1 pointe tout de même les difficultés de son institution : la surpopulation, la violence obstétricale, les professionnels non dévoués à la cause et les heures de travail excessives des professionnels qui travaillent dans plusieurs établissements. En effet, elle regrette et est attristée par le comportement de certaines de ces collègues infirmières

obstétricales qui ont perdu l'essence de leur métier d'infirmière et qui reproduisent et légitiment, à travers un savoir qui appartient à d'autres, des actions néfastes dans les soins quotidiens. Pour elle c'est la pire chose qui puisse arriver aux infirmières obstétricales au Brésil car dans ce cas, le changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement ne se fera pas sur le long terme. Elle estime que des professionnels qui installent une patiente sous la douche ou dans la baignoire en prétextant humaniser les soins en faisant ceci pour ensuite aller bavarder et jouer sur WhatsApp ne sont pas de bons professionnels. Pour elle, ceci est de la violence obstétricale tout comme le fait de ne pas laisser entrer le compagnon de la femme et de l'ignorer, lui, et les besoins de la patiente. Malgré ces difficultés, elle estime qu'elle n'a pas à sa plaindre car les étudiants sont insérés dans la pratique et exerce le champ de compétence des infirmières obstétricales grâce au modèle de soins défendu par son institution. La Direction estime que sans les soins infirmiers en obstétrique, l'hôpital aurait déjà fermé ses portes.

Les défis à relever dans la mise en œuvre des formations : ils sont en lien avec les difficultés identifiées précédemment. Concernant le préceptorat, il s'agit pour PROF1, PROF2 et C3, *d'adapter le nombre de précepteurs à celui des étudiants*. En effet, C3 indique que le fait que l'HSF soit très sollicité pour la formation initiale et continue des infirmières obstétricales rend cette formation difficile. Il y a beaucoup d'étudiants à former au regard du nombre de précepteurs, c'est une grande responsabilité pour les professionnels de l'HSF et il n'est pas judicieux de miser toute une politique de formation sur un seul établissement car si demain la politique institutionnelle change et n'apporte plus son soutien ni à la formation ni à la pratique des infirmières obstétricales alors que se passera-t-il ? C'est donc également un défi selon C4 que de *multiplier les terrains de stage* à l'image de celui de l'HSF dans tout le Brésil pour permettre la formation des infirmières obstétricales. PROF1 indique également devoir relever le défi de *s'adapter aux personnalités et aux profils des étudiants* qui sont tous très différents. En effet, les parcours antérieurs professionnels et de formations des étudiants sont tous différents ce qui implique qu'elle peut accompagner en stage un étudiant ayant déjà des connaissances en soins infirmiers obstétricaux ou, au contraire, n'en ayant aucunes. C2 va également dans ce sens quand elle indique que les relations humaines sont un défi pour elle. En effet, les étudiants ont des personnalités différentes et des parcours de vie différents donc il faut concilier tout ceci pour que l'entente et l'harmonie soit présente entre les étudiants mais aussi entre les étudiants et les responsables de formation. D'autant que comme les charges émotionnelle et horaire sont importantes dans cette formation, des tensions peuvent vite survenir. Pour C2, un autre défi est *la relation entre le précepteur et l'étudiant* qui ont des visions différentes et divergentes. L'étudiant voit toujours que le précepteur ne lui donne pas ce qu'il pourrait lui donner. Le précepteur, quant à lui, pense toujours que l'étudiant est lent, qu'il n'étudie pas, qu'il souhaite que tout soit facile et qu'il n'aide pas le service. Elle indique que le précepteur n'est pas toujours accueillant, attentif, pédagogue, emprunt à accompagner l'étudiant dans ses apprentissages et à lui donner un feedback. Il faut donc toujours travailler sur cette relation où l'un pense toujours que l'autre n'en fait pas assez. Le dernier défi est celui de *concilier les plannings des services de l'institution avec ceux des étudiants*. En effet, les étudiants ont une charge horaire à effectuer dans les différents secteurs de l'institution mais ils peuvent la dépasser pour les besoins de l'institution en cas de manque de personnel dans les

différents secteurs. L'étudiant rend donc service à l'institution en l'aidant. C4 indique justement ce point comme point de vigilance pour la *Residência* de l'HSF car comme la formation est longue, les étudiants finissent par être considérés comme de la main d'œuvre. Mais c'est aussi une forme d'échange entre l'étudiant et l'institution qui finance une partie de sa formation. PROF2 indique que c'est un défi à relever que de revoir et améliorer la question de *la compatibilité entre une prise en charge intime, respectueuse et sécuritaire des patientes (humanisation) et la multiplication des gestes effectués* sur ces dernières pour permettre l'apprentissage pratique de nombreux étudiants. C2 insiste également sur ce point quand elle indique qu'il s'agit de permettre l'apprentissage des étudiants tout en préservant la vie privée des patientes. Il faut concilier l'apprentissage avec la nécessité de la réalisation des procédures. Elle donne l'exemple de la pratique de l'épisiotomie. Cette pratique s'effectue de moins en moins pourtant les étudiants doivent savoir la pratiquer et la suturer pour être diplômés. Mais on ne peut pas réaliser une épisiotomie à une femme sur la seule indication qu'il s'agit de permettre l'apprentissage des étudiants. Donc à l'HSF, ils renforcent l'apprentissage théorique avec des vidéos et des photos pour que les étudiants comprennent de quoi il s'agit. Pour C1, son principal défi est justement celui d'*organiser l'enseignement théorique* avec des professeurs formés/qualifiés et capables de faire le lien entre la théorie et la pratique. C'est difficile car elle manque de professeurs et doit coordonner elle-même quatre disciplines à cause de cela. Les infirmières obstétricales de son institution n'apprécient pas toutes sortir de la pratique pour aller dispenser des cours théoriques dans la salle de classe. D'autres coordinatrices rencontrent le même problème selon elle. En ce qui concerne l'apprentissage théorique, C4 indique que ce sont des formations difficiles à organiser car elles sont dispensées avec *très peu de moyens financiers et matériels*. Que ce soit pour l'apprentissage théorique (rémunération des professeurs) mais aussi l'apprentissage pratique (achat de matériel pour l'hôpital où les étudiants vont en stage). Enfin, à titre personnel, C3 souhaite *réduire le fossé entre la théorie et la pratique*. En effet, elle précise qu'au Brésil il existe une dichotomie entre la théorie ou l'enseignement et la pratique. Le théoricien doit rester dans la théorie et la recherche et le praticien doit rester dans la pratique. Ce qui l'a motivée pour accepter la proposition de coordonner le *CEEO II* est justement cette volonté de réduire le fossé entre la théorie et la pratique qu'elle a elle-même expérimenté quand elle était étudiante (les différences de discours et de réalités entre ce qui est dit et vécu en classe et en stage). Elle souhaite ainsi créer un lien et surtout une continuité entre les espaces de formations théorique et pratique (alternance intégrative) : elle souhaite amener l'académie dans l'hôpital et l'hôpital dans l'académie.

Le rôle des acteurs de la formation : PROF1 et PROF2 indiquent aussi jouer un rôle de précepteur auprès des étudiants, en plus de dispenser des cours théoriques. En effet, nous rappelons qu'elles sont infirmières obstétricales à l'HSF. En tant que professeur, PROF1 indique être novice auprès des étudiants du *CEEO II* et elle trouve ceci très stimulant car la préparation des cours l'oblige à maintenir à jour ses connaissances, à faire des recherches, à lire des articles et à étudier. Pendant les cours, ce qui est difficile pour elle, est quand elle se sent mise au défi par les étudiants. Elle s'oblige à répondre à toutes les questions ou à lever les doutes des étudiants. Elle se demande si les étudiants reçoivent et comprennent bien ce qu'elle dit. PROF2 estime que son rôle de professeur est d'une grande responsabilité et qu'il est

fondamental car elle doit être à l'origine du changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement. Elle doit encourager les nouveaux changements et la recherche des preuves scientifiques car c'est à partir de ceci que les choses peuvent changer. Elle a donc également un rôle d'investigateur (recherches de l'*Evidence Based Practice*) et de promoteur (nouveaux changements et changements positifs). En tant que précepteur, elle est satisfaite de voir grandir les nouveaux professionnels, de voir leurs yeux briller, de les voir apprendre et fournir une prise en charge humanisée. Elle est également satisfaite de pouvoir redonner et retransmettre ce qu'elle a reçu de bon en termes d'apprentissages quand elle était elle-même étudiante. Elle trouve cela très gratifiant. En plus de son rôle de coordinatrice de l'enseignement théorique de la *Residência* de l'HSF, C1 remplace également les infirmières obstétricales dans les services de soins quand celles-ci viennent faire cours aux étudiantes. En effet, par manque de moyens financiers, l'institution ne compte que sur ses propres professeurs qui font cours sur leurs heures de travail et les coordinateurs les remplacent dans les services de soins le temps du cours. En tant qu'hôpital universitaire, les professionnels qui viennent travailler dans cette institution savent qu'ils devront activement participer à la formation des futurs professionnels. Pour que cette vision de la formation soit possible, l'institution a obligé des professionnels à suivre en 2016 une formation en pédagogie en partenariat avec l'école de Santé Publique de Belo Horizonte afin de lever les résistances face à la formation. Depuis, il y a des réunions mensuelles de précepteurs qui traitent : des problèmes, des progrès réalisés et des défis encore à relever et des moyens à mettre en œuvre pour les relever. Ces réunions soudent le groupe des précepteurs. Elle estime que ses rôles de coordinatrice (rôle de pouvoir qui coordonne et surveille tout le monde) et de professionnelle sont parfois contradictoires mais elle ne les a jamais séparés. En tant que coordinatrice, les étudiants l'ont identifié à une figure maternelle et ont identifié l'autre coordinatrice à une figure plus autoritaire ou faisant le plus preuve d'autorité alors que ni l'une ne l'autre ne souhaitait être associée à cette représentation autoritaire. En tant que professionnelle, elle souhaite former des professionnels dont elle aimerait qu'ils la prennent en charge en toute confiance pour l'un de ses accouchements. Ainsi, elle estime avoir été un bon précepteur, un bon enseignant et un bon coordinateur. C2 est responsable technique des soins infirmiers de l'HSF et coordinatrice de l'enseignement clinique de la *Residência*. Ses missions sont essentiellement de travailler sur les plannings des étudiants et sur leur orientation dans leurs apprentissages cliniques en fonction des évaluations de leurs performances. Cependant, elle n'est pas une préceptrice directe donc elle oriente les étudiants en fonction des évaluations qu'elle fait des évaluations des précepteurs. Elle organise alors le planning de l'étudiant pour qu'il pratique davantage dans les secteurs où il a le plus de difficultés. Elle estime être celle qui doit résoudre les problèmes que personne d'autre n'a réussi à résoudre. Elle ne s'estime pas radicale mais donne des avertissements aux étudiants en cas de nécessité. Elle doit finalement gérer les questions les plus délicates en termes de comportements d'étudiants et d'écart aux règles. Elle estime devoir faire le « sale » boulot. Elle peut alors travailler individuellement avec l'étudiant ou en groupe. C3 a toujours été professionnelle et précepteur à l'HSF (depuis neuf ans) et professeur (depuis six-sept ans). Le rôle de vice-coordinatrice de *CEEO II* est nouveau pour elle. Elle estime surtout pouvoir permettre de faire le lien, être le pont entre la théorie et la pratique. Travaillant dans trois endroits différents (deux hôpitaux et la faculté) et à la fois comme infirmière obstétricale et professeure – coordinatrice, elle peut être le facilitateur et l'interface pour faire dialoguer et communiquer la théorie avec la

pratique. Elle trouve son rôle de vice-coordinatrice (malgré son peu d'expérience) et de professeure auprès des étudiantes du *CEEO II* gratifiant. Ce qu'elle apprécie est la motivation des étudiantes et elle pense que cette motivation vient du fait que les étudiantes la croisent et travaillent avec elle en stage quand elle est professionnelle sur le terrain. C'est un gain de légitimité pour elle car les étudiantes constatent que ce qu'elle dit en classe, elle le met en pratique quotidiennement dans son exercice professionnel. Il n'y a pas différence. Elle apprécie aussi voir grandir et évoluer les étudiants au fur et à mesure de la formation, c'est stimulant pour elle. Concernant le *CEEO II*, les différents acteurs de la formation (tuteurs, coordinateurs etc.) se réunissent périodiquement pour discuter et échanger sur les difficultés qu'ils rencontrent. Par exemple, des difficultés d'accueil des étudiants sur des terrains de stage ou sur des terrains de stage inadéquats pour le développement de leurs apprentissages. Le tuteur et la coordination générale sont d'un grand soutien pour ce modèle de formation. En tant que coordinatrice du *CEEO II*, C4 a dû médier des situations de conflit entre des terrains de stage et les étudiantes quand ceux-ci n'étaient pas en accord avec le modèle de soins dispensé par les professionnels. Elle indique, par ailleurs, être très triste de sa fonction de coordinatrice car l'université la tient à distance de sa pratique d'infirmière obstétricale alors qu'elle adore ça et que ça l'épanouit d'être au contact des patientes. Elle accompagne des étudiants de premier cycle (*graduação*) par groupe de 5-6 étudiants en stage à la maternité. Mais c'est difficile pour elle car si elle prend en charge une patiente avec une étudiante alors les autres restent sans elle. Elle doit aussi effectuer des tâches administratives, de gestion, de négociations, des cours théoriques et de la recherche. Donc l'université l'a retirée de la pratique. Et elle n'a pas su, malgré tout, équilibrer toutes ces activités délaissant sa carrière de professeure en effectuant très peu recherches et de publications.

Le métier d'infirmière obstétricale

La valeur ajoutée que peut représenter l'infirmière obstétricale dans les prises en charge des patientes : C1 indique que les infirmières obstétricales font une différence dans la prise en charge humanisée des femmes et elles doivent partir et voyager à travers tout le Brésil pour répandre ce modèle de soins sans se laisser influencer par le système dominant qui est différent. Encore une fois, il s'agit de lutter collectivement pour traiter les changements qui s'imposent. En effet, elle estime que tous les acteurs de la périnatalité (*obstetriz*, infirmières obstétricales) doivent s'allier pour changer le modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement sans rapports de force entre eux. C2 indique que l'infirmière obstétricale participe à la diminution du taux de césarienne et à l'amélioration de la qualité des soins lors d'un accouchement normal. Enfin, C3 indique qu'une naissance accompagnée par une infirmière obstétricale permet d'effectuer des économies en termes de dépenses et de coûts que si cette naissance était prise en charge par un médecin. Elle poursuit en indiquant que dans tous les autres pays du monde, les soins obstétricaux de qualité sont dispensés, non pas par des médecins, mais par des sages-femmes ou des infirmières spécialisées en obstétrique. Selon elle, pour changer le modèle des soins obstétricaux au Brésil, les infirmières obstétricales doivent donc être à la base de ceux-ci.

L'autonomie et l'insertion professionnelle des infirmières obstétricales : elles sont très clairement différentes selon les institutions de soins. En effet, en tant que professionnelle,

PROF2 estime travailler à l'HSF dans une réalité très différente de celle des autres hôpitaux car elle exerce en autonomie. Ailleurs, les professionnels n'ont pas le pouvoir de changer et pour elle cela ne dépend pas que de ces professionnels, cela dépend aussi de leur direction institutionnelle et de leur hiérarchie. C3 travaille dans deux établissements différents dans lesquels son autonomie professionnelle en tant qu'infirmière obstétricale est complètement différente. Dans l'un, son autonomie professionnelle est complète dans son champ de compétence et dans l'autre (pourtant soumis aux mêmes directives politiques que le premier établissement), elle n'en a aucune. Elle y travaille comme infirmière pour développer le plan de soins de l'hôpital mais pas comme infirmière obstétricale même si c'est en tant qu'infirmière obstétricale qu'elle y a pourtant été recrutée. L'activité des infirmières obstétricales dépend donc des politiques à la fois macro et micro. C2 va également dans ce sens quand elle indique que la progression n'est pas linéaire et uniforme dans tout le Brésil en termes d'autonomie professionnelle et d'insertion des infirmières obstétricales. En effet, l'HSF fait office d'exception au Brésil. On ne peut donc pas comparer même si le pays a fait beaucoup de progrès concernant ceci durant les dernières années. Dans les autres Etats du Brésil, il faut expliquer et montrer ce qu'est une infirmière obstétricale et quelles sont ses compétences. Il y a donc encore des progrès à faire mais elle estime qu'une fois que les soins infirmiers obstétricaux se seront renforcés alors ils pourront être force de proposition pour encore progresser en ce qui concerne l'autonomie professionnelle des infirmières obstétricales. Elle pense que la pratique des infirmières obstétricales est encore très déterminée par ce que le médecin les autorise à faire ou non alors que le COFEN a très clairement déterminé que l'infirmière obstétricale pouvait prendre un charge un accouchement à bas risque. L'infirmière obstétricale a réussi à entrer dans le suivi du travail mais la réalisation de l'accouchement reste du ressort du médecin. Elle pense que si, maintenant, l'infirmière obstétricale arrive à prendre sa place pour l'accouchement, alors, par effet de cascade, elle prendra également sa place pour le post-partum. L'autonomie professionnelle complète de l'infirmière obstétricale du début de l'admission de la patiente jusqu'à sa sortie de l'hôpital ne se voit qu'à l'HSF. Elle estime donc que le Brésil doit encore beaucoup progresser dans l'insertion des infirmières obstétricales au sein des institutions dans lesquelles la prise en charge des patientes est encore très centrée sur les médecins. C3 indique également que, culturellement au Brésil, ce sont les médecins qui doivent prendre en charge les accouchements (même ceux à bas risque) alors que la pratique des infirmières obstétricales représente une économie pour les institutions. Elle considère donc que l'insertion professionnelle des infirmières obstétricales devrait être plus grande. L'HSF est reconnu internationalement en ce qui concerne la pratique des infirmières obstétricales comme étant autonomes dans leur champ de compétence. Elle indique que l'HSF, et Belo Horizonte un peu plus largement où les infirmières obstétricales y sont actives, finissent par être une exception au Brésil et non la règle. Du point de vue de la coordination des formations, C4 pense que l'influence du médecin dans l'activité professionnelle des infirmières obstétricale est encore très forte. Elle pense que les coordinations infirmières sont encore très soumises aux coordinations médicales quand il s'agit de faire évoluer les pratiques et donc qu'elles n'osent pas proposer de nouvelles choses. Enfin, C1 apporte une vision intéressante de l'autonomie professionnelle auprès des étudiantes. En effet, elle indique que le sujet de l'autonomie professionnelle est traité au cours de la formation entre la première et la seconde année de la *Residência* et qu'elle ne souhaite pas que l'autonomie professionnelle soit perçue par les

étudiants comme une déconnection à l'autre (le précepteur, le médecin etc.). Elle ne doit pas empêcher la collaboration multiprofessionnelle (C4 le pense également). Elle est seulement un gain de liberté dans la pratique. Le modèle de soins centré sur la patiente et non sur le professionnel permet d'avoir cette vision de l'autonomie professionnelle. Elle trouve donc agréable de traiter de ce sujet mais en même temps dangereux car elle estime que tous les professionnels ne sont pas tous suffisamment matures pour être autonomes.

La reconnaissance sociale des infirmières obstétricales : pour C3, la population générale n'est pas habituée au travail de l'infirmière obstétricale et cette reconnaissance de la population se fera si les infirmières obstétricales sont compétentes pour prendre en charge les grossesses à bas risque et qu'elles se différencient de l'activité des médecins. Cela passe donc par la qualité de la formation qui doit pouvoir compter sur des enseignants qualifiés pour former massivement des professionnels de qualité. C1 est préoccupée par la question de la valorisation des catégories professionnelles qui se font au détriment des autres dont celle des infirmières obstétricales. C'est une question politique qui l'inquiète. Elle est pleine d'espoir par rapport à ceci compte tenu des avancées et des acquis qui ne peuvent être détruits mais elle reste inquiète car elle se demande si les infirmières obstétricales auront la force de continuer à avancer et à écrire leur Histoire au Brésil. Pour elle, cette construction doit se poursuivre et il faut rassembler les forces pour continuer le combat.

L'apprentissage du métier d'infirmière obstétricale : C1 et C3 indiquent que cet apprentissage se fait à travers la théorie (*Evidence Based Practice*) mais surtout à travers l'expérience pratique quotidienne auprès des femmes. Concernant l'apprentissage théorique, C1 regrette que certaines collègues ne se soient réfugiées que dans la pratique au point de ne plus mettre à jour leurs connaissances théoriques. De ce fait, elle manque de professeurs qualifiés et elle doit développer des alternatives et stratégies avec les étudiants en développant des modalités pédagogiques de type : groupes de discussion, analyse de cas cliniques et recherche de l'*Evidence Based Practice* pour assurer la qualité de la formation.

Les catégories « Autre »

Ces catégories concernent : des parcours et projets professionnels, des questions de l'entretien, les résultats de notre recherche et des échanges autour de notre Thèse et de notre retour en France.

Les parcours et projets professionnels : PROF1 indique qu'elle aime vraiment enseigner et qu'elle aimerait faire un master plus tard. C1 a été diplômée infirmière obstétricale en 2004 et a commencé à travailler en tant qu'infirmière obstétricale en 2005 à l'UFMG. Elle a été formée selon le modèle d'une spécialisation en soins infirmiers obstétricaux puisque c'était la modalité de formation à ce moment. Elle a quitté les services de soins au moment où ses deux filles étaient petites (à cause des quarts de travail) et maintenant qu'elles sont plus grandes, elle a décidé de retourner dans les services de soins car elle ne peut pas s'en passer. Elle a, de plus, débuté un Doctorat à FIOCRUZ ce semestre. Elle est en pleine phase exploratoire de recherche mais elle pense s'intéresser à l'influence ou non des violences obstétricales dans la formation des médecins et des infirmières obstétricales. C3 est arrivée à l'HSF en 2007. Elle s'est formée selon le modèle de formation de la *Residência* à l'HSF mais n'a pas ce titre. Elle a celui de

spécialisation car l'HSF débutait avec ce modèle de formation. Ils étaient alors cinq étudiants pour ce projet à 60h00 par semaine uniquement dans cette institution. Enfin C4, est inquiète de bientôt partir en retraite car elle pense qu'il va y avoir une perte de la tradition de former. Mais elle juge ne pas pouvoir rester compte tenu du fait qu'elle estime avoir déjà réalisé beaucoup de sacrifices personnels et professionnels (en tant que professeure) pour les soins infirmiers obstétricaux. Elle dit avoir fait sa part et que maintenant c'est aux autres de la faire.

Les questions relatives à notre entretien : PROF2 nous a indiqué trouver difficiles nos questions.

Les résultats de notre recherche : C2 souhaite que nous lui envoyions les résultats de notre recherche car il est important pour elle d'avoir le retour d'une personne extérieure, d'une autre culture, d'un autre pays et d'un autre type de profession mais poursuivant le même objectif. Elle estime qu'il est toujours bon d'avoir des critiques pour s'améliorer.

Les échanges autour de notre Thèse et de notre retour en France : C4 nous propose de l'aide pour notre Thèse. Nous parlons de l'échéance de celle-ci et du lieu de sa soutenance. Nous parlons également de la date de notre retour en France prévu la semaine qui suivait.

Partie 5 : La discussion de nos résultats au regard de notre cadre conceptuel

« Une méthode de recherche ne s'appuie pas sur le réel mais sur une reconstruction de celui-ci. C'est donc en tant que processus d'interprétation du réel qui prend sens dans le cadre théorique élaboré et non en tant que prise directe d'informations qu'elle doit être appréhendée ».
Reuter, 2012, p. 133

Dans cette dernière partie, nous allons répondre à chacune de nos hypothèses en confrontant les données issues de nos résultats avec notre cadre conceptuel. Ceci nous permettra également de répondre progressivement à notre problématique puis à proposer des ouvertures et des perspectives à notre recherche, avant de conclure.

1. Les éléments de réponse à notre première hypothèse : « l'analyse du travail réel et du travail prescrit des infirmières obstétricales permet de caractériser une culture de la maïeutique »

Dans la salle d'accouchement de l'HSF est écrit :
« *Dar a luz é um ato da mulher e não um procedimento do profissional de saúde* »[139]

Pour commencer, nous reprenons quelques définitions de notre cadre conceptuel pour structurer la réponse à notre hypothèse en lien avec la caractérisation d'une culture professionnelle. En ce qui concerne la culture d'un point de vue général, Perregaux (1994), dans un paradigme constructiviste, en proposait les définition et conception suivantes :

> Ensemble de valeurs, de significations et de comportements acquis et partagés par les membres d'un groupe qui tendent à se transmettre une certaine vision du monde et des relations aux autres. Le terme culture, dans le sens où nous l'employons n'a rien d'une notion figée, statique, déterministe. […] Pour permettre la mobilité et de nouvelles créations culturelles et identitaires, nous considérons les termes culture et identité comme des notions plurielles, évolutives. (Dasen, 2002, pp. 12-13)

[139] Donner naissance est un acte de la femme et non une procédure du professionnel de santé (traduction personnelle).

Dans une approche plus fonctionnaliste, Rocher en donnait la définition suivante : « ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une façon à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte » (Rocher, 1970, p. 111). Si nous poursuivons vers une approche plus spécifique de la culture professionnelle, Thurler et Progin dans Jorro (2014) en proposaient la définition suivante :

> Système d'orientation universel d'un collectif d'individus, qui se construit à partir de symboles (par ex., langage, signes, comportements particuliers) systématiquement transmis et influençant la perception, la pensée, une série de valeurs en fonction desquelles ces individus agiront tout en affirmant leur appartenance au collectif. La culture est formée et transformée au fil du temps par les membres du collectif, selon un processus dynamique et multiforme, dont l'orientation dépendra de ses savoirs d'expérience. Grâce à des processus de socialisation, ces savoirs sont transmis aux nouveaux membres et progressivement renforcés de manière à créer des répertoires d'action qui, tout en échappant à la prise de conscience, peuvent avoir des effets soit positifs soit négatifs sur l'efficience et l'efficacité du collectif, selon sa volonté de maintenir les solutions existantes ou au contraire sa capacité de développer de nouvelles solutions face aux nouveaux problèmes. (p. 71)

Ainsi, grâce au processus de socialisation professionnelle, la culture (à travers ses valeurs, ses normes et son éthique) mais également l'identité d'un groupe professionnel sont transmises aux futures générations. Nous rappelons que nous avions retenu la définition générale suivante de l'identité : « … structure polymorphe, dynamique, dont les éléments constitutifs sont les aspects psychologiques et sociaux en rapport à la situation relationnelle à un moment donné, d'un agent social comme acteur social » (Kastersztein, 1998, p. 28) et la définition suivante de l'identité culturelle : « ensemble de caractéristiques que des sujets d'un même groupe partagent et mettent en avant pour se définir et se différencier des membres d'autres groupes (Guerraoui & Troadec, 2000, p. 89) » (Plivard, 2014, p. 49). De plus, nous rejoignons Lefeuvre et al. quand elles indiquent que « le développement professionnel peut s'analyser à travers la construction des composantes identitaires des professionnels » (Lefeuvre et al., 2009, p. 297). C'est pourquoi nous allons caractériser la culture et l'identité professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil en partant de la construction de l'identité professionnelle selon Dubar qui indique qu'il s'agit d'« un monde culturel où se joue l'affirmation et la reconnaissance des identités collectives et personnelles construites au cours de la socialisation » (Dubar, 1998, p. 390). Ainsi, selon cette approche articulant des dimensions individuelles et collectives dans le processus de construction de l'identité professionnelle, nous savons que l'identité professionnelle est l'association d'une conception de soi au travail qui articule une identité personnelle et une identification à un collectif (Lefeuvre, 2009). Il est donc possible de dégager des éléments subjectifs individuels (système de valeurs) et collectifs (culture et normes professionnelles) de l'identité professionnelle, sans oublier que cette dernière dépend « également des rapports de pouvoir au sein d'une organisation, c'est-à-dire de la capacité de l'individu de peser sur les décisions relatives à son travail et d'influencer les autres » (Lefeuvre et al., 2009, p. 297). En effet, nos résultats mettent en évidence cette dimension organisationnelle comme élément contributif ou non à la mise en œuvre des compétences des

professionnels. En ce qui concerne la dimension subjective de l'identité professionnelle des acteurs, elle peut « s'analyser à travers le système de valeurs porté et justifié par chacun des professionnels. Ce système de valeurs participe à donner du sens aux acteurs sur leur rapport au métier, leur posture et leur rôle au sein des fonctions qu'ils ont la charge de remplir » (Lefeuvre et al., 2009, pp. 297-298). Ce n'est pas cette part de l'identité professionnelle que nous mettrons davantage en avant dans notre discussion car ce n'est pas cette approche que notre recherche priorisait. En effet, c'est davantage la dimension collective de l'identité professionnelle que nous développerons car c'est celle qui nous permettra de caractériser au mieux une culture de la maïeutique et donc de répondre à notre première hypothèse. En ce qui concerne cette dimension collective de l'identité professionnelle, Lefeuvre et al. (2009) l'associent à la culture professionnelle quand elles écrivent : « la dimension culturelle du travail est un facteur constitutif de l'identité professionnelle » (Lefeuvre et al., 2009, p. 299). Nous avons donc associé les données issues de notre étude documentaire à l'échelle internationale et du Brésil (travail prescrit) et les données issues de notre étude de terrain à travers nos observations directes et nos entretiens semi-directifs (travail réel) afin de caractériser la culture et l'identité professionnelles des infirmières obstétricales.

Les premiers éléments de caractérisation de la culture et de la dimension collective de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil concernent ceux *des soins (cure) et d'une philosophie de soins (care)*. Ils sont les éléments centraux de l'élaboration de l'expertise professionnelle des infirmières obstétricales. Cependant de ces deux dimensions, celle qui constitue la spécificité de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales est la philosophie de soins qui repose sur les principes suivants : des soins continus centrés sur la femme, le nouveau-né et selon un modèle d'humanisation (soutien émotionnel comme marqueur fort) voire holistique ; des soins justes, équitables, respectueux de l'autonomie de la femme, de ses droits humains et des processus physiologiques de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance et des soins fondés sur les preuves scientifiques. Ce qui fait la singularité et la particularité de l'infirmière obstétricale (en plus de ses compétences techniques) semble donc être sa capacité à soutenir et à accompagner individuellement et spécifiquement tout au long du processus de la parturition la femme et sa famille dans le respect de ses droits humains (à l'autonomie, à l'auto-détermination) et des processus physiologiques, établissant de ce fait un partenariat et une relation de confiance. Ces éléments caractéristiques des soins dispensés par les infirmières obstétricales sont ce que nous pourrions identifier comme des soins de qualité selon la revue scientifique *The Lancet*, l'OMS et l'ICM. Au Brésil, la dimension de l'humanisation des soins mais plus spécifiquement de l'accouchement et de la naissance est un marqueur fort d'impulsion politique. Dans notre étude, nous retrouvons la mise en œuvre de ces volontés politiques aux niveaux méso des institutions et micro des individus exerçant leur activité auprès des usagers du système de santé. Cependant, nous avons toutefois identifié des freins à la mise en œuvre du modèle de soins humanisé par les infirmières obstétricales comme : une charge de travail trop importante par rapport aux ressources humaines disponibles, des infrastructures inadaptées, des variations de pratique inter-individuelles et, enfin, des institutions qui ne permettent pas aux infirmières obstétricales de mettre en œuvre leurs compétences. Si nous revenons aux injonctions politiques des autorités d'humanisation de la naissance et de l'accouchement, une étude qualitative

(Camacho & Progianti, 2013) menée auprès de onze infirmières obstétricales exerçant dans six maternités municipales publiques de Rio de Janeiro, a été menée afin de décrire comment les infirmières obstétricales avaient pu modifier leur pratique en lien avec ces nouvelles prescriptions. Cette étude réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs a ainsi pu mettre en évidence comment les infirmières obstétricales étaient passées d'un habitus professionnel[140] (au sens de Bourdieu) basé sur la reproduction du modèle biomédical à un nouvel habitus professionnel basé essentiellement sur la stimulation du protagonisme de la femme et sur le respect de la physiologie de l'accouchement. Les infirmières obstétricales de l'étude étaient donc des infirmières obstétricales dont le contexte de pratique favorisait leur autonomie et leur permettait d'exercer leurs compétences dans la prise en charge directe de l'accouchement et de la naissance à bas risque. La consigne de départ était : « *Fale-me sobre sua prática obstétrica ao longo de sua vida profissional*[141] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 650). L'analyse du corpus d'entretiens a ainsi pu permettre de structurer les résultats en deux catégories principales : l'enseignement et la pratique de l'infirmière obstétricale avant l'implantation de la politique d'humanisation de l'accouchement et de la naissance et l'enseignement et la pratique de l'infirmière obstétricale après l'implantation de la politique d'humanisation de l'accouchement et de la naissance. En ce qui concerne l'enseignement et la pratique de l'infirmière obstétricale avant l'implantation de la politique d'humanisation de l'accouchement et de la naissance, il ressort que ceux-ci étaient fondés sur le modèle traditionnel classique biomédical hospitalier c'est-à-dire médicalisé : « *a gente aprendia e ensinava obstetrícia no modelo tradicional médico (Entrevista 01)*[142] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 650). En effet, que ce soit pour la pratique ou dans les écoles en soins infirmiers c'est ce modèle de soins qui faisait office de référence et donc de modèle hégémonique. Celui-ci se retrouvait dans les

[140] Concernant la pratique des infirmières obstétricales : « *ela é um saber agir aprendido pelo agente na sua inserção em determinado campo, sendo que as estruturas do campo são importantes para a formação do mesmo, porém não determinantes para a ação dos agentes. Sendo assim, o habitus é construído socialmente e é um sistema de disposição aberto, que é incessantemente confrontado por experiências novas e, assim, incessantemente afetado pelos contextos sociais e pela distribuição do poder. O habitus dos sujeitos tanto pode gerar uma prática como pode transformar suas práticas, dependendo da inserção e da movimentação destes em seus campos sociais, por meio das lutas travadas entre os indivíduos dentro destes espaços ou por uma análise reflexiva sobre suas próprias disposições* » (Camacho & Progianti, 2013, p. 650).
Elle est un savoir-agir appris par l'agent dans son insertion dans un champ de pratique donné, et les structures du champ de pratique sont importantes pour la formation de celui-ci, mais non déterminantes pour l'action des agents. Ainsi, l'habitus est socialement construit et est un système de pratique ouvert, qui est sans cesse confronté à de nouvelles expériences et donc sans cesse affecté par les contextes sociaux et la répartition du pouvoir. L'habitus des sujets peut à la fois générer une pratique et transformer leurs pratiques, en fonction de l'insertion et de la mobilisation de celles-ci dans leurs champs sociaux, à travers les luttes menées entre les individus au sein de ces espaces ou par une analyse réflexive sur leurs propres pratiques (traduction personnelle).
« L'habitus professionnel peut ainsi représenter le système de schèmes construit par une communauté professionnelle qui a pour fonction de les guider et les orienter, de manière implicite, dans leurs manières de penser et d'agir en situation de travail » (Lefeuvre et al., 2009, p. 296).
[141] Parlez-moi de votre pratique obstétricale tout au long de votre vie professionnelle (traduction personnelle).
[142] Nous avons appris et enseigné l'obstétrique selon le modèle médical traditionnel (Entrevista 01) (traduction personnelle).

manuels d'enseignement et les enseignements étaient en partie dispensés par des médecins. Quant à la pratique, les infirmières obstétricales travaillant aux côtés des médecins, ceux-ci partageaient tous le même référentiel de pratique. Il n'était donc pas possible pour les infirmières obstétricales de se distinguer d'une quelconque façon que ce soit et de leur permettre de caractériser une spécificité identitaire : « *essas concepções não geravam práticas que pudessem distinguir as enfermeiras no campo e muitas enfermeiras não atuavam nessa área, mesmo sendo especialistas em enfermagem obstétrica*[143] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 651). La mise en place des politiques d'humanisation de l'accouchement et de la naissance a donc été une opportunité de changer le modèle des soins en obstétrique pour une meilleure qualité des soins et une meilleure satisfaction des patientes mais aussi de permettre à groupe professionnel de se distinguer des autres et de se construire une identité professionnelle dotée d'un pouvoir symbolique. En effet : « *a implantação de uma política pública pode transformar práticas porque atualiza o habitus profissional dos profissionais envolvidos no jogo, com a aquisição de novos capitais que geram novas disposições dos sujeitos dentro do campo. A disposição incorporada leva o indivíduo a agir como um membro típico de um grupo, ocupante de uma posição dentro do campo, de tal forma que este agente sente-se ajustado a fazer com naturalidade suas ações*[144] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 652). En plus du soutien politique, juridique et institutionnel, les infirmières obstétricales de l'étude ont souligné le fait que la formation initiale, les rencontres, les discussions, les échanges entre infirmières obstétricales mais aussi les lectures et la participation à des congrès sur l'humanisation de l'accouchement et de la naissance ont fortement contribué aux modifications des pratiques, renforçant par là aussi le développement et la cohésion du groupe professionnel et donc sa professionnalisation : « *desse modo, a movimentação dos agentes entre diferentes campos sociais, as lutas travadas dentro do próprio campo ou, ainda, através de um processo de análise reflexiva sobre as próprias disposições proporcionada pelos Cursos de Especialização e nos Congressos, contribuíram para que essas enfermeiras transformassem sua prática*[145] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 653). En plus des modifications de pratiques, les politiques d'humanisation des soins ont surtout conduit les professionnels à changer de posture et d'attitude vis-à-vis des femmes en développant leurs capacités d'écoute active, d'échange et de communication verbale et non verbale afin de

[143] Ces conceptions n'ont pas généré de pratiques qui pouvaient distinguer les infirmières sur le terrain et de nombreuses infirmières n'ont pas travaillé dans ce domaine, même si elles étaient des spécialistes en soins infirmiers obstétricaux (traduction personnelle).

[144] La mise en place d'une politique publique peut transformer les pratiques car elle actualise l'habitus professionnel des professionnels impliqués dans le jeu, avec l'acquisition de nouveaux capitaux qui génèrent de nouvelles pratiques pour les sujets sur le terrain. La pratique nouvellement incorporée conduit l'individu à agir comme un membre typique d'un groupe, occupant une position dans le domaine, de telle sorte que cet agent se sente à l'aise pour faire naturellement ses actions (traduction personnelle).

[145] Ainsi, le mouvement des agents entre différents champs sociaux, les luttes menées à l'intérieur du champ lui-même ou, à travers un processus d'analyse réflexive sur leur propre pratique fourni par les cours de spécialisation et dans les congrès, ont contribué à ce que ces infirmières transforment leur pratique (traduction personnelle).

dispenser des soins respectueux des souhaits des femmes. Que ce soit notre étude ou celle de Camacho et Progianti (2013), elles témoignent du fait qu'il est donc possible pour les infirmières obstétricales de mettre en œuvre leurs compétences professionnelles et leur spécificité (soutien, conseil) mais à la condition qu'un travail systémique soit mené. Et comme nous avons pu le mettre en évidence dans nos résultats et comme nous le constatons dans l'étude de Camacho et Progianti (2013), ce travail systémique doit aussi concerner les institutions de soins, les institutions de formation, les autres groupes professionnels comme celui des obstétriciens mais aussi la population.

Nous l'avons analysé dans les discours des acteurs de notre étude, ce travail de fond ne se réalise pas sans quelques luttes : « *essa participação foi num contexto de lutas*[146] » (Camacho & Progianti, 2013, p. 649). En effet, le Brésil est un pays de *lutte* et cela fonde, à notre sens, une autre des caractéristiques de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil. Par exemple, l'anthropologue brésilienne Tornquist considère que le travail des sages-femmes suit la logique du *Don* et que celle-ci balise leur activité comme une *vocation*. D'ailleurs, l'une des infirmières obstétricales de notre étude avait également fait référence à cette logique du Don. En effet, il s'agit d'aider les personnes dans les bons ou mauvais moments et dans les moments de santé ou de maladie. Comme nous l'avons vu dans nos données, il n'est pas rare que les infirmières obstétricales cumulent deux emplois au Brésil. En effet, la durée hebdomadaire de travail dans le service public est de trente heures mais elles peuvent cumuler deux emplois à hauteur du même volume horaire et ainsi passer à une durée hebdomadaire de travail de soixante heures. Il est certain qu'il y a dans ce cumul d'emplois un intérêt économique pour les individus mais pas uniquement. En effet, nous reprenons ici les propos de C3 qui nous avait indiqué lors de son entretien qu'exercer dans plusieurs maternités était une opportunité pour elle d'étendre et de promouvoir la visibilité de la pratique des infirmières obstétricales comme acteur autonome, indépendant et responsable dans son champ de compétence. Plusieurs des acteurs interrogés dans notre étude (professionnels, étudiants, professeurs et coordinateurs) nous ont également fait part de cette volonté de changer le modèle des soins de l'accouchement et de la naissance en multipliant les heures de pratique et dans le plus d'institutions possibles pour favoriser son expansion. C'est également pour ceci que l'HSF accueille autant d'étudiants (issus des différents modèles de formations initiales) mais aussi autant de professionnels d'autres institutions (formations continue). Les propos des acteurs de notre étude font alors sens et écho aux travaux menés par Véronique Haberey-Knuessi sur le sens de l'engagement infirmier (2013) mais que nous ne pouvons malheureusement pas développer.

[146] Cette participation s'est déroulée dans un contexte de luttes (traduction personnelle).

Ce qui semble aussi caractériser ce groupe professionnel est un *sentiment d'efficacité collective* qui « peut être défini comme la croyance collective d'un groupe qu'il peut être efficace (Shéa & Guzzo, 1987). Pour Lindsley, Mathieu, Heffner et Brass (1994), il s'agit "de la croyance collective du groupe qu'il peut exécuter une tâche spécifique avec succès". … Selon Zaccaro et al. (1995), le sentiment d'efficacité collective intègre trois éléments clefs. Une croyance partagée : l'efficacité collective est une croyance partagée par les membres du collectif. Une perception des capacités de coordination du groupe. … Elle correspond aux croyances concernant les capacités des membres du collectif à coordonner et combiner leurs ressources. Un jugement de la volonté des membres de mobiliser leurs ressources pour le groupe. Il est nécessaire que les membres disposant des ressources suffisantes pour réussir la tâche soient prêts à les utiliser au sein du collectif » (Lefeuvre et al, 2009, pp. 296-297). En effet, l'identité professionnelle des infirmières obstétricales dans sa dimension collective se rapproche de *l'identité « fusionnelle »* selon le modèle de Sainsaulieu (1977) qui combine la préférence collective avec une stratégie d'alliance pour compenser leur faible pouvoir individuel d'infléchir sur leurs conditions de travail dans leurs institutions. Ceci témoigne aussi du fait, que « la socialisation professionnelle … se réalise dans - et parfois contre- les normes professionnelles véhiculées au sein du contexte d'exercice du métier : par exemple, les normes construites au sein des établissements … » (Lefeuvre et al., 2009, p. 300). Nous retrouvons ici le fait que la mise en œuvre d'une identité professionnelle sera toujours en lien avec les rapports de pouvoir au sein d'une institution comme nous l'avons déjà évoqué. En effet, nous pensons que l'identité « fusionnelle » de Sainsaulieu caractérise la plupart des infirmières obstétricales au Brésil au regard des résultats émanant de l'analyse de nos entretiens. Cependant, les interviewés ont spécifiquement précisé que le positionnement des infirmières obstétricales dans les institutions dépendait de la politique institutionnelle et donc engendrait des différences entre elles. En effet pour illustrer ceci, si nous prenons le cas spécifique de l'HSF (notre terrain d'étude), alors nous pouvons dire que l'identité professionnelle collective des infirmières obstétricales n'est plus de type « fusionnelle » mais plutôt de type « négociatoire » (toujours selon le modèle de Sainsaulieu). Cette identité se polarise toujours sur le collectif mais avec une stratégie d'opposition possible et permise par la position et la reconnaissance du groupe professionnel au sein de l'institution. En effet, dans ce cas de figure, « des professionnels très qualifiés et disposant de compétences variées et de responsabilités importantes dans le cadre de leurs fonctions ont les moyens d'affirmer leur différence, de négocier leurs alliances et leurs reconnaissances sociales » (Lefeuvre et al., 2009, p. 299). Si nous prenons maintenant le modèle d'Osty et al. (2007), nous pouvons préciser que l'identité professionnelle des infirmières obstétricales dans sa dimension collective s'inscrit alors dans *« l'identité de métier »* dans laquelle « les professionnels … mettent en avant un vif intérêt pour l'activité qu'ils exercent. La fierté du travail bien fait, la satisfaction liée à la détention d'une qualification particulière, la confrontation des points de vue perçue comme porteuse d'apprentissages sont quelques-unes des positions partagées par ces professionnels » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157). Mais elles peuvent aussi s'inscrire dans *« l'identité entrepreneuriale »* dans laquelle les « professionnels sont très fortement attachés à leur métier éminemment porteur de sens et qui leur permet de mobiliser leurs capacités techniques, intellectuelles, mais aussi personnelles, voire affectives » (Piaser dans Jorro, 2014, p. 157). Ainsi comme le résume Dubar, « ce sont des identités au

travail interprétées comme des effets culturels de l'organisation plus que comme des produits des histoires familiales, scolaires et professionnelles des individus » (Dubar, 1998, p. 394).

Pour continuer, l'une des autres caractéristiques importantes de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales, et qui va les distinguer des infirmières générales, est le fait qu'elles puissent jouir d'une *autonomie professionnelle*. Cette autonomie professionnelle est assurée par le cadre juridique qui légifère la pratique des infirmières obstétricales, mais dans les faits, cette autonomie fait l'objet de l'un des grands défis quotidiens de ce corps professionnel. Il est important de considérer que la mise en œuvre de cette autonomie dépend du lieu d'exercice de l'infirmière obstétricale. En effet, au domicile des patientes par exemple, il n'y a pas de règles institutionnelles ou plusieurs catégories de professionnels qui se côtoient comme il peut y avoir dans une structure hospitalière. En effet, ce qui interfère surtout dans la mise en œuvre de l'autonomie des infirmières obstétricales est la présence des obstétriciens dans leur activité. Quand la présence des médecins dans l'activité des infirmières obstétricales est déterminée par un mode de fonctionnement arrêté (comme dans le cas du fonctionnement des maisons de naissance) alors il devient possible de concevoir, simultanément, des soins sécuritaires pour la femme et son nouveau-né et l'autonomie des infirmières obstétricales. La littérature décrit beaucoup ceci au Brésil et nous l'avons également retrouvé dans nos données. Ainsi, Lagrosa et al., concluent leur étude en indiquant : « *mesmo com respaldo legal e ético, a assistência ao parto por enfermeira obstetra é motivo de conflitos entre a equipe de saúde, particularmente no referente aos limites de atuação do enfermeiro e do médico. Tais conflitos devem ser identificados e discutidos nas instituições e estas devem investir no trabalho em equipe e dispor de protocolos claros, definindo limites de responsabilidades*[147] » (2010, p. 380). Cependant, cette clarification des rôles et des responsabilités (qu'elle soit juridique et même encore renforcée au niveau institutionnel), ne sera pas suffisante à faire se rencontrer et partager deux cultures professionnelles sans une réel volonté de part et d'autre de co-construction. En effet, « *o imbricamento de responsabilidades das atuações de médicos e enfermeiros na assistência ao parto e a necessária atuação em equipe ... apresentam aspectos que não se resolvem com a simples normatização legal escrita, sendo necessária maturidade dos profissionais, conhecimento legal e ético, e discussões sobre o tema*[148] » (Lagrosa et al., 2010, p. 381). Une démarche interculturelle, telle que nous l'avons décrite dans notre cadre conceptuel, prend alors tout son sens ici dans le cadre et la

[147] Même avec un soutien juridique et éthique, la prise en charge de l'accouchement par l'infirmière obstétricale est la source de conflits entre les membres de l'équipe de santé, particulièrement en ce qui concerne les limites des actions de l'infirmière et du médecin. Ces conflits devraient être identifiés et discutés au sein des institutions et celles-ci devraient investir dans le travail en équipe et disposer de protocoles clairs, définissant les limites des responsabilités de chacun (traduction personnelle).

[148] L'imbrication des responsabilités des pratiques des médecins et des infirmières dans la prise en charge de l'accouchement et le nécessaire travail d'équipe... présentent des aspects qui ne sont pas résolus avec la simple normalisation écrite juridique, cela nécessite aussi la maturité des professionnels, la connaissance juridique et éthique et des discussions sur le sujet (traduction personnelle).

considération de deux cultures professionnelles. L'interculturalité travaille avec les représentations sociales des individus et/ou des groupes mais elle peut également être considérée (dans la même logique) dans le cadre de représentations professionnelles. Les données issues de nos entretiens auprès des professionnels ont pu mettre en évidence les représentations que les infirmières obstétricales avaient sur les médecins obstétriciens. Dans le cas de notre étude, elles font majoritairement état d'une bonne collaboration. Cette évaluation de leur part, repose surtout sur le fait que les médecins respectent leur autonomie professionnelle et qu'ils connaissent et acceptent leur champ de compétence (nous rappelons que c'est notamment sur ce critère que nous avions recruté les institutions dans lesquelles nous avons effectué notre recherche). Cependant, ce qui est important de préciser c'est que les infirmières obstétricales ont relevé le fait que cette bonne collaboration n'était pas partout le cas. S'il nous semble pertinent de convoquer l'interculturalité dans le cadre de la compréhension de la dynamique qu'il existe entre ces deux groupes professionnels, nous devons aussi pouvoir avoir accès aux représentations des médecins obstétriciens sur les infirmières obstétricales. Les données de notre étude ont permis de mettre en évidence que les médecins pouvaient avoir des représentations négatives sur les infirmières obstétricales et ceci pour plusieurs raisons comme : des enjeux de pouvoir (perte d'une partie de leur espace dans le champ de la périnatalité), des enjeux économiques (rémunération des actes et notamment des accouchements et césariennes) mais aussi certainement par méconnaissance de ce que recouvre la pratique des infirmières obstétricales. Une étude d'Araújo et Oliveira (2006) a été menée à ce sujet dans le service d'obstétrique de l'Hôpital-école de la ville de Récife dans l'Etat du Pernambouc. Il s'agissait d'une étude qualitative, exploratoire et descriptive réalisée par entretiens libres avec une seule question de départ[149] auprès de six médecins obstétriciens (ayant entre 34 et 57 ans et entre trois et trente ans d'expérience dont entre six mois et vingt-cinq ans d'ancienneté dans l'institution). Les catégories principales identifiées par l'analyse des données ont été : la reconnaissance de l'importance de l'infirmière obstétricale dans l'équipe de soin, la difficulté à définir les rôles et la responsabilité juridique de chacun dans la prise en charge de la parturiente et les questionnements des médecins obstétriciens quant à la pratique ou au rôle des infirmières obstétricales. Les résultats ont montré qu'il y avait une méconnaissance de la part des médecins obstétriciens de la législation encadrant la pratique professionnelle des infirmières obstétricales générant, de ce fait, des difficultés dans la définition des rôles de chacun. De plus, l'infirmière obstétricale est davantage perçue par les médecins obstétriciens comme une aide ayant un rôle de soutien de la femme dans la prise en charge plutôt que comme un acteur principal de cette prise en charge ayant un rôle actif. En ce qui concerne la reconnaissance de l'importance de l'infirmière obstétricale dans l'équipe de soin, il est surtout souligné de la part des médecins obstétriciens, leur rôle dans la gestion administrative du service d'obstétrique et non directement auprès des patientes : « *a profissional de enfermagem, o que*

[149] La question de départ était : « d'après votre expérience, comment voyez-vous l'activité des infirmières obstétricales dans le service d'obstétrique ? ».

eu vejo mais é trabalhar em serviço burocrático. Organização dos pacientes, distribuição dos materiais, coordenação do pessoal de auxiliar de enfermagem, é o que eu vejo mais. Atuar realmente em sala de parto e triagem, muito pouco (...) como justificativa para acontecer desse jeito, é que, como vocês ficam mais voltados para o serviço estrutural do hospital (Curió)[150] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 34). Et quand un rôle leur est reconnu auprès des patientes, celui-ci est davantage un rôle de soutien et d'aide mais jugé d'une grande utilité : « *não se tratando do parto, a enfermeira obstetra tem uma ajuda muito grande na vigilância. Vigilância de BCF, na vigilância da paciente. Realmente disso aí eu tenho visto a enfermeira como exemplo (...) ela segue uma rotina muito mais precisa. Isso aí eu posso responder (Pardal)*[151] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 34). En effet, les auteurs soulignent la plus-value du travail interdisciplinaire : « *a interdisciplinaridade permite que os membros da equipe possam trocar experiências, realizar avaliações e tomar decisões conjuntas. A atitude interdisciplinar proporciona uma cumplicidade na equipe, diminui o stress, amplia possibilidades de sucesso, reduz ou elimina os riscos ocasionados pelas condutas isoladas*[152] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 35). Nous avons également retrouvé dans les données issues de nos entretiens et de nos observations l'importance pour les infirmières obstétricales d'évoluer et d'avoir une place non minimisée et autonome au sein des *équipes interdisciplinaires*. Nous pensons qu'il s'agit là d'une autre caractéristique de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales qui doivent en permanence savoir collaborer et travailler en partenariat avec différents groupes professionnels ayant chacun leurs caractéristiques : les médecins obstétriciens, les pédiatres, les anesthésistes mais aussi les infirmières assistancielles et les doulas. En effet, « *Peduzzi (1994), apontava que não bastava a eficiência técnica, mas também era preciso boas relações interpessoais, como amizade, respeito, união e envolvimento no grupo além da preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja ou não, da mesma área de atuação*[153] » (Barbosa et al., 2008, p. 463). Malheureusement, au sein de ces équipes pluridisciplinaires, il ne règne pas toujours un esprit démocratique avec

[150] Ce que je vois le plus, c'est le professionnel des soins infirmiers travailler dans le service bureaucratique (administratif). L'organisation des patients, la distribution du matériel, la coordination du personnel infirmier auxiliaire, c'est ce que je vois le plus. Travailler réellement en salle d'accouchement et au triage, très peu (...) comme explication au fait que cela se produise de cette façon, c'est que, vous êtes plus concentrés sur le service structurel de l'hôpital (Curió) (traduction personnelle).

[151] L'infirmière obstétricale ne traite pas de l'accouchement, l'infirmière obstétricale est d'une très grande aide dans la surveillance. Surveillance des BCF, surveillance des patientes. Pour ceci, réellement, je vois l'infirmière comme un exemple (...) elle suit une routine très précise. C'est ça que je peux répondre (Pardal) (traduction personnelle).

[152] L'interdisciplinarité permet aux membres de l'équipe d'échanger des expériences, de mener des évaluations et de prendre des décisions conjointes. L'attitude interdisciplinaire fournit une complicité dans l'équipe, réduit le stress, amplifie les possibilités de succès, réduit ou élimine les risques causés par des comportements isolés (traduction personnelle).

[153] Peduzzi (1994) a souligné que l'efficacité technique n'était pas suffisante, mais que de bonnes relations interpersonnelles étaient également nécessaires, telles que l'amitié, le respect, l'union et l'implication dans le groupe, en plus du souci de connaître, de reconnaître et de considérer le travail de l'autre, qu'il s'agisse ou non du même domaine d'activité (traduction personnelle).

lequel des décisions de groupe complètement communes seraient prises. En effet, en lien avec le prestige social du statut du médecin, s'opère parfois un amalgame dans les esprits entre « autorité sociale » et « autorité administrative ». Il n'est pas rare que des décisions de soins soient prises sous couvert d'une pensée hiérarchique entre médecins et infirmières, aboutissant à une forme d'autoritarisme médical alors qu'en réalité, le lien administratif qui existe entre ces deux catégories professionnelles est un lien fonctionnel et non hiérarchique. Ces représentations peuvent donc limiter l'autonomie des infirmières obstétricales dans leur pratique. Et sur ce dernier point de l'autonomie et de la responsabilité, les avis entre médecins obstétriciens sont partagés. En effet, dans l'étude d'Araújo et Oliveira, un médecin obstétricien a su souligner le rôle actif que pouvait avoir l'infirmière obstétricale auprès de la femme en pré-travail et en salle d'accouchement : « *a enfermeira teria muitas condições de acompanhar uma expectação, acompanhar um internamento de uma paciente e na sala de parto, até acompanhar um parto normal desde que não tenha nenhuma complicação no parto absolutamente normal eu acredito que não teria nenhum inconveniente (Canário)*[154] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 35). Mais ce point de vue ne fait pas l'unanimité car, il existe de la part des médecins obstétriciens, une méconnaissance de la législation encadrant la pratique professionnelle des infirmières obstétricales générant, de ce fait, des difficultés dans la définition des rôles de chacun. Ceci nous amène donc maintenant à considérer la difficulté à définir les rôles et la responsabilité juridique des infirmières obstétricales et des médecins obstétriciens dans la prise en charge de la parturiente. Les discours des médecins obstétriciens témoignant de ceci sont : « *é uma questão difícil da gente se posicionar, assim, até onde vai o papel da enfermeira e até onde vai o papel do médico, entendeu?(...) Os papéis desses profissionais ainda não estão muito bem regulamentados. Se tivesse uma regulamentação de até onde chega uma enfermeira e depois até onde chega o médico, era o ideal (Canário)*[155] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 35) ou encore « *eu acho importante até imprescindível, desde que a enfermeira saiba respeitar os limites (Azulão)*[156] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 35) et enfin « *a enfermeira deverá obedecer alguns limites porque se a pessoa amplia muito isso, a coisa vai extrapolar... acredito que se ela atuar em conjunto, fazendo um parto numa estrutura de saúde com uma coordenação médica, ela teria um espaço muito grande (Canário)*[157] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 35). Les derniers propos de Canário mettent en évidence le fait qu'il parait difficilement envisageable pour les

[154] L'infirmière aurait de nombreuses opportunités pour accompagner une expectative, accompagner une hospitalisation de patiente, accompagner une patiente en salle d'accouchement, jusqu'à accompagner un accouchement normal à condition qu'il n'y ait aucune complication dans l'accouchement absolument normal je crois qu'il n'y aurait pas d'inconvénient (Canário) (traduction personnelle).

[155] C'est une question difficile pour nous de nous positionner, alors jusqu'où va le rôle de l'infirmière et jusqu'où va le rôle du médecin, vous comprenez ? (...) Les rôles de ces professionnels ne sont pas encore très bien réglementés. Si vous aviez un règlement indiquant jusqu'où peut aller une infirmière et après jusqu'où peut aller le médecin, ce serait idéal (Canário) (traduction personnelle).

[156] Je pense important voire essentiel, que l'infirmière sache respecter les limites (Azulão) (traduction personnelle).

[157] L'infirmière doit obéir à certaines limites parce que si la personne élargit considérablement cela, la chose va être extrapoler... Je crois que si elle exerce en partenariat, en faisant un accouchement dans une structure de santé avec une coordination médicale, elle aurait un très grand espace (Canário) (traduction personnelle).

médecins obstétriciens que les infirmières obstétricales puissent avoir une autonomie professionnelle complète dans leur champ de compétence puisqu'il n'envisage leur pratique que sous supervision médicale. Or cela va à l'encontre de la Résolution COFEN n°311/07 de 2007 relative au Code de Déontologie des professionnels infirmiers qui précise : « le professionnel infirmier travaille à la promotion, à la prévention, au rétablissement et à la réadaptation de la santé, en autonomie et en accord avec les préceptes éthiques et juridiques ». Mais il se joue également dans la prise de position des médecins obstétriciens un intérêt économique comme nous l'avions déjà souligné : « *existe uma resistência muito grande da participação da enfermagem na medicina como um todo pelo medo de ocupar os espaços dos médicos e diminuir a remuneração. Na obstetrícia não é diferente (Beija flor)*[158] » (Araújo & Oliveira, 2006, p. 36). Mais au-delà de ceci, apparait une différence de culture professionnelle marquante entre médecins et infirmières obstétricales. Les premiers sont formés à la prise en charge des complications et n'envisagent la grossesse et l'accouchement quasiment que comme des sources potentielles de risques et de dangers tandis que les secondes sont formées à l'optimisation des processus physiologiques, biologiques ou encore naturels. Concilier ces deux visions autour du même « objet » d'étude semble donc être une tâche complexe.

Une autre caractéristique de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales qui se dégage est celle de fonder sa pratique sur *la preuve scientifique* et de toujours *maintenir ses connaissances à jour*. En plus de rechercher l'*Evidence Based Practice*, les infirmières obstétricales cherchent également à développer les recherches scientifiques sur leur activité professionnelle mais également de formation afin d'augmenter leur nombre de publications scientifiques et ainsi de gagner en visibilité auprès de la communauté scientifique nationale et internationale et, éventuellement, de la population. Ainsi les participations et les communications à des manifestations scientifiques sont fréquentes comme nous avons pu le constater dans les données issues de nos séquences d'observations de l'activité de formation. Mais pour cela, les professionnels, professeurs et coordinateurs interrogés indiquent qu'il faut réduire l'écart qu'il y a dans nos représentations en ce qui relève de la théorie et de la pratique et qu'il faut également qu'il y ait davantage d'infirmières obstétricales possédant des masters et des doctorats. Nous avons également retrouvé ceci dans les textes de recommandations internationales des formations des sages-femmes.

Concernant l'activité des infirmières obstétricales, nous devons préciser que nous n'avons pas toujours observé une uniformité des pratiques entre elles, et ceci s'est également vérifié dans les propos de l'une des coordinatrices de notre étude. En effet, elle relevait le fait que certaines infirmières obstétricales perdaient l'essence même de leur métier induisant une

[158] Il existe, dans son ensemble, une grande résistance à la participation de l'infirmière à la médecine par peur d'occuper les espaces des médecins et de réduire la rémunération. En obstétrique ce n'est pas différent (Beija flor) (traduction personnelle).

forme de violence obstétricale auprès des patientes. Elle indiquait que, sous-couvert d'humanisation des soins autour de la naissance et de l'accouchement, certains professionnels installaient les patientes sous la douche ou dans un bain non pas parce qu'ils croient que cela soulage la douleur du travail mais parce que cela leur permet d'aller discuter avec d'autres collègues ou de passer du temps sur leurs téléphones portables. Ce constat met donc en évidence les *variations interindividuelles* possibles en termes d'identité professionnelle et relevant de la part subjective de cette dernière chez l'individu. Dans pareille situation, le concept de « justification » élaboré par Boltanski et Thévenot parait alors pertinent à convoquer « pour étudier la dynamique de l'identité professionnelle des acteurs puisqu'il permet de mettre en évidence les consonances et dissonances de valeurs et de principes au niveau intra et inter-individuel » (Lefeuvre et al., 2009, p. 298). Ceci rejoint également l'identification de « segments professionnels » entendus comme des entités non stables d'un corps professionnel en lien avec des réalités professionnelles diverses en négociation permanente.

Après avoir mis en évidence des éléments de caractérisation de la culture et de la dimension collective de l'identité professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil à travers les données issues de notre recherche (travail réel et travail prescrit) mais également à travers les données d'autres études menées sur le territoire brésilien ; nous souhaitons maintenant les mettre en perspective avec la définition de la *maïeutique* donnée par la revue scientifique *The Lancet* afin de pouvoir répondre à notre hypothèse. En effet, la maïeutique représente :

> Soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles. (*The Lancet*, 2014, p. 3)

Ainsi, nous pouvons affirmer que l'activité des infirmières obstétricales au Brésil s'inscrit dans ce champ et que la caractérisation que nous venons d'en faire peut être celle d'une culture de la maïeutique dans un esprit universel.

1.1. Pour aller plus loin dans la discussion en lien avec la réponse à notre hypothèse

L'analyse du travail prescrit et l'analyse du travail réel des infirmières obstétricales au Brésil nous a permis de dégager des éléments caractéristiques de leur culture professionnelle et de leur identité professionnelle. Nous avons également pu mettre en évidence une cohérence entre ces éléments et des données internationales du même ordre ce qui nous a amené à pouvoir considérer que ces éléments relevaient d'une culture plus universelle que nous nommons

désormais « culture de la maïeutique ». Or, nous avions vu avec Dasen (2002, p. 11) que les études interculturelles relevaient essentiellement de trois types :

- « L'étude d'un phénomène à l'intérieur d'une seule culture, portant en particulier sur l'influence de la culture sur celui-ci, ou des interactions entre le phénomène en question et la culture ».
- « L'étude comparative d'un phénomène dans plusieurs cultures ».
- « L'étude des processus mis en jeu par la rencontre de personnes d'origines culturelles différentes, ou se réclamant de deux ou de plusieurs cultures » .

En étudiant le phénomène de la naissance et de l'accouchement au Brésil nous avons pu mettre en évidence comment la culture brésilienne avait normé des processus physiologiques et biologiques montrant l'influence de celle-ci sur ce phénomène et comment maintenant une culture professionnelle, celle de la maïeutique, cherchait de nouveau à interagir avec ce phénomène. Ceci correspond au premier type d'étude interculturelle selon Dasen. Pour ce qui est du second type d'étude, nous l'avons montré *a minima* à travers les différences de représentations qu'il peut y avoir sur la naissance et l'accouchement entre les obstétriciens et les professionnels exerçant la maïeutique. C'est alors que nous avions précisé que la démarche interculturelle nous semblait être pertinente dans pareille situation c'est-à-dire dans celle où deux cultures professionnelles s'« affrontent » autour du même phénomène au lieu de se rencontrer l'une et l'autre et d'entrer dans une démarche d'altérité qui est le propre de la démarche interculturelle. D'autant plus que nous pensons que l'altérité est l'une des valeurs communes à tous les métiers de la relation puisqu'avec l'altérité, il est question « de la place de l'autre dans l'action professionnelle, d'une intersubjectivité où sont postulées en présence deux subjectivités prises dans un contexte institutionnel » (Cifali dans Jorro, 2014, p. 25). Ainsi, « parmi les sciences humaines, qui sont qualifiées de "sciences de l'altérité" (De Certeau, 1987) … toutes tentent d'appréhender l'étrangeté : l'étrangeté d'un autre dans une culture différente ; d'un autre dans une période différente ; d'un autre en soi. L'autre y est reconnu dans sa différence » (Cifali dans Jorro, 2014, p. 25). Et on ne peut prétendre découvrir cet Autre « sans passer par soi, espérer le connaître sans travailler à la connaissance de soi. Sont exigés tout à la fois un décentrement et un retour sur soi » (Cifali, 2014, p. 26). Nous rappelons que nous avions défini l'interculturalité comme une démarche volontaire vers l'altérité, relevant d'une compétence sociale qui visait un partage et une coopération entre des systèmes culturels différents qui se rencontrent, entrent en contact de manière continue et prolongée et qui vont produire, de part et d'autre, des changements et des transformations des systèmes culturels en question. Il s'agit donc d'une démarche dynamique et volontaire de la part des acteurs (individus, groupes, institutions etc.) d'entrer dans une réciprocité des échanges. Pour cela, il faut donc dans un premier temps être en capacité d'identifier une culture comme étant différente de la sienne. Reconnaitre une culture comme étant différente de la sienne implique alors de savoir également reconnaitre et connaitre sa propre culture au regard de ses valeurs et de ses normes donc d'être en capacité d'avoir une méta-connaissance de sa propre identité culturelle. Il s'agit avant toute chose d'un travail en profondeur de connaissance de soi puis de distanciation par rapport à sa propre culture pour alors s'en décentrer et rechercher la comparaison avec d'autres systèmes culturels dans une perspective relativiste. En effet, entrer dans une démarche interculturelle nécessite de se détacher de son ethnocentrisme pour se diriger

vers l'altérité ou la reconnaissance de l'autre dans ce qu'il a de différent ou de spécifique. Mais il s'agit aussi de prendre conscience et connaissance de l'autre dans ce qu'il a de similaire. En effet, cette recherche objective est la garante de vérité générale et d'universels car elle permet d'identifier l'identique dans la variabilité des cultures et donc de dégager un principe d'unité dans la diversité. Ainsi, nous pouvons également refaire ici le lien avec la définition de l'acculturation qu'en donnait Herskovits en 1936 dans son Memorandum on the study of acculturation car elle fait autorité : « l'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes » (Renaud, 2019, p. 62).

Ainsi pour dépasser le conflit qu'il peut y avoir entre les obstétriciens et les professionnels exerçant la maïeutique, nous pouvons nous appuyer sur l'approche de gestion du *« choc culturel »* de Cohen-Emerique. Nous reprenons les trois étapes de la gestion d'un choc culturel rejoignant celles de la démarche interculturelle :

- La première étape est celle de la décentration : cette étape consiste à prendre conscience de son propre mode de fonctionnement et de son propre cadre de références à travers ses valeurs, ses normes, ses croyances, ses représentations. Notre caractérisation de la maïeutique peut être un outil dans cette première étape pour les personnes exerçant la maïeutique.
- La seconde étape est celle de la prise en compte du cadre de référence de l'autre : cette étape doit se réaliser dans une logique d'ouverture et d'empathie pour comprendre ce qui fait sens pour l'autre. Il s'agit de découvrir ce qui sous-tend son comportement, son rôle ou encore son statut et ses croyances. L'idée est de connaitre le cadre culturel de l'autre « du dedans ». Cette fois, notre caractérisation de la maïeutique pourrait être un outil dans cette seconde étape pour les personnes n'exerçant pas la maïeutique, c'est-à-dire les obstétriciens.
- La dernière étape est celle de la négociation ou de la médiation interculturelle : par le dialogue et l'écoute, en cas de conflit entre les codes culturels des acteurs, cette négociation doit permettre aux individus de trouver une zone d'entente partagée et commune. Cela nécessite alors que chacun voit l'autre comme un partenaire égal pour que chacun puisse modifier son cadre.

Connaitre et donner accès à son propre système culturel parait donc pertinent, y compris dans le cadre des cultures professionnelles. En effet, ce cadre d'analyse est tout aussi pertinent si nous voulons analyser le décalage qu'il peut y avoir entre les représentations des professionnels de soins et les patientes car, là aussi, il peut y avoir un « choc culturel ». D'ailleurs, l'un des professionnels de notre étude (P4) avait abordé cette dimension quand elle avait dit que des femmes pouvaient avoir un vécu d'accouchement traumatique si se heurtaient les représentations professionnelles de l'infirmière obstétricale sur l'accouchement avec celles de la patientes (empruntes de croyances). Nous avions abordé ceci dans notre cadre conceptuel en soulignant l'importance de la dimension interculturelle dans le soin et dans son apprentissage en formation. En effet, prendre en charge des patientes dans une institution de soins c'est faire se rencontrer plusieurs cultures entre elles : d'abord celle de la femme (qui peut être issue de la culture du pays dans lequel elle se trouve ou non), celle du professionnel (dans ses dimensions

individuelle et collective) et celle d'une institution de soins. Cette dernière correspondant à système culturel spécifique, celui de la culture biomédicale. Les anthropologues de la santé ont particulièrement bien décrit ceci et notamment l'anthropologue américaine Robbie Davis-Floyd dont nous avions décrit les modèles de soins : technocratique, humaniste et holistique dans la première partie de notre travail.

Pour continuer dans l'analyse de la relation qui semble être établie entre les obstétriciens et les professionnels de la maïeutique, nous souhaitons mobiliser le modèle des *stratégies d'acculturation* de Berry car ce modèle est non seulement valable aux niveaux macro (systèmes culturels), méso (institutions) et micro (changements psychologiques au niveau individuel) mais également pour les groupes dominants et non dominants. Ainsi, en reprenant le tableau à double entrée ci-dessous et en répondant aux questions du point de vue des infirmières obstétricales et du point de vue des obstétriciens selon les données à notre disposition, nous pouvons avancer que les infirmières obstétricales sont dans une logique d'intégration vis-à-vis des obstétriciens et que les obstétriciens sont dans une logique de séparation/ségrégation vis-à-vis des infirmières obstétricales. Nous rappelons la définition de ces termes :

- *Intégration* : « dans ce cas, on maintient un certain niveau d'intégrité culturelle tout en cherchant à participer à l'ensemble du réseau social, à la fois en tant que membre à part entière de ce réseau et en tant que membre d'une communauté culturelle distincte » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 83).
- *Séparation* (groupe dominé) / *Ségrégation* (groupe dominant) : cela désigne le fait général de vouloir conserver sa propre culture et d'éviter toute interaction avec les membres de l'autre groupe.

Modèle des stratégies d'acculturation de Berry		Est-il important d'établir et de maintenir des relations avec d'autres groupes ?	
		OUI ⟷	**NON**
Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles ?	**OUI** ↕	Intégration	Séparation Ségrégation
	NON	Assimilation	Marginalisation

Nous rappelons que les doubles flèches indiquent que les réponses données peuvent présenter un certain degré de nuance entre un « tout oui » et un « tout non » laissant l'opportunité à l'individu d'agir selon un curseur qu'il positionnerait lui-même entre les réponses possibles. Les réponses peuvent donc plutôt s'apparenter à des tendances d'intégration et de séparation/ségrégation ce qui semble être approprié dans le cas de notre recherche puisque nous

avons pu mettre en évidence que les positions des obstétriciens et des infirmières obstétricales variaient d'une institution à l'autre.

En termes de *stratégies identitaires d'un collectif*, nous pouvons aussi solliciter les travaux de Taboada-Leonetti que nous avions présenté. En effet, les stratégies identitaires qui s'expriment dans la situation de rapports sociaux de domination « sont marquées par ces rapports inégalitaires, qui diminuent les capacités d'action des acteurs dominés sur la définition de leur propre identité » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 98). « Ainsi, l'attitude du groupe dominant, la manière dont il assigne les frontières (juridiques, territoriales, symboliques) qui séparent son propre groupe des autres – frontières qui garantissent sa préservation et son hégémonie – définissent également le territoire (juridique, politique, symbolique) des groupes minoritaires, et les contours de l'identité ethnique qui leur est attribuée » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 60). Selon la typologie de ces stratégies identitaires (essentiellement groupales) selon Taboada-Leonetti (1989, 1998), nous pouvons préciser que les infirmières obstétricales si situent dans la *logique de l'action collective* dans laquelle : « certaines identités sont définies par des statuts sociaux trop contraignants pour que l'on puisse résoudre les contradictions ou les tensions au niveau individuel… . Nous sommes bien là dans le champ de la sociologie, qui s'intéresse aux identités collectives et aux mouvements susceptibles de modifier la nature des rapports sociaux entre les groupes » (Taboada-Leonetti, 1989, p. 105) et ceci est tout à fait cohérent avec ce que nous avions déjà identifié en termes d'identité professionnelle chez les infirmières obstétricales, à savoir l'identité « fusionnelle » selon le modèle de Sainsaulieu.

Enfin, nous pouvons également envisager la naissance et l'accouchement sous d'autres approches interculturelles comme celle de comparer l'influence de différents systèmes culturels sur les phénomènes de la naissance et de l'accouchement ou encore de comparer la culture professionnelle des acteurs de la maïeutique entre eux. Ceci peut paraitre être en opposition avec l'effort de caractérisation que nous venons d'en faire dans un esprit universel mais c'est surtout qu'il nous semble important de rappeler que la maïeutique (comme toute culture ou comme d'autres disciplines telles que le droit, la littérature, la politique ou encore l'éducation et la formation) ne peut échapper au *débat du particularisme et de l'universalisme*. En effet, la maïeutique semble être un champ d'activité unificateur car il renvoie à une approche globale universelle de soins avec ses dimensions éthique et pratique comme nous avons pu le mettre en avant. Rappelons que Colinet (2019) indiquait que « les notions d'éducation, de formation et de soins comportent une dimension universelle qui traverse les cultures au point d'en faire des piliers des sociétés traditionnelles et contemporaines » (p. 195). Rappelons également que « l'ICM reconnait que les sages-femmes sont les professionnels par excellence pour toutes les femmes enceintes partout dans le monde. Cette norme universelle se base sur une formation initiale et continue des sages-femmes fondées sur les compétences » (ICM, 2021). Cependant, l'OMS met également en avant la dimension particulariste de la maïeutique quand elle écrit : « malgré les débats et recherches considérables depuis plusieurs années, le concept de "normalité" pour l'accouchement et la naissance n'est pas universel ou standardisé » (OMS, 2018, p. 1). Cela nous renvoie alors à la réflexion sémantique que nous menions en introduction de ce travail afin de distinguer (notamment grâce aux apports de Canguilhem) les termes de « normal » d'un côté et de « physiologique » et « naturel » de l'autre. Comme nous l'écrivions quelques lignes plus haut « une culture norme des processus physiologiques ou

biologiques » et « il y aurait donc bien un caractère universel dans le fait culturel, sans que cela ne contredise l'idée d'un certain relativisme culturel dans les expressions et les contenus » (Plivard, 2014, pp. 19-20). Au fond, il semble judicieux et intéressant de ne pas opposer les paradigmes universaliste et particulariste mais plutôt de les rendre complémentaires et de voir en chacun d'eux une source d'apports possibles comme nous le rappelait Dasen (2002, p. 14) :

> Le choix « universaliste » était défini comme cherchant à mettre en évidence à la fois la diversité culturelle et les processus universels. La position centrale permet de considérer à la fois la diversité culturelle avec une approche suffisamment relativiste pour ne pas lui imposer un point de vue ethnocentrique, mais aussi, grâce à la méthode comparative, de dégager ce qui est commun à l'ensemble de l'humanité. Diversité et universalité ne sont pas en opposition mais en relations complémentaires.

C'est d'ailleurs également dans cette voie que Devereux s'était positionné pour l'ethnopsychiatrie. En effet, l'ethnopsychiatrie en tant que discipline, n'a pas non plus échappé au débat universalisme/particularisme quand la question suivante a été posée : les processus psychiques sont-ils culturels ou universels ? Devereux (fondateur de l'ethnopsychiatrie), indiquera que la culture et le psychisme sont co-émergents « ce qui signifie que le psychisme s'érige en interaction avec un univers culturel donné qui contribue à sa configuration. Devereux croit néanmoins à l'universalité du psychisme humain. Certains universaux seraient présents dans toutes les cultures, même s'ils n'apparaissent pas sous la même forme, issus de négociations culturelles » (Plivard, 2014, p. 136).

En conclusion de cette partie et devant la complexité des éléments présentés, et dans une perspective de poursuite réflexive, théorique et épistémologique, nous pensons alors au concept de la *reliance sociale* définie comme « le partage des solitudes acceptées, l'échange des différences respectées, la rencontre des valeurs assumées, la synergie des identités affirmées... » (Bolle De Bal, 2003, p. 129).

2. Les éléments de réponse à notre seconde hypothèse : « la culture maïeutique est un levier de professionnalisation des infirmières obstétricales »

Nous avons construit la réponse à notre deuxième hypothèse en plusieurs étapes. En effet, en prenant appui sur notre cadre conceptuel, nous avons structuré nos éléments de réponse autour de la professionnalisation – constitution des professions, d'une part, puis de la professionnalisation – formation, d'autre part, avant de conclure sur notre hypothèse. Afin de répondre, nous nous appuierons sur nos données mais également sur les éléments caractéristiques d'une culture de la maïeutique que nous avons identifiés lors de la réponse à notre première hypothèse.

2.1.La professionnalisation – constitution des professions

Ainsi, en ce qui concerne la professionnalisation – constitution des professions, c'est grâce à la conception anglo-saxonne de la profession et selon ses approches fonctionnaliste et interactionniste, que nous avons réussi à dégager les critères permettant de passer d'une logique de métier à une logique de profession. Nous allons mettre en regard ces critères avec les résultats de notre recherche afin de pouvoir nous positionner. En ce qui concerne :

L'idéal de service c'est-à-dire le service pour le bien commun satisfaisant l'intérêt général : nous pouvons dire que cet idéal de service est assuré par l'activité des infirmières obstétricales. En effet, nous avons identifié une logique de Don dans la réponse à notre première hypothèse et nous avons également mis en évidence dans nos observations et dans nos entretiens une volonté de servir l'amélioration de la qualité et du vécu des soins relatifs à la naissance et à l'accouchement en se fondant sur l'*Evidence Based Practice*. De plus, que ce soit au niveau des recommandations internationales ou au niveau des recommandations fédérales, le rôle des sages-femmes/infirmières obstétricales dans la promotion de l'accouchement physiologique est clairement soutenu et reconnu et pas uniquement dans ce domaine. En effet, « les sages-femmes sont des membres de confiance de la communauté et, en tant que telles, jouent un rôle essentiel dans la prévention de la mortalité et la morbidité maternelles (OMD 5), de la mortalité néonatale (OMD 4) et de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (OMD 6). Elles prennent également part à la surveillance et à la prise en charge de la mortalité maternelle (et périnatale) » (UNFPA & ICM, 2013, p. 7).

La création d'associations et d'ordres professionnels, de codes éthiques et la recherche d'une protection légale du groupe professionnel : les infirmières obstétricales sont regroupées dans une association professionnelle, l'ABENFO. Nous avons pu réaliser, lors de notre étude, que différents acteurs (professionnels et coordinateurs) de notre recherche connaissaient et étaient impliqués au sein de cette association. Elle soutient la promotion de l'activité des infirmières obstétricales et de ses formations. De plus, les infirmières obstétricales appartiennent à l'ordre infirmier. Il n'existe pas de code éthique spécifique de l'infirmière obstétricale au Brésil (uniquement celui des professionnels infirmiers généraux) mais il existe le Code de

Déontologie des sages-femmes édité par l'ICM. Dans le monde, « les associations de sages-femmes sont confrontées à de nombreuses difficultés. Ce phénomène est principalement dû au fait qu'elles sont parfois chapeautées par les ordres des médecins ou des infirmiers (qui agissent en tant que syndicats), ce qui affecte leur degré d'autonomie en matière de prise de décision et de gouvernance. Par ailleurs, de nombreuses associations de sages-femmes pâtissent de l'absence de structure organisationnelle adaptée et n'ont pas les ressources nécessaires à disposition pour recruter du personnel. Elles sont par conséquent gérées sur la base du volontariat par des sages-femmes "motivées" déjà employées à plein temps, qui n'ont que peu de temps à consacrer à l'association. Dans certains cas, l'adhésion est faible et les membres ne comprennent pas toujours l'intérêt de l'association. C'est pourquoi il est indispensable que les associations bénéficient d'un soutien et d'un renforcement continus » (UNFPA & ICM, 2013, p. 35). Nous n'avons pas pu évaluer avec précision si ceci se retrouvait dans le contexte brésilien. En ce qui concerne la réglementation de l'activité, la résolution COFEN n°516/2016 du 23 juin 2016, la loi n°7.498 de 1986 et le Décret n°94.406 dans son article 9 de 1987 réglementent l'exercice de l'infirmière obstétricale au Brésil. Ce qui n'est pas le cas partout dans le monde. En effet, « aujourd'hui encore dans de nombreux pays, le métier de sage-femme n'est pas considéré comme une profession autonome et n'est par conséquent visé par aucun texte juridique réglementant la profession et protégeant le public. L'utilisation du titre de "sage-femme" n'est que peu réglementée, le champ d'application de la profession rarement défini, peu de pays respectent les normes applicables à la formation et aux compétences requises et il n'existe que peu (voire pas du tout) de politiques (claires) relatives à la possibilité d'exercer et à l'accréditation des sages-femmes » (UNFPA & ICM, 2013, p. 31). Nous rappelons que c'est sur le référentiel de compétences de la sage-femme produit par l'ICM que le Brésil s'appuie pour mettre en avant le champ d'activité des infirmières obstétricales y compris dans les référentiels de ses formations.

La spécialisation du savoir, l'autonomie professionnelle et la défense d'un territoire : nous avons déjà pu mettre ceci en débat et en tension lors de la réponse à notre première hypothèse. En effet, là se trouve l'une des grandes difficultés des infirmières obstétricales au Brésil mais aussi à l'échelle internationale. En effet, l'UNFPA et l'ICM pointent une « absence de (mise en œuvre de) mécanismes juridiques reconnaissant l'autonomie de la profession et permettant ainsi aux sages-femmes de prodiguer des soins vitaux » (UNFPA & ICM, 2013, p. 7). Ainsi, au Brésil, ce groupe professionnel partage une partie de son champ de compétence avec un autre groupe professionnel qui est celui des obstétriciens. En effet, nous rappelons que 85% des accouchements physiologiques sont réalisés par les médecins à l'échelle du Brésil car cela fait partie de leur référentiel de formation initiale de spécialisation en gynécologie-obstétrique (Annexe 47). Dans la maternité dans laquelle nous avons effectué notre récolte de données, l'autonomie des infirmières obstétricales y était bonne puisque c'était l'un des critères de choix pour notre terrain d'étude afin de pouvoir observer l'activité des infirmières obstétricales. Ainsi, nous rappelons que dans la maternité Sofia Feldman, 88% des accouchements physiologiques sont réalisés par les nonante infirmières obstétricales de l'établissement. Enfin, nous ne pouvons pas dire que les infirmières obstétricales ne luttent pas pour la défense de leur territoire professionnel comme nous avons pu le mettre en évidence dans la réponse à notre première hypothèse. En effet, nous rappelons que nous avons retrouvé à plusieurs reprises dans les

discours des professionnels, des professeurs, des coordinateurs mais aussi des étudiants, un langage très engagé pour la défense et la promotion d'une pratique autonome, indépendante et responsable de leur activité. A notre sens, ceci est une forme d'engagement professionnel entendu comme étant « l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifestent l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donnent sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle » (De Ketele dans Jorro, 2014, p. 102).

La formation de haut niveau par un cursus universitaire : nous développerons davantage ce point dans la seconde partie de la réponse à notre hypothèse mais la formation initiale des infirmières obstétricales correspond à un cursus universitaire. En effet, nous rappelons que la formation permettant de devenir infirmière obstétricale est d'une durée de six ou sept années (si pas de voie directe) réparties en cinq années pour devenir infirmière générale puis de deux années de spécialisation via le modèle de la *Residência* ou d'une année via le modèle du *CEEO*. Ces formations prennent place au sein de facultés en soins infirmiers ou d'hôpitaux d'enseignement accrédités par le Ministère de l'Éducation et de la Culture comme l'HSF. Comme nous l'avons vu, une formation de qualité représente un enjeu pour les sages-femmes puisqu'à l'échelle internationale, il est encore relevé une « absence de programmes de formation à la profession de sage-femme de qualité axés sur les compétences ; [un] manque de formateurs compétents pour la profession de sage-femme ; [un] manque de financement des laboratoires de compétences et nombre insuffisant de formations et d'établissements cliniques ; [une] insuffisance des ressources pour financer les programmes de formation » (UNFPA & ICM, 2013, p. 7).

Les stratégies de communication à l'interne et à l'externe : grâce à notre observation d'une réunion de coordination du *CEEO II* nous avons pu mettre en évidence que ces stratégies étaient présentes. En effet, nous avons pu assister à des discussions concernant la participation des professionnels de la formation à des congrès nationaux et internationaux visant à promouvoir l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales. De plus, à l'externe, les efforts entrepris par le gouvernement fédéral pour mettre « sur le devant de la scène de l'accouchement physiologique » les infirmières obstétricales sont marqués. En témoigne également, par exemple, des initiatives du type de l'exposition *Sentidos do Nascer*. Quoiqu'il en soit, la visibilité des infirmières obstétricales n'a de cesse de chercher à s'accroitre et c'est ainsi que la journée du 12 avril a été déclarée « Journée Nationale de l'Infirmière Obstétricale » au Brésil. Car il est précisé par les instances internationales qu'il est important de « mener des actions de plaidoyer proactif[159] auprès des gouvernements et des parties prenantes afin de les

[159] « Chaque pays devrait avoir à disposition un petit dossier de communication contenant des fiches d'information, des témoignages de sages-femmes, des bonnes pratiques et des entretiens. Cela permettrait à la direction ou au responsable de la communication de se préparer en vue de possibles entretiens, d'apprendre à communiquer les messages clés et à promouvoir la cause de la profession, afin de générer des ressources et de former les nouveaux

inciter à investir dans des services obstétricaux de qualité, qui permettront de protéger la santé des nouveau-nés et de leurs mères » (UNFPA & ICM, 2013, p. 9).

La rhétorique professionnelle : nous n'avons pas particulièrement retrouvé de traces d'une rhétorique professionnelle spécifique aux infirmières obstétricales. En effet, en ce qui concerne le langage professionnel, ce langage est commun avec celui des obstétriciens puisqu'il concerne la parturition. Et en ce qui concerne le nom de leur groupe professionnel, c'est à notre sens ici qu'il est possible que ce groupe professionnel puisse se démarquer. Mais le fait qu'elles soient appelées infirmières obstétricales entretient le flou sur leur pratique, notamment auprès de la population générale car ce que l'on retient de cette appellation est davantage « infirmière » qu'« obstétricale ». Tenter d'introduire un nouveau terme pour les désigner autour de la « maïeutique » pourrait être une opportunité d'explicitation de leur spécificité à la population générale.

La coalition au sein du groupe professionnel : comme nous avons pu le mettre en évidence lors de la réponse à notre première hypothèse, les stratégies identitaires des infirmières obstétricales relèvent davantage de stratégies collectives que de stratégies individuelles, même si nous devons nuancer ceci devant des variations intra- et interindividuelles de leur identité professionnelle. De plus, nous avions également identifié lors de la réponse à cette première hypothèse, un sentiment d'efficacité collective. La coalition du groupe professionnel se manifeste aussi à travers la cohérence et la force de son association professionnelle : « une association professionnelle est un groupe de personnes (exerçant la même profession) qui se fédèrent afin d'atteindre les objectifs et buts définis lors de sa création et de favoriser son évolution. Une association de sages-femmes renommée, appuyée par ses membres et reconnue par le gouvernement, les autorités réglementaires et les programmes de formation, est essentielle à la promotion d'une main-d'œuvre hautement qualifiée » (UNFPA & ICM, 2013, p. 35).

La reconnaissance sociale : cette reconnaissance sociale est partagée dans le cas des infirmières obstétricales au Brésil. En effet, du point de vue politique, le champ de compétence des infirmières obstétricales est reconnu et soutenu. Mais du point de vue d'autres groupes professionnels comme les obstétriciens, il ne l'est pas toujours comme nous avons pu le voir. Quant à la visibilité des infirmières obstétricales auprès de la population générale elle est vraiment faible puisque trois femmes de notre étude ne savaient même pas qu'elles avaient été accompagnées par une infirmière obstétricale et non par un médecin. C'est pourquoi des outils d'aide à la promotion de l'activité des sages-femmes sont produits : « ce guide a été élaboré à l'intention des bureaux pays, des responsables de programme, des organismes partenaires et des responsables de la pratique de sage-femme des ministères de la Santé, pour les aider à

partenariats nécessaires au renforcement et au maintien du programme de formation des sages-femmes » (UNFPA & ICM, 2013, p. 40).

développer, généraliser et/ou renforcer les programmes relatifs à la profession à échelle nationale ou à mener des campagnes de plaidoyer efficaces visant à l'intégration de cette pratique dans le programme national de ressources humaines pour la santé. Elles expliquent les principales notions applicables à la profession, détaillent une approche séquentielle visant à renforcer la formation et la réglementation relatives à la pratique de sage-femme ainsi que les associations de sages-femmes, et recense tous les outils disponibles à cette fin » (UNFPA & ICM, 2013, p. 10). Pour cela, « impliquer les parties prenantes concernées, telles que les enseignants, les responsables d'association, des membres de l'ordre/du conseil, les ministères (Santé, Éducation et Ressources humaines), la société civile, les donateurs/partenaires de développement, des parlementaires, des universitaires, des associations religieuses, le secteur privé, etc., dans le processus d'analyse permet de renforcer leur compréhension et leur mobilisation, pour la pérennisation du programme » (UNFPA & ICM, 2013, p. 22).

Pour aller plus loin dans cette analyse, nous revenons sur l'intégration des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité au Brésil. Comme nous l'avons déjà présenté dans la première partie de notre travail, les politiques de santé publiques périnatales brésiliennes ont œuvré pour l'insertion des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité, et ceci, pour plusieurs raisons : diminuer les taux de mortalités maternelle et infantile, réduire la médicalisation de la naissance (mais aussi le coût économique qu'elle implique) et humaniser les soins dans le cadre de l'accouchement et de la naissance.

Au Brésil, la logique d'amélioration de la qualité de soins a aussi rencontré une logique économique pour encourager l'insertion des infirmières obstétricales. En effet, l'un des arguments du Gouvernement Brésilien pour prendre en considération le problème de la périnatalité n'était pas qu'une volonté d'améliorer ses indicateurs périnataux. Il s'agissait également de réduire drastiquement les dépenses de santé que la médicalisation excessive de l'accouchement engendrait. De plus, en termes de ressources humaines, le salaire des infirmières obstétricales est bien inférieur à celui des médecins. L'intérêt économique que représente les infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité est également souligné et mis en avant au niveau international par l'OMS et *The Lancet*. En effet, selon l'OMS (1996), les infirmières obstétricales sont les professionnelles idoines pour la prise en charge des grossesses et des accouchements à bas risque, et ceci, avec la meilleure rentabilité qui soit. Pour revenir au contexte brésilien de l'insertion des infirmières obstétricales, l'ordonnance n°2815 du 25 mai 1998 a inclus dans le tableau du système d'information hospitalier du SUS la procédure « accouchement normal sans dystocie effectué par l'infirmière obstétricale ». Son but premier était donc de reconnaitre et d'encourager les soins prodigués par cette catégorie professionnelle en assurant aux hôpitaux le paiement de cette prestation de soins[160]. Ceci étant

[160] Environ 600€ pour un accouchement avec un séjour d'une à deux journées en fonction de la voie d'accouchement.

dit, il faut préciser que cette ordonnance déclencha une vive polémique avec les médecins puisqu'insérer et reconnaitre la compétence et la valeur ajoutée des infirmières obstétricales dans le cadre de la prise en charge de l'accouchement physiologique, remettait en cause la catégorie professionnelle qui jusqu'ici assurait la prise en charge de ces situations : « *essa portaria despertou várias polêmicas por parte dos conselhos regionais e sociedades Médicas de Ginecologia e Obstetrícia, os quais se posicionaram veementemente contra a decisão do Ministério da Saúde*[161] » (Barbosa et al., 2008, p. 460). Se jouait donc également la délimitation du champ de compétence des uns et des autres et donc des questions de pouvoir comme nous avons déjà pu le souligner. D'ailleurs, dans certaines régions du pays, aucune donnée issue des chiffres du SUS n'indique d'accouchements réalisés par des infirmières obstétricales. Les hypothèses avancées sont soit qu'elles n'ont pas la possibilité d'exercer leurs compétences soit qu'elles le font mais qu'au moment de documenter les prises en charge dans le système informatique du SUS, elles le font sous le nom du médecin.

Du point de vue professionnel, c'est la résolution COFEN n°223 de 1999 qui renforça la compétence légale des infirmières obstétricales dans la réalisation de l'accouchement normal sans dystocie. Enfin, le Gouvernement Brésilien s'employa également à développer le plus possible les maisons de naissance dans le système publique (*Casa de Parto Normal*) dans lesquelles les infirmières obstétricales jouissent, par exemple, d'une autonomie complète puisque ce sont les situations à bas risque qui y sont orientées. Les premières initiatives de ces maisons de naissance remontent au Brésil aux années 1970 puis de nouvelles impulsions furent données dans les années 1990 (Ordonnance n°985 de 1999) mais également 2011 après la mise en place du *Rede Cegonha* encourageant la construction de ces structures malgré les résistances des médecins. En 2013, il y en avait cinq dans tout le Brésil et le projet du Gouvernement Brésilien était de pouvoir financer la construction de trois-cents autres avec le personnel qui va avec c'est-à-dire des infirmières obstétricales pour les faire fonctionner (d'où les enjeux autour de la formation des infirmières obstétricales que nous développerons plus loin). De plus, ces structures sont également incitées par l'OMS dans la mesure où elles encouragent le profil professionnel des infirmières obstétricales à savoir : des professionnels compétents pour accompagner toutes les étapes du travail et de l'accouchement en incluant une interaction avec la femme et sa famille mais aussi le respect des particularités de chaque femme. Cette autonomie professionnelle étant également soutenue, comme nous l'avons vu par l'ICM dans son référentiel de compétences essentielles à la pratique de la sage-femme dans le monde. Malgré toutes ces dispositions et ces mesures, en 2003, « *segundo a ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras, os enfermeiros obstetras enfrentam*

[161] Cette ordonnance a suscité plusieurs controverses de la part des conseils régionaux et des sociétés médicales de Gynécologie et d'Obstétrique, qui se sont fermement opposées à la décision du Ministère de la Santé (traduction personnelle).

inúmeras dificuldades, tais como : falência no setor-saúde, falta de concurso público específico em Enfermagem Obstétrica, insatisfação profissional, excesso de atividades burocráticas, escassez de recursos humanos habilitados ou especializados em Enfermagem Obstétrica, não aceitação, por parte da equipe médica, com relação à mão-de-obra da enfermeira obstetra, a falta de habilidade (teoria x prática), característica da clientela atendida, o risco da AIDS, e o relacionamento do Enfermeiro Obstetra com a equipe multiprofissional[162] » (Barbosa et al., 2008, p. 459). En ce qui concerne l'occupation de postes administratifs par les infirmières obstétricales dans certaines institutions (développement de plans de soins, gestion de projets etc.), nous en avons eu la confirmation lors de l'un de nos entretiens exploratoires de 2015. Tout comme C3, qui nous précisait dans notre étude, que dans l'un des établissements dans lequel elle travaillait et où elle y était recrutée en tant qu'infirmière obstétricale, elle n'effectuait aucune tâche en lien avec ses compétences en obstétrique. De plus, l'étude de Barbosa et al. (2008, p. 461) le confirme : « *observamos, também, que 6,1% dos enfermeiros mudaram para áreas administrativas. Neste sentido, Osava (1997), comenta que com isso há muitos enfermeiros obstetras extremamente frustrados por não conseguirem atuar na especialidade, sendo absorvidos pelo mercado de trabalho para exercerem atividades administrativas, como gerenciamento e supervisão*[163] ». Or ceci peut être la cause du départ d'infirmières obstétricales vers d'autres secteurs d'activité participant ainsi à l'entretien de la pénurie d'infirmières obstétricales et à leurs difficultés de formation et d'insertion dans le champ de la périnatalité : « *essa dificuldade de se manter na área pode ter como causa uma identidade profissional híbrida, que favorece o "acúmulo" ou o "desvio de função" no exercício profissional, com o deslocamento da enfermeira obstétrica da assistência no pré-natal e no parto para outras áreas da enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho, frustração, desmotivação, conformismo e submissão*[164] » (Riesco & Tsunechiro, 2002, p. 457). Enfin, en 2002, Merighi indiquait que : « *a assistência obstétrica, tal como está organizada, delega ao médico a responsabilidade de realizar os partos, e ele, por sua vez, não tem disponibilidade*

[162] Selon l'ABENFO – Association brésilienne des sages-femmes et des infirmières obstétricales – les infirmières obstétricales sont confrontées à de nombreuses difficultés, telles que : la faillite du secteur de la santé, l'absence de concours publics spécifiques en soins infirmiers obstétricaux, l'insatisfaction professionnelle, l'excès d'activités bureaucratiques, la rareté des ressources humaines qualifiées ou spécialisées en soins infirmiers obstétricaux, la non-acceptation, de la part de l'équipe médicale, du travail de l'infirmière obstétricale, le manque d'habileté (théorie x pratique), les caractéristiques de la clientèle prise en charge, le risque du SIDA et la relation de l'infirmière obstétricale avec l'équipe multiprofessionnelle (traduction personnelle).

[163] Nous avons également observé que 6,1 % des infirmières obstétricales ont changé d'activité pour aller vers des postes administratifs. Dans ce sens, Osava (1997) complète cette idée en indiquant qu'il y a beaucoup d'infirmières obstétricales extrêmement frustrées de ne pas réussir à travailler dans leur spécialité et d'être ainsi absorbées par le marché du travail pour effectuer des activités administratives, telles que la gestion et la supervision (traduction personnelle).

[164] Cette difficulté à rester dans le secteur peut être causée par une identité professionnelle hybride, qui favorise le "cumul" ou le "détournement de fonctions" dans l'exercice professionnel, avec le déplacement de l'infirmière obstétricale des soins prénatals et de l'accouchement vers d'autres domaines des soins infirmiers, générant une surcharge de travail, de la frustration, de la démotivation, du conformisme et de la soumission (traduction personnelle).

para acompanhar o trabalho de parto, que dura em média de 10 a 12 horas, sendo que a cesárea, com horário marcado, é a solução encontrada por esse profissional (Merighi, 2002)[165] » (Barbosa et al., 2008, p. 459). Quelques années, plus tard, les données de notre étude nous montrent toujours que l'insertion des infirmières obstétricales dans les institutions de soins n'est pas uniforme sur tout le territoire brésilien. Ce sont essentiellement les données issues de nos entretiens qui nous ont permis de mettre ceci en évidence. Mais malgré tout, nos observations de l'activité professionnelle à l'HSF témoignent qu'il est aussi possible que l'insertion des infirmières obstétricales dans leur champ de compétence soit bonne. Et nous avons également trouvé d'autres études qui mettent ceci en avant sur le territoire brésilien. Par exemple, selon une étude (Barbosa et al., 2008) exploratoire et descriptive (qualitative et quantitative) menée auprès de trente-trois infirmières obstétricales exerçant en institutions de santé et d'enseignement publiques et privées situées dans l'Etat de São Paulo, il ressortait que 54.5% effectuaient des accouchements et que parmi celles-ci, 56% en réalisaient entre un à dix par semaine. Il faut préciser que dans les hôpitaux universitaires, une partie des accouchements est réalisée par les étudiants en médecine et les médecins : « *observamos que alguns dos entrevistados que atuam em instituições públicas possuem dificuldades na realização de suas tarefas como obstetra, tal fato ocorre pelos profissionais atuarem em hospitais-escola onde os partos, em sua maioria, são realizados por médicos e residentes*[166] » (Barbosa et al., 2008, p. 461). L'étude montrait également que 79% ne présentaient pas de difficultés dans leur exercice ou activité générale et indiquaient même des avantages dans leur pratique tels que la possibilité d'éduquer la femme enceinte et l'accouchée (18.2%), un large champ d'action (12%), le travail en équipe (9.2%), l'appui juridique qu'offre leur spécialisation (6.2%) et un sentiment de sécurité sous deux formes, technique et de l'emploi (9.2%). Seules six infirmières obstétricales (18%) avaient répondu avoir des difficultés dans leur pratique et parmi les difficultés citées nous retrouvions le manque d'exercice de leurs compétences techniques (33.3%), le manque d'autonomie dans leur pratique (16.7%) et leur dévalorisation par l'équipe médicale (16.7%). Globalement, dans cette étude, la satisfaction des infirmières obstétricales dans leur pratique était bonne malgré les difficultés énoncées car les avantages de leur pratique prenaient le dessus sur ces inconvénients. Il s'agissait d'une population d'infirmières obstétricales dont la majorité avait été formée pendant plus de cinq années (76%) et elles exerçaient en tant qu'infirmière obstétricale depuis plus de sept années (58%). Selon une autre étude (Oliveira, 2015) exploratoire et descriptive (qualitative par entretiens semi-

[165] Les soins obstétricaux, tels qu'ils sont organisés, délèguent au médecin la responsabilité de l'accouchement, et celui-ci, à son tour, n'est pas disponible pour accompagner le travail, qui dure en moyenne 10 à 12 heures, et la césarienne programmée est la solution trouvée par ce professionnel (Merighi, 2002) (traduction personnelle).

[166] Nous avons observé que certaines des personnes interrogées qui travaillent dans des établissements publics ont de la difficulté à accomplir leurs tâches d'infirmière obstétricale, ceci étant lié au fait que ces professionnels travaillent dans des hôpitaux universitaires où les accouchements sont principalement effectués par des médecins et des résidents (internes en médecine) (traduction personnelle).

dirigés) menée auprès de neuf infirmières obstétricales exerçant en salle d'accouchement à l'Hôpital Universitaire Ana Bezerra (maternité publique) situé à Santa Cruz dans l'Etat du Rio Grande do Norte, il ressortait qu'elles exerçaient leur champ de compétence plein et entier avec autonomie et selon l'approche de l'humanisation de l'accouchement et de la naissance. Parmi les leviers identifiés à la pratique pleine et autonome de leur activité, y figurait le soutien de la direction institutionnelle : « *a gente tem total apoio da gerencia do hospital e tem autonomia diferentemente das outras instituições, aqui o enfermeiro obstetra faz o parto, tem um empoderamento muito grande*[167] » (Oliveira, 2015, p. 14). Dans cette étude, les infirmières obstétricales percevaient bien leur rôle au sein de l'équipe multi professionnelle et estimaient qu'elle permettait de renforcer la qualité des soins : « *o entrosamento da equipe multiprofissional porque todos tentam falar a mesma língua, nenhum é melhor que o outro, cada um tem um papel*[168] » (Oliveira, 2015, p. 14). De plus, cette équipe pouvait également être une source de sécurité pour les infirmières obstétricales via le compagnonnage : « *a equipe se diferencia pelo companheirismo, eu me sinto segura com a equipe multiprofissional*[169] » (Oliveira, 2015, p. 14). Parmi les freins identifiés à la pratique de leur activité figuraient la faible expérience en tant qu'infirmière obstétricale : « *como estou há pouco tempo atuando tenho algumas dúvidas não têm muita segurança*[170] » (Oliveira, 2015, p. 15) ; « *[...] são as limitações, falta um pouco de conhecimento e prática que não posso ir mais avante*[171] » (Oliveira, 2015, p. 15) et le peu de connaissances de la part des patientes sur l'accouchement : « *a mulher chega sem informações sobre o parto, muitas querem a cesariana, muitas tem medo do parto*[172] » (Oliveira, 2015, p. 15). De ces freins arrivaient les préconisations suivantes : effectuer une préparation à l'accouchement de la femme enceinte durant la période prénatale (ce que nous avons également retrouvé dans les propos des professionnels et des étudiants de notre étude) et intensifier la formation pratique des infirmières obstétricales.

En conclusion de cette première partie, nous pouvons avancer le fait que la professionnalisation des infirmières obstétricales au Brésil est en marche mais qu'elle est encore incomplète pour que leur activité puisse être qualifiée de « profession ». Ce corps de métier en développement est en pleine négociation et transaction sociale. En effet, si nous

[167] Nous bénéficions d'un soutien total de la part de la Direction de l'hôpital et nous sommes autonomes contrairement à d'autres établissements, ici, c'est l'infirmière obstétricale qui réalise l'accouchement, il y a une grande autonomie (traduction personnelle).
[168] L'imbrication de l'équipe multiprofessionnelle car tout le monde essaie de parler le même langage, personne n'est meilleur que l'autre, chacun a un rôle (traduction personnelle).
[169] L'équipe se différencie par le compagnonnage, je me sens en sécurité avec l'équipe multiprofessionnelle (traduction personnelle).
[170] Comme je ne travaille que depuis peu de temps, j'ai quelques doutes et je n'ai pas beaucoup de sécurité (traduction personnelle).
[171] Sont les limites, par manque d'un peu de connaissance et de pratique je ne peux pas aller plus loin (traduction personnelle).
[172] Les femmes arrivent sans information sur l'accouchement, beaucoup veulent une césarienne, beaucoup ont peur de l'accouchement (traduction personnelle).

inscrivons le développement professionnel dans une perspective professionnalisante, ce dernier peut être vu « comme un processus d'acquisition de savoirs professionnels qui influence l'évolution des pratiques et des modes de pensée des acteurs » (Lefeuvre et al., 2009, p. 279) dans le but d'augmenter, entre autres, leur efficacité au travail. De plus, le développement professionnel est, dans ce cas, provoqué par les conditions d'activité mises en œuvre par les acteurs qui jouent un rôle prépondérant dans leur développement professionnel. La construction de leurs nouvelles ressources peut s'effectuer de manière individuelle et/ou collective et leur permet d'apprendre et de maitriser leur métier.

2.2.La professionnalisation – formation

En ce qui concerne la professionnalisation – formation, nous commençons d'abord cette partie en précisant que les résultats issus de nos données d'observations et de nos entretiens semi-directifs reflétaient le contenu des référentiels de formations que nous avions étudiés dans le cadre de l'analyse du travail prescrit de l'activité de formation des infirmières obstétricales. De plus, ces référentiels de formations répondaient majoritairement aux recommandations internationales de l'OMS et de l'ICM en matière de formation des professionnels de la maïeutique. Si nous reprenons maintenant la définition internationale de la sage-femme selon l'ICM (2021), nous constatons que celle-ci insiste sur l'importance que ce professionnel soit qualifié après avoir suivi une formation de qualité. En effet, « une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des normes globales pour la formation des sages-femmes ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de "sage-femme" ; et démontre la maitrise des compétences du métier de sage-femme ». La dimension de la formation semble donc essentielle selon l'ICM pour définir une sage-femme puisque cette fédération le précise à maintes reprises : « l'ICM reconnait que les sages-femmes sont les professionnels par excellence pour toutes les femmes enceintes partout dans le monde. Cette norme universelle se base sur une formation initiale et continue des sages-femmes fondées sur les compétences » (ICM, 2021). En ce qui concerne le fait de fonder les formations sur les compétences, nous rappelons que le référentiel des « compétences essentielles pour la pratique de base du métier (et non de profession) de sage-femme » de l'ICM est utilisé dans au moins deux des référentiels de formations étudiés au Brésil (*CEEO* et *Aprimoramento*) et qu'il est connu de certains professionnels de notre étude (P4 et P5). C'est pourquoi, nous proposons de reprendre ici quelques pratiques de formation initiale et continue que nous avons identifiées dans notre cadre conceptuel comme étant source de professionnalisation et de développement professionnel pour les infirmières obstétricales à partir des écrits de Le Boterf (2008, pp. 49-55), dont les recommandations concernaient tout cursus souhaitant adopter une approche par les compétences à l'université. Nous identifierons également les difficultés rencontrées par les acteurs de la formation dans le cadre de la mise en œuvre de ces formations. Ainsi tout cursus souhaitant être professionnalisant doit :

Être organisé pour faire acquérir des ressources variées, de haut niveau, pouvant être mobilisées dans des situations diversifiées et nécessaires pour évoluer : tout professionnel selon

Le Boterf a besoin de « ressources pour agir ». Il indique que ces ressources doivent être variées et cite : des connaissances disciplinaires et interdisciplinaires, des savoir-faire, des méthodes de raisonnement, une culture générale, scientifique et professionnelle, des comportements, des capacités de réflexion critique, des capacités intellectuelles, des ressources émotionnelles, des modèles de pensée ou d'action. Pour lui, il est donc important de doter les étudiants d'un « solide potentiel de ressources leur donnant une plus grande adaptabilité pour intervenir dans une diversité de situations ». Il précise notamment que parmi ces ressources, les universités doivent favoriser les capacités à apprendre s'inscrivant dans une démarche d'actualisation et de développement de connaissances mais aussi de compétences. En ce qui concerne ce point, nous avons pu constater que les ressources citées étaient, en partie, mobilisées dans les formations dont nous avons étudié les référentiels et que nous avons analysé par le biais de nos données de terrain. Ainsi, selon nos données, les disciplines théoriques et les méthodes pédagogiques théoriques sont variées. En ce qui concerne les disciplines théoriques, elles regroupent à la fois des disciplines « phares » du cœur de métier (obstétrique, pédiatrie, santé sexuelle et reproductive) mais également des disciplines en lien avec la gestion des soins, l'éthique, l'éducation à la santé et les méthodologies de recherche (biostatistique, épidémiologie). En effet, nous avons retrouvé, à plusieurs reprises, dans les propos des professionnels, des professeurs/coordinateurs, des professionnels et des étudiants, l'importance pour elles de fonder leurs pratiques sur les preuves scientifiques car cela représente un gain fort de légitimité et de crédibilité pour leur exercice auprès des médecins et de la population générale. De plus, elles ont également conscience qu'elles doivent continuer à participer à la recherche scientifique sur leur discipline (la maïeutique) pour continuer à la faire se développer et à augmenter sa visibilité dans les sphères scientifique et sociale. C'est pourquoi, un enjeu pour elles est que des infirmières obstétricales aient également des Masters et des Doctorats pour développer la recherche scientifique. En ce qui concerne les méthodes pédagogiques, nous avons pu retrouver : des cours magistraux illustrés par des cas cliniques, des travaux pratiques, des groupes de discussions multi professionnels sur des cas cliniques, des études écrites de cas cliniques (travail réflexif) et des projets d'intervention dans les services de soins. Enfin, les étudiantes de notre étude (actrices de leur formation) font également une large part à l'auto-apprentissage par le travail personnel et les recherches documentaires complémentaires aux apports théoriques et aux apprentissages pratiques. En effet, les formations étudiées reposent sur le principe de l'alternance, c'est pourquoi elles comprennent également une part d'apprentissage pratique mais nous détaillerons les modalités de cette formation pratique plus loin. Parmi les difficultés identifiées par les étudiantes, nous avons relevé un enchainement des disciplines théoriques ne faisant pas toujours sens pour elles, une répartition des volumes horaires entre les disciplines pas toujours judicieuse et une articulation difficile de la théorie et de la pratique car la théorie suit souvent la pratique et ne la précède pas.

Entraîner à agir avec pertinence et compétence en situation professionnelle : le professionnel compétent selon Le Boterf est celui « qui non seulement possède des compétences ou des ressources, mais sait agir avec compétence dans des situations variées et souvent inédites ». Ainsi, pour lui les cursus doivent préparer les étudiants à mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et à mobiliser des combinatoires de ressources appropriées dans des situations. Cependant, il précise qu'il est difficilement envisageable d'entrainer les

étudiants sur toutes les situations. C'est pourquoi il indique qu'il faut privilégier l'entrainement des étudiants sur une gamme bien choisie de situations-types (cœur de métier) et par rapport auxquelles sera développée une activité de distanciation ou de réflexivité. En effet, dans le contexte brésilien, il parait difficile de pouvoir entrainer les étudiants en soins infirmiers obstétricaux à la prise en charge de situations variées et inédites dans la mesure où, selon les institutions, les infirmières obstétricales elles-mêmes ne peuvent mettre en œuvre l'ensemble leurs compétences. De plus, les durées de ces formations, pour certaines, ne permettent pas d'atteindre de tels objectifs ni même parfois d'atteindre la formation clinique minimale de 20 accouchements, 15 réanimations néonatales et 15 consultations prénatales. Cependant, comme nous avons déjà pu le percevoir, des activités de distanciation et de réflexivité sur les situations cliniques sont organisées et très appréciées des étudiants. En effet, ils estiment mieux apprendre par cet intermédiaire que par les cours théoriques.

Mettre en œuvre une alternance interactive : en effet, il s'agit de mettre en œuvre une alternance favorisant l'articulation la plus forte qui soit entre les activités de formation et les activités de stage. C'est pourquoi Le Boterf préconise l'alternance « interactive » (ou « intégrative » selon Malglaive) plutôt que l'alternance « applicative » ou encore « juxtapositive ». Selon Wittorski (2007), l'alternance doit également permettre l'articulation forte du travail et de la formation afin de « faciliter le développement des compétences et non la seule transmission de savoirs qui pourraient demeurer éloignés des situations de travail » (Wittorski, 2007, p. 27). Comme nous avons pu le mettre en évidence dans nos résultats, l'alternance observée dans les deux modèles de formation que nous avons principalement étudiés, à savoir le *CEEO II* et la *Residência*, est une alternance de type interactive. En effet, l'une des coordinatrices et professeur du *CEEO II* est également infirmière obstétricale dans deux maternités de la ville de Belo Horizonte dont l'HSF. Elle voit au moins deux avantages majeurs à ceci. D'abord, auprès des étudiants, cela renforce selon elle la relation de confiance avec ces derniers. En effet, le fait que les étudiants la croisent et travaillent avec elle en stage sur le terrain est une plus-value car elle indique gagner en légitimité auprès des étudiants qui constatent que ce qu'elle dit en classe, elle le met en pratique dans son quotidien professionnel et qu'il n'y a donc pas de différence entre ce qu'elle dit et ce qu'elle fait. Cela assure la cohérence de la formation théorique avec la pratique professionnelle. De plus, cela a également comme avantage pour elle de réduire le fossé qu'il existe au Brésil entre ce qui relève de la théorie et ce qui relève de la pratique. Ainsi, elle estime être la personne idoine pour créer ou recréer un lien et surtout une continuité entre les espaces théoriques et pratiques de la formation. Elle souhaite ainsi amener l'Académie dans l'hôpital et l'hôpital dans l'Académie. En ce qui concerne maintenant les modalités d'apprentissage pratique dans les formations principalement étudiées, tous les participants à notre recherche que ce soit les professionnels, les professeurs/coordinateurs et les étudiants accordent une importance majeure à cet apprentissage pratique. En effet, elles considèrent que le métier d'infirmière obstétricale s'apprend dans la pratique et non dans la théorie. Ainsi, les étudiants, les professeurs/coordinateurs et même les professionnels indiquent qu'une formation de qualité est une formation qui doit pouvoir offrir un volume horaire de pratique suffisamment important pour permettre aux étudiants et aux futurs professionnels qu'ils sont, de jouir d'une pratique sécure leur permettant d'assurer une prise en charge de qualité auprès des patientes. Et c'est sur ce point que les formations des infirmières obstétricales au Brésil vont rencontrer leur principale

difficulté : « *a formação profissional do enfermeiro obstetra, em relação à pós-graduação, também tem recebido críticas de setores interessados na reintrodução desse profissional na assistência ao parto. Uma das desvantagens do modelo é o tempo dedicado ao ensino específico da obstetrícia, entre seis a dez meses, tempo considerado insuficiente para habilitar o aluno para a prática de atenção ao parto, afirmava Osava em 1997*[173] » (Barbosa et al., 2008, p. 459). En effet, comme nous avons pu le constater toutes les formations n'ont pas la même durée et, par conséquent, n'ont pas non plus le même volume horaire d'apprentissage pratique. Par exemple, là où l'ICM recommande une durée minimale de formation de dix-huit mois en programme de formation post-infirmière, nous constatons que le *CEEO II* est d'une durée de douze mois. Malgré cela, cette formation respecte quand même le ratio de 40% de théorie et d'au moins 50% de pratique, mais en se centrant sur des apprentissages plus exclusifs : « *por sua vez, os cursos de especialização de "curta duração", idealizadas para atender à demanda por formação mais rápida, estão sendo direcionados quase que exclusivamente para a assistência ao parto, em detrimento de outros aspectos de atenção à saúde materna e da mulher*[174] » (Riesco & Tsunechiro, 2002, p. 456). Les étudiants interrogés dans notre étude et participant à cette formation estiment, quant à eux, être au meilleur endroit en étant à Belo Horizonte puisqu'ils estiment bénéficier d'heures de pratique suffisamment importantes et surtout sur un terrain de stage qui leur permet de mettre en œuvre les compétences de l'infirmière obstétricale en toute autonomie. Car encore une fois, que ce soit les professionnels, les étudiants et les professeurs/coordinateurs tous ont relevé le fait qu'il n'en était pas de même sur tout le territoire brésilien. En effet, certaines formations ont été jugées de moins bonne qualité car n'étant pas en capacité d'assurer un volume horaire de formation pratique suffisant. D'ailleurs, quand il s'agit de comparer les deux modèles de formation de la *Residência* et du *CEEO II*, tous les acteurs de notre recherche se sont accordés pour dire que le modèle de la *Residência* (d'une durée de deux ans), qui est celui qui renferme la part d'apprentissage pratique la plus importante, est le modèle idéal de formation des infirmières obstétricales. Malgré une part d'apprentissage pratique diminuée et centrée[175] sur le cœur du métier, le *CEEO II* présente tout de même l'avantage de pouvoir former des professionnels plus rapidement qu'avec le modèle de la *Residência*. Ainsi, les potentialités de l'un compensent les fragilités de l'autre et vice-versa. C'est pourquoi, ils concluent tous que ces deux modèles de formation sont

[173] La formation professionnelle des infirmières obstétricales, en relation avec la post-graduation, a également été critiquée par les secteurs intéressés par la réintroduction de ce professionnel dans la prise en charge de l'accouchement. L'un des inconvénients du modèle est le temps consacré à l'enseignement spécifique de l'obstétrique, entre six et dix mois, temps jugé insuffisant pour permettre aux étudiants de pratiquer la prise en charge de l'accouchement, a déclaré Osava en 1997 (traduction personnelle).

[174] « À leur tour, les cours de spécialisation "de courte durée", idéalement conçus pour répondre à la demande d'une formation plus rapide, sont orientés presque exclusivement vers la prise en charge de l'accouchement, au détriment d'autres aspects des soins de santé maternelle et de la femme » (traduction personnelle).

[175] Ainsi cette formation se centre essentiellement et de façon très pratique sur les périodes pré, per et postnatales et englobe moins les dimensions globales comme l'épidémiologie, les politiques publiques, la gestion du SUS, les programmes nationaux et internationaux de la santé de la femme, les principes bioéthiques, éthiques et légaux de l'exercice professionnel.

complémentaires bien que la formation clinique minimale exigée ne soit pas suffisante à leurs yeux pour pouvoir assurer une pratique sécure des professionnels diplômés. Or, c'est aussi la formation de professionnels qui se sentent sécures dans leur pratique qui permettra de faire en sorte que les infirmières obstétricales soient des actrices du changement du modèle de soins de la naissance et de l'accouchement[176] dans les institutions de soins au Brésil : « *um dos enfermeiros relatou uma certa insegurança em suas atividades na obstetrícia, pois considera que o conteúdo da pós-graduação em que cursou foi fraco e não atendeu as suas espectativas e necessidades (Merighi, 2003)*[177] » (Barbosa et al., 2008, p. 461). En effet, c'est aussi à la condition de se sentir sécure dans leur pratique, que les infirmières obstétricales seront en capacité de se positionner pour exercer dans leur champ de compétence en toute autonomie. Et par voie de conséquence, c'est aussi ce qui permettra de continuer à former massivement des infirmières obstétricales puisque les terrains de stage où des infirmières obstétricales pourront exercer en toute autonomie dans leur champ de compétence seront des terrains d'accueil pour les futurs étudiants. Les coordinateurs et les étudiants de notre étude ont bien mis en avant le fait que, malgré qu'ils jugent insuffisante la formation clinique minimale actuelle, celle-ci ne peut être augmentée puisqu'elle ne peut déjà pas être atteinte par certains étudiants dans certaines régions du Brésil. Et ceci pour deux raisons : par manque de professionnels qualifiés et autonomes dans leur champ de pratique mais aussi par manque de professionnels « tout simplement ». En effet, nous rappelons que le manque de professionnels n'est pas spécifique au Brésil et que l'UNFPA, l'OMS et l'ICM estiment à 900 000 la pénurie de sages-femmes dans le monde en 2021. Ainsi, vouloir augmenter la formation clinique minimale durant les formations pour en augmenter la qualité et la qualité des professionnels diplômés, revient aussi à prendre le risque de ne plus pouvoir du tout former d'infirmières obstétricales à l'échelle du pays et donc de voir ces formations et ce métier disparaître. D'autres difficultés à l'apprentissage pratique ont été identifiées par l'une des coordinatrices (C2). Cela concerne l'apprentissage de gestes pratiques ne faisant plus partie des recommandations mais devant être maitrisés pour être diplômé (l'épisiotomie par exemple). Se pose aussi la question de l'apprentissage des gestes tout en respectant la pudeur, l'intimité et le confort de la patiente (touchers vaginaux par exemple qui sont réalisés à double, c'est-à-dire par l'étudiant et le professionnel). Enfin, en ce qui concerne la *Residência*, elle reste vigilante à ne pas trop souvent élaborer les plannings des étudiants en fonction des manques de personnel dans les équipes d'infirmières obstétricales des différents secteurs de soins. En effet, dans ce modèle de formation relativement long, l'avantage est que les étudiants sont intégrés pleinement dans les équipes et font partie de la vie quotidienne des services. Mais, en contrepartie, ils peuvent être

[176] La socialisation professionnelle des étudiants à travers la volonté de changer le modèle de soins de la naissance et de l'accouchement est très forte. En effet, que ce soit dans les propos des étudiants, des professeurs/coordinateurs ou encore des professionnels, nous avons retrouvé cette volonté de changer le modèle de soins en s'appuyant sur les infirmières obstétricales et donc également sur leur formation.

[177] L'un des infirmiers a fait part d'une certaine insécurité dans ses activités en obstétrique, car il considère que le contenu du cours de la post-graduation qu'il a suivi était faible et ne répondait pas à ses attentes ni à ses besoins.

considérés comme de la main d'œuvre pour cet hôpital. Ils comblent alors les manques de personnel. Un professeur, également infirmière obstétricale à l'HSF, indique aussi que les précepteurs doivent rester vigilants quant à l'importance de leur rôle d'accompagnement des étudiants et ne pas les considérer comme de la main d'œuvre. En lien avec ces réalités de travail, une autre coordinatrice (C1) identifie les difficultés suivantes dans son institution : la surpopulation, la violence obstétricale, les professionnels non dévoués à la cause et les heures de travail excessives chez ces derniers. Cependant, elle indique que l'HSF ne cache pas aux étudiantes cette réalité de l'exercice de l'infirmière obstétricale, y compris dans les autres institutions de soins brésiliennes car l'objectif de la formation est aussi de les préparer à la réalité. En effet, « comme pour l'action située, l'apprentissage situé insiste sur le fait qu'apprendre dans un contexte pertinent, du monde réel, est plus efficace qu'apprendre des idées abstraites, totalement décontextualisées » (Lefeuvre et al., 2009, p. 285). En ce qui concerne le préceptorat, les difficultés identifiées par les étudiants de notre étude sont également des difficultés que nous avons retrouvé dans la littérature internationale. Dans notre étude, les étudiants ont essentiellement fait part de comportements et de pratiques de précepteurs qui différaient les uns des autres et auxquels il fallait s'adapter (manque de cohérence). Par exemple, une étudiante relève le fait que certains précepteurs continuent à exercer comme à leurs débuts c'est-à-dire sans avoir tenu compte des évolutions de l'*Evidence Based Practice*. En effet, l'une des coordinatrices de notre étude (C2) va jusqu'à dire qu'il y a, dans son institution, des précepteurs qui ne devraient pas l'être (car non qualifiés) et que ceci remet en cause la qualité du préceptorat. Cependant, elle indique ne pas avoir d'autres choix que de « devoir faire » avec ses propres ressources internes et elle indique également porter dorénavant une attention particulière à cette dimension lors du recrutement des futures infirmières obstétricales dans son institution. Si l'étudiant doit parfois s'adapter au précepteur, le précepteur doit lui aussi s'adapter au profil de l'étudiant. Cela concerne aussi bien son profil personnel que son profil professionnel et de formation en lien avec le modèle de formation qu'il suit (*Residência* ou *CEEO II*). Parmi les autres difficultés identifiées, selon les étudiants, certains précepteurs sont plus disposés que d'autres à accompagner les étudiants dans leurs apprentissages. En termes de comportements, les différences identifiées entre les précepteurs relèvent de comportements plus ou moins courtois. En ce qui concerne notre terrain d'étude de l'HSF, il est à noter qu'une partie des professionnels de cette institution sont spécifiquement formés au préceptorat[178] via une formation de pédagogie qui avait été dispensée en partenariat avec l'école de Santé Publique de Belo Horizonte. En effet, c'est ce que préconise l'OMS (2013) quand elle écrit : « la qualité et la quantité de l'expérience clinique offerte aux étudiants qui se préparent au métier de sage-femme sont également des sujets dont il faut se préoccuper.

[178] Un professeur nous fait alors part que le soutien financier de ces précepteurs est important mais qu'il peut entraîner des difficultés car tout le monde n'en bénéficie pas et les personnes n'en bénéficiant pas peuvent vouloir se désinvestir de la formation des étudiants.

Les enseignants/formateurs bien préparés doivent véritablement comprendre comment enseigner et comment développer efficacement les compétences de leurs élèves, grâce à toute une palette de méthodes d'enseignement aussi bien pour les cours théoriques que pour la pratique clinique » (OMS, 2013, p. 5). Enfin, l'une des difficultés identifiées concernant le préceptorat mais cette fois-ci par l'institution, est le fait que le ratio d'étudiants dépasse largement celui des précepteurs et tout ceci dans un contexte de surcharge d'activité récurrent.

Mettre en œuvre des activités de développement de la réflexivité et de la réflexion critique : pour Le Boterf, il est important que l'étudiant, futur professionnel, puisse être capable de prendre du recul par rapport à ses pratiques, ses ressources et les façons dont il les mobilise. Il s'agit donc d'une distanciation et d'une analyse critique de sa pratique. Cela lui permet de « rendre compte de comment et pourquoi il agit de telle façon dans ce contexte. Cette distanciation lui est indispensable pour pouvoir progresser professionnellement, consolider son identité professionnelle et réinvestir ses apprentissages dans de nouvelles situations professionnelles ». Cette procédure relève de la capacité de réflexivité de l'étudiant et nécessite un apprentissage et un accompagnement particulier (entretiens de rétroaction, analyse et partage de pratiques, élaboration de cartes conceptuelles ou mentales). En effet, « dans le cadre professionnel, nous pouvons faire l'hypothèse que les situations d'échanges (formalisées ou informelles) entre les acteurs peuvent favoriser les conflits sociocognitifs et ainsi participer à reconfigurer leurs ressources cognitives relatives à la prise en charge de tâches particulières ou bien relative à leur construction identitaire au travail » (Lefeuvre et al., 2009, p. 284). Ainsi, « les acteurs professionnels peuvent construire et mobiliser des connaissances explicites qui guident et accompagnent la réalisation de leurs tâches. Ce type de connaissance s'appuie sur un travail de conceptualisation mettant en œuvre des mécanismes de prise de conscience et de réflexivité. Nous pouvons ici nous référer au modèle du praticien réflexif (Schön, 1994) qui présuppose que le professionnel est capable de prendre une distance critique sur sa pratique et par conséquent de construire des connaissances sur les raisons et les conséquences de son action. Ces connaissances explicites peuvent permettre au sujet de construire des invariants de l'action à des niveaux supérieurs en les décontextualisant des situations particulières et ainsi l'aider à traiter une variabilité de situations » (Lefeuvre et al., 2009, p. 292). En ce qui concerne l'*Aprimoramento*, nous avons déjà précisé que les étudiants devaient procéder à une analyse réflexive sur une étude de cas écrite. De plus, nous avons étudié la différence qu'il y avait entre l'analyse de l'activité et l'analyse de pratique dans la seconde partie de notre travail mais nous n'avions pas abordé la communauté de pratique. Or, ce que nous avons vu et étudié de la formation continue nommée *Aprimoramento* s'en rapproche. En effet, « ancrée dans la théorie sociale de l'apprentissage, la vision de Wenger (1998) à propos des communautés de pratique démontre les liens étroits entre la quête de sens, la pratique, la communauté et l'impact de l'apprentissage sur le devenir identitaire » (Lessard dans Jorro, 2014, p. 57). Cette formation, comme nous l'avons vu permet à des infirmières obstétricales déjà diplômées d'exercer et de développer leurs compétences grâce au soutien et aux expériences de partage avec leurs homologues dont l'autonomie professionnelle est assurée par l'institution qui les emploie (l'HSF). De plus, nous avons également mis en avant le fait que les établissements qui permettaient à leurs infirmières obstétricales de suivre cette formation, faisaient le choix de former plusieurs infirmières obstétricales en même temps afin de promouvoir et de faciliter le

réinvestissement des apprentissages, des outils, des solutions et des projets au sein de la structure après leur retour de formation. Il s'agit donc d'un apprentissage individuel et collectif au sein d'un collectif (dimension cognitive) qui vise véritablement une insertion socio-professionnelle plus grande, la réduction de l'isolement des professionnels (dimension affective), l'augmentation de leur auto-efficacité et le développement identitaire d'un groupe professionnel à travers la cohésion (dimension idéologique). Ainsi, nous pouvons définir la communauté de pratique comme étant :

> Un groupe de personnes qui partage un intérêt ou une passion pour une pratique commune et qui apprend à le faire mieux en interaction (communauté) sur une base régulière. Implicite aux communautés de pratique est le processus d'apprentissage, qui sous-tend l'engagement et la participation de chaque individu au sein de la communauté. L'apprentissage est niché chez l'individu, qui fait partie d'une communauté souvent elle-même logée dans une organisation plus grande. Des apprentissages se font à chaque niveau. Charlier et Henri (2004) rapportent que l'apprentissage est l'objectif premier de la communauté de pratique : "apprendre ensemble par l'échange ; apprendre de l'expérience des autres ; apprendre du sens partagé et construit collectivement ; apprendre dans l'authenticité sans laquelle la communauté n'existerait pas". (Lessard dans Jorro, 2014, p. 57)

Une définition similaire est proposée par Lefeuvre et al. (2009) : « les membres d'une communauté de pratiques développent leurs compétences par rapport à la pratique dans laquelle ils sont engagés. A travers ces communautés, les professionnels mobilisent des compétences individuelles pré-établies et en développent de nouvelles à travers la construction, l'échange et le partage d'un répertoire commun de ressources, principalement constituées par des savoir-faire tacites et contextualisés » (pp. 286-287). Enfin, nous souhaiterions terminer par les sept points qui distinguent une communauté de pratique selon Wenger et al. (2002). Ces points sont : « 1) son adaptabilité ; 2) le dialogue entre les perspectives internes et externes de la communauté ; 3) la participation et l'engagement des membres à différentes intensités ; 4) l'utilisation d'espaces privés et publics ; 5) la création de richesses et de valeurs ; 6) la combinaison de la sécurité et l'aventure, le soutien et l'épreuve ; et 7) la création du rythme de la communauté » (Lessard dans Jorro, 2014, p. 58). En ce qui concerne la formation de la *Residência*, nous avions identifié les groupes de discussions multiprofessionnels de cas cliniques comme permettant aux étudiants d'effectuer une analyse critique de cas concrets. Enfin, dans le cadre du *CEEO II*, nous rappelons que le processus réflexif est présenté aux étudiants dans leur journal de bord (Annexe 46) et que leur travail de fin d'études (le TCC) est un projet d'intervention reposant sur une analyse situationnelle de leur service qui leur sert de point de départ pour leur propre réflexion à propos du travail, de ses défis et de leur propre rôle en tant que professionnel.

Recruter, former et accompagner un corps professoral : Thompson (2002), dans son commentaire des compétences nécessaires au corps professoral chargé de former les sages-femmes, a d'abord distingué les qualités personnelles requises. Elle indique que le corps professoral chargé de former les sages-femmes doit servir de modèle, en adoptant un comportement éthique et professionnel exemplaire. Les enseignants devraient maîtriser les

outils de la pensée critique et manifester leur engagement en faveur de l'apprentissage tout au long de la vie. Ils devraient être des praticiens confiants, ayant suivi une préparation officielle aux théories de l'enseignement aux adultes, et devraient savoir quoi enseigner (conception des programmes pédagogiques) et comment enseigner (méthodes pédagogiques) aussi bien en classe que dans le domaine clinique » (OMS, 2013, p. 31). Or, nous avons constaté dans notre étude, que les professeurs intervenant dans les formations sont aussi des professionnels de l'HSF. Cela satisfait donc une partie des recommandations internationales sur les formations des professionnels de la maïeutique puisqu'il y est également souhaité une forte articulation des espaces théoriques et pratiques. Cependant, en ce qui concerne le fait d'avoir suivi une formation en pédagogie, nous constatons que cela n'était pas le cas pour les professeurs observés dans notre étude. Dans ce cas, « une école pourra vouloir employer des personnels ayant de très grandes compétences et une vaste expérience dans le domaine clinique, susceptibles d'offrir un soutien hautement qualifié dans le cadre de la pratique clinique. Ces cliniciens pourraient venir d'établissements de santé locaux et donc être en mesure d'établir des liens collaboratifs avec ces établissements. Il se peut qu'ils n'aient pas de préparation officielle à l'enseignement, et auront alors besoin d'être soutenus et de développer des aptitudes pédagogiques, notamment applicables à l'enseignement clinique » (OMS, 2013, p. 32). Ainsi, selon l'OMS, ce qui semble essentiel comme compétence à avoir pour les formateurs de sages-femmes est une compétence clinique fiable et de qualité car « la socialisation des étudiants à travers la pratique clinique a été mise en avant » (OMS, 2013, p. 33). D'autant plus que cet aspect de l'activité de formation participe au rôle de modèle et d'exemple que les étudiants recherchent chez leurs formateurs. Mais une étudiante de notre étude (du *CEEO II*) souleva tout de même le point de la formation des formateurs à l'andragogie en indiquant qu'elle avait parfois le sentiment que les cours n'étaient pas préparés alors que les professeurs étaient payés pour faire ce cours. Pour elle, il paraissait important que les professeurs dispensent des cours de qualité et surtout adaptés à leur public. En ce qui concerne la rémunération des professeurs, nous devons préciser que les données de notre étude ont mis en évidence que tous les professeurs n'étaient pas rémunérés pour dispenser des cours. En effet, les professeurs intervenant dans le *CEEO II* l'étaient mais pas ceux de la *Residência*. En effet, les coordinateurs nous ont bien fait part de leur difficulté à recruter des professeurs car ce recrutement se fait essentiellement sur la base du volontariat et en leur demandant d'aménager leurs horaires de gardes et de financer eux-mêmes leurs déplacements pour venir faire cours. Tout comme les professionnels sur les terrains, le nombre de professeurs ne permet pas non plus de faire face aux besoins en formation. Qui plus est, en plus de cette problématique du recrutement des professeurs, les coordinateurs nous ont également fait part de leur difficulté à recruter des professeurs de qualité c'est-à-dire dispensant des enseignements conformes aux données scientifiques du moment ou fondés sur les compétences de l'infirmière obstétricale. Elles estiment ceci d'autant plus important puisqu'il s'agit d'encourager un modèle de soins reposant justement sur les preuves scientifiques et recommandations de bonnes pratiques en vigueur. De la qualité des enseignements en formation dépendra donc aussi, pour elles, le changement du modèle de soins de la naissance et de l'accouchement mais un manque de ressources humaines et financières se fait sentir. En effet, comme l'indique l'OMS (2013), outre la problématique de la qualité des formateurs, se pose aussi la problématique de la qualité des programmes de formation : « les données actuelles montrent clairement que la majorité des programmes,

notamment dans les pays en développement, ne préparent pas les formateurs de sages-femmes à répondre aux principaux besoins professionnels et sanitaires des pays. Il est par conséquent impératif de mettre à la disposition des établissements d'enseignement des lignes directrices pour l'élaboration de programmes pédagogiques fondés sur les compétences réelles » (OMS, 2013, p. 5).

Assurer de façon durable la qualité de la coopération des divers acteurs intervenant sur un parcours professionnalisant : toujours dans cette idée d'assurer l'efficacité du parcours professionnalisant, Le Boterf estime qu'elle dépend « largement de la qualité des liens de coopération existant entre les acteurs. Concevoir et faire fonctionner un parcours suppose un travail d'équipe. Une vision partagée des contributions attendues de chacun des acteurs et des coopérations clés qu'ils doivent assurer, la mise en place de modalités de concertation et d'outils de liaison sont ici essentiels ». Nous avons pu constater cela avec l'exemple de la coordinatrice (C3) qui souhaite être un pont entre l'Académie et l'hôpital mais aussi lorsque nous assistons à une réunion de coordination entre les acteurs du *CEEO II*. En effet, l'organisation même de cette formation par une université à travers tout le Brésil, impose une coopération et une collaboration avec tous les IFES partenaires du pays et des outils de liaison qui étaient déjà effectifs. De plus, une autre coordinatrice (C2) nous indiquait effectuer des réunions de préceptorat avec les précepteurs de l'HSF. Enfin, l'évaluation du *CEEO II* à laquelle nous avons assisté avait également pour objectif d'effectuer un retour auprès du partenaire de stage principal, l'HSF.

Enfin, pour terminer sur la formation continue, l'OMS indique également que cette question de la re-certification ne doit pas uniquement concerner les individus. En effet, « afin de protéger le public – mais aussi les praticiens – il est important d'édicter des règles et d'agréer les accoucheurs qualifiés, les institutions où ils travaillent, les programmes et les établissements où ils ont été formés » (OMS, 2005, p. 15). À l'échelle individuelle, les mécanismes existants et préconisés par l'OMS pour assurer la re-certification des accoucheurs qualifiés sont :

- « Des plans de formation continue : le praticien suit des formations spécialisées et approuvées afin de renforcer ou d'acquérir des connaissances pratiques et théoriques.
- Des systèmes de ré-accréditation : le professionnel de santé fournit des documents sur ses expériences professionnelles et ses formations ou autres, démontrant que son parcours professionnel d'accoucheur qualifié établit qu'il a toujours les compétences et aptitudes en soins obstétricaux.
- Des modèles de supervision : il s'agit d'une évaluation plus ou moins continue de la pratique de l'accoucheur qualifié, soit par son superviseur attitré ou par ses pairs, ou encore de plus en plus souvent par des audits de la pratique clinique, ou tout autre moyen similaire. Les modèles les plus réussis sont ceux qui permettent un soutien, un échange d'idées, un retour sur la pratique (aussi bien négatif que positif) et dont la vocation n'est pas d'être punitifs » (OMS, 2005, p. 16). Nous rappelons que c'est l'objectif de l'*Aprimoramento*.

Dans notre étude, les professionnels entretiennent surtout leurs connaissances par des lectures d'articles scientifiques, des participations à des congrès, à des symposiums, à des groupes de

travail, à des formations organisées par leur institution, en lisant les réseaux sociaux professionnels et en dispensant des cours aux étudiantes.

2.3.Réponse et ouverture à notre hypothèse

Que ce soit pour l'activité professionnelle ou l'activité de formation des infirmières obstétricales au Brésil, nous pouvons dire que la caractérisation d'une culture de la maïeutique est un levier de professionnalisation pour ces dernières car « elles se donnent à voir » à travers elle. Ceci nous permet ainsi de répondre favorablement à notre seconde hypothèse. Nous avons également pu relever que le processus de professionnalisation des infirmières obstétricales est en marche, notamment grâce aux supports des recommandations internationales et fédérales soutenant une insertion plus importante de ces dernières dans le champ de la périnatalité. Nos résultats mettent malgré tout en avant le fait que ce corps de métier en développement est en pleine négociation et transaction sociale. C'est pourquoi, nous trouvons particulièrement intéressant, dans ce contexte, le concept de la *professionnalité émergente* mais que nous appréhendons aussi dans une dimension collective et non uniquement individuelle (comme dans les citations qui vont suivre). Ainsi, la professionnalité émergente « pourrait être entendue comme la caractéristique de tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle en faisant l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel » (Jorro dans Jorro, 2014, p. 241). Ce concept englobe donc à la fois une dimension pragmatique mais également éthique dans lesquelles le professionnel ou le groupe professionnel va opérer ses transformations successives (rendant lisibles des processus intermédiaires de développement) vers la professionnalité visée : « ce changement perçu et vécu permet de mettre en liens une culture professionnelle donnée avec les actes produits. La capacité d'un individu à entrer dans le genre professionnel, à mobiliser de façon encore tâtonnante les compétences et les gestes professionnels spécifiques du métier, atteste d'une tension vers la professionnalité » (Jorro dans Jorro, 2014, p. 242). Afin de confirmer si notre approche de la professionnalité émergente dans le contexte brésilien pour les infirmières obstétricales parait pertinente, nous nous appuyons sur les modalités d'apprentissage et de développement professionnel dans le cadre de la professionnalité émergente afin d'évaluer si nos résultats répondent à ces critères.

Tableau 50 : La professionnalité émergente des infirmières obstétricales

Indicateurs de la professionnalité émergente	Indicateurs retrouvés dans le contexte brésilien ?
Approche cognitive interactive et contextualisée ou située	**OUI**
Intrication des dimensions sociales, cognitives et culturelles	**OUI**
Professionnel accaparé par des enjeux identitaires en termes d'image de soi, de rapport au métier, de soi professionnel, de dynamiques identitaires	**OUI**
Mises en œuvre encore tâtonnantes des procédures pour le positionnement et la prise de décision professionnels	**OUI**
Appropriation progressive des modes de discours propre à l'activité professionnelle	**OUI**
Retour sur l'expérience afin de l'analyser, d'évaluer la justesse de l'action et ajustements par anticipation	**OUI**
Travail sur les valeurs personnelles, professionnels et sur les règles du métier pour construire le positionnement professionnel	**OUI**
Raisonnements pratiques	**OUI**

3. Les éléments de réponse à notre troisième hypothèse : « la dimension universelle de la maïeutique permet la production de savoirs transposables dans différents contextes culturels »

Nous avons postulé, à plusieurs reprises dans ce travail, que la maïeutique revêtait un caractère universel sans pour autant lui retirer également un caractère particulariste. En effet, une part de la mise en œuvre des compétences des professionnels de la maïeutique ne peut s'envisager avec efficacité qu'à travers le prisme d'un système socio-culturel particulier (communication verbale et non verbale, rapport à l'Autre etc.). Malgré cela, c'est sur la dimension universelle de la maïeutique que nous souhaitons revenir dans cette hypothèse. En effet, l'étude des documents à l'échelle internationale que nous avons effectuée, montre des caractéristiques communes dans le champ de la maïeutique. Il s'agit, par exemple, d'un certain nombre de valeurs qui semblent pouvoir être universelles comme le respect des Droits Humains notamment en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, la justice, l'équité et l'altérité. Cela concerne également l'activité professionnelle et de formation des acteurs de la maïeutique qu'il est possible de décrire en termes de référentiels métier et de formation et de recommandations. Nous pensons, par exemple, à l'*Evidence Based Practice*, au référentiel dit de « compétence » de l'ICM (bien qu'il ne fasse pas vraiment état de compétences mais plutôt de situations types), à des modèles de soins décrits par les anthropologues et les sciences de la santé ou encore à l'articulation étroite des activités professionnelle et de formation (notamment par la mise en cohérence des référentiels métier et de formation et le recours à l'alternance).

Nous avons également identifié des problématiques communes dans ce champ. En effet, l'étude des documents à l'échelle internationale que nous avons effectuée, nous montre aussi que des problématiques communes se retrouvent partout dans le monde et que celles-ci concernent aussi bien l'activité professionnelle que l'activité de formation. Nous souhaitons mettre en perspective deux de ces problématiques retrouvées dans le contexte brésilien avec les deux autres contextes que nous connaissons le mieux à savoir : le contexte français et le contexte suisse. Nous choisissons de ne traiter que deux de ces problématiques communes bien qu'elles soient plus nombreuses. Notre choix s'est arrêté sur : la médicalisation de la naissance et de l'accouchement et le manque de reconnaissance sociale des professionnels exerçant la maïeutique.

La médicalisation de la naissance et de l'accouchement

En France, cette problématique est très bien décrite et résumée dans l'ouvrage de Charrier et Clavandier (2013) portant sur la sociologie de la naissance. Ainsi, les deux auteurs y indiquent que :

> L'une des tendances les plus significatives du moment est la mise en question de la technicisation de la naissance identifiable chez les professionnels eux-mêmes, comme chez les parturientes. Depuis les années 1990, en France (le mouvement étant plus ancien au Québec et aux Etats-Unis), on voit apparaître des projets alternatifs placés sous le signe d'un accompagnement « plus doux » et présenté comme plus proche de la physiologie. Voulant sortir d'un modèle de la pathologie et du risque – lequel est

> transposable à toutes les situations quand bien même la plupart des conceptions, des grossesses, des accouchements et des nouveau-nés nécessitent en simple suivi – cette perspective renouvèle l'approche de la naissance, avec en filigrane la simplicité, l'authenticité et une prise en charge plus « naturelle ». Les *maisons de naissance*, les *pôles physiologiques*, le *projet de naissance*, comme dispositifs et espaces, vont dans cette direction initiée par quelques têtes de pont chez les obstétriciens, mais surtout par des sages-femmes et des mouvement associatifs, dont l'écho est perceptible du côté de certains parents. Fondée sur un « accompagnement global », cette nouvelle voie possible n'est pas sans enjeux économiques, puisque l'étalonnement des naissances sur le risque le plus élevé a un coût certain. En revenir à un suivi moins technique et médicalisé offre l'avantage d'être moins onéreux. Elle est également édifiée sur un régime de valeurs qui développe des ressorts idéologiques débordant la simple question du suivi de grossesse et de l'accouchement. (Charrier & Clavandier, 2013, p. 10)

En Suisse, Sartori (2021) décrit la médicalisation de la naissance et de l'accouchement à travers le développement d'une culture de prise en charge médicale cherchant à limiter les risques et les dangers. Cette culture est renforcée par le groupe professionnel qui la met en œuvre (les médecins gynécologues-obstétriciens) et est acceptée par la population générale. Ce modèle est donc rarement remis en question. En effet, elle indique que :

> La médicalisation des soins de maternité en Suisse, au cours du siècle dernier, semble avoir conduit à une culture dans laquelle les gynécologues suisses détiennent un pouvoir disciplinaire sur les femmes. Ce pouvoir est maintenu par leur influence et l'utilisation de la médecine de surveillance rendue possible par le recours libéral des technologies de la santé, construisant ainsi une culture de soins maternels médicalisés qui devient ensuite une norme sociale. Les femmes sont maintenues dans la conformité en limitant leur connaissance des choix qui leur sont offerts par le contrôle de l'information, réduisant ainsi leur propre pouvoir décisionnel (Fahy, 2002). Bien que les femmes puissent théoriquement exercer un choix concernant leurs soins de maternité, de puissantes normes et influences sociales les empêchent souvent de faire des choix en dehors de ce qui est alors considéré comme la norme (Brailey et al., 2015). (Sartori, 2021, p. 6)

De plus, en lien avec cette médicalisation, la Suisse est également confrontée (tout comme le Brésil) à la gestion de son taux de césarienne qui est d'environ 30%. A tel point que la naissance chirurgicale fait maintenant l'objet de recherches scientifiques. En effet, une recherche nommée : « le vécu des parents de la naissance chirurgicale. Une recherche socio-anthropologique sur la culture de la césarienne en Suisse » est actuellement en cours dans ce pays. Elle est financée par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique pour une durée de quatre années et vise à apporter un éclairage sur la culture de la césarienne en Suisse à travers les expériences et les discours des parents mais aussi de professionnels de la santé d'hôpitaux (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres) et de thérapeutes privés spécialisés dans les soins post-partum et la récupération post-césarienne. D'un point de vue méthodologique, il s'agit d'une étude monocentrique (dans le Canton de Vaud) et qualitative de type socio-anthropologique (ethnographique) utilisant les outils méthodologiques suivants : des entretiens

semi-directifs, des observations selon la méthode du shadowing et une analyse documentaire du contenu des médias et d'internet.

Le manque de (re)connaissance sociale des professionnels exerçant la maïeutique

En France, sans pour autant parler de manque de reconnaissance des sages-femmes de la part des obstétriciens, Jacques (2007, dans son ouvrage consacré à la sociologie de l'accouchement) identifie très bien deux cultures professionnelles différentes entre ces deux acteurs de la périnatalité. En effet, elle y indique :

> Les deux acteurs principaux de l'enfantement dans l'institution hospitalière sont l'obstétricien et la sage-femme. Depuis l'arrivée de l'homme accoucheur dans les couches, la sage-femme a progressivement perdu sa place centrale dans la naissance. Le législateur a confirmé ce glissement d'une profession à l'autre, en plaçant la sage-femme sous l'autorité médicale. La naissance se trouve ainsi divisée en deux catégories : ce qui est de l'ordre du normal et ce qui est de l'ordre du pathologique, catégories qui elles-mêmes renvoient au partage des rôles entre sages-femmes et obstétriciens. Dès lors, nous avons affaire à deux logiques professionnelles différentes. (Jacques, 2007, p. 47)

De plus, elle met en avant le fait que la profession de sage-femme en France est une profession à risque identitaire. En effet, « la reconnaissance de la "spécificité sage-femme" n'est donc pas acquise et fait d'ailleurs l'objet d'actions défensives de la part de la profession. … Le collectif redonne du sens à la spécificité du métier. Les revendications s'axent alors toutes sur le même thème : l' "insubstituabilité " de leurs compétences » (Jacques, 2007, p. 47). En effet, les récents mouvements de grève des sage-femmes françaises vont dans ce sens et surtout dans le sens d'un manque de reconnaissance de la part des instances politiques. Cette récente mobilisation des sages-femmes françaises faisait suite aux accords du 13 juillet 2020 relatifs au Ségur de la Santé (revalorisation salariale des professions de santé) dont elles ont été les « grandes oubliées ».

En Suisse, comme nous l'avons vu, le modèle hégémonique de prise en charge de la naissance et de l'accouchement est donc un modèle médical. De ce fait, « la Suisse recense un haut niveau d'interventions obstétricales combinées à un bas niveau de soins gérés par des sages-femmes » (Sartori, 2021, p. 6). En effet, les sages-femmes suisses (comme au Brésil) ne peuvent utiliser l'ensemble de leurs compétences : « la réalité sur le terrain reste … sensiblement la même qu'il y a plusieurs années et de nombreuses sages-femmes ne sont pas en mesure d'utiliser toutes leurs compétences dans leur pratique quotidienne (Luyben & Robin, 2009 ; FSSF, 2013) » (Sartori, 2021, p. 7). Ceci est en partie expliqué par les représentations que les différents acteurs ont sur ce groupe professionnel et ces représentations sont liées à une méconnaissance de leur rôle et de leur champ de compétence. En effet, en ce qui concerne les femmes, certaines « ont émis de l'inquiétude à n'être suivies que par une sage-femme et disaient se sentir plus en sécurité lors de suivi effectué par un gynécologue. Ces mêmes femmes ont précisé percevoir la sage-femme davantage comme un soutien émotionnel pendant la grossesse et l'accouchement et prodiguant les soins post-partum, que comme une professionnelle de santé prodiguant des soins médicaux pendant la grossesse » (Sartori, 2021, p. 8).

Ainsi, la reconnaissance sociale partagée des sages-femmes fait partie du caractère universel de la maïeutique malgré le fait que la journée du 5 mai soit décrétée Journée internationale de la sage-femme.

Partant de ces constats « universaux » et compte tenu de la valeur ajoutée que représente la maïeutique pour les populations, comme l'a mis en évidence la revue scientifique *The Lancet,* nous tentons de conceptualiser la maïeutique de façon à identifier les invariants opératoires de son activité que nous postulons transposables dans d'autres contextes socio-culturels que le contexte brésilien dans lequel cette conceptualisation aura été élaborée (mais cela restera à vérifier dans d'autres études qui pourront être les suites et perspectives de la nôtre). C'est dans la réponse à cette dernière hypothèse que nous sollicitions la didactique professionnelle, dans une utilisation peut être peu habituelle. En effet, nous l'avions précisé dans les limites de notre étude, notre approche conceptuelle de la didactique professionnelle et plus particulièrement du terme de « conceptualisation » l'est dans un sens inhabituel. La didactique professionnelle se centre plutôt sur la conceptualisation dans l'action des individus et relève davantage d'une dimension individuelle. Mais nous avons également pu déterminer avec notre cadre conceptuel que les schèmes pouvaient être pertinents pour analyser des interactions sociales car ils sont sources d'apprentissages à plusieurs niveaux et donc y compris également à l'échelle d'un collectif. En effet, les invariants opératoires sont ce qui désigne ce qui peut être considéré comme fixe ou permanent dans le concept. C'est-à-dire des éléments en lien avec ce concept qui se retrouveront dans différents contextes ou différentes situations. Pour Pastré, les caractéristiques d'un concept sont qu'il est abstrait, général et issu d'un mouvement d'abstraction. En reprenant Douady (1986), Pastré indique : « un concept, … peut être traité comme un outil, qui sert à résoudre des problèmes, mais aussi comme un objet, dont on peut identifier les propriétés et les relations » (2014, p. 150). Ce qui est particulièrement intéressant avec Pastré c'est la différence qu'il fait entre « concept » et « conceptualisation ». Il indique alors, que contrairement au concept, « la conceptualisation n'est ni un outil, ni un objet ; c'est une activité, qui a pour but de produire des concepts, qui permettent à un sujet de mieux s'adapter au réel, de mieux adapter le réel à lui-même, mais aussi de mieux connaitre le réel » (Pastré, 2014, p. 150). Dans ce même état d'esprit, nous trouvons la définition suivante du concept par Maulini comme étant « à l'interface de la formalisation du savoir et de son usage dans des situations réelles » (2016, p. 45). Ainsi, pour la didactique professionnelle, le développement professionnel va correspondre au processus d'élaboration des schèmes, des invariants opératoires, des concepts organisateurs et pragmatiques qui se regrouperont au sein de la structure conceptuelle de la situation. Pour en revenir aux schèmes dans le cadre de la didactique professionnelle, c'est Vergnaud qui développa ce concept à partir des travaux de Piaget. En effet, il part du principe que toute activité est organisée et que, donc, il est possible d'analyser cette organisation. Vergnaud suggère alors que l'organisation de cette activité est composée d'invariants, de nature conceptuelle, ce qu'il appelle des « schèmes ». Ces schèmes sont, pour lui, la pierre angulaire de l'analyse de l'activité et sont composés de quatre éléments dont les invariants opératoires. Le schème est donc pertinent pour analyser aussi bien des gestes que des raisonnements, des opérations ou encore des interactions sociales. En effet, dans la mesure où il peut être décrit, comparé, évalué et analysé, il sert d'apprentissages pour un collectif. Ce qui rend possible l'adaptation du schème dans diverses situations, est le fait que

l'organisation de l'activité possède une part d'invariance qui est finalement la part généralisable de l'action. Cette part généralisable de l'action « est de nature conceptuelle, si on veut bien entendre par là que la première fonction des concepts est d'organiser l'action » (Pastré et al., 2006, p. 154). Le schème est même un concept de nature pragmatique puisqu'il « sert de "passeur" entre un registre pragmatique et un registre épistémique » (Pastré et al., 2006, p. 154). Mais par exemple, l'invariant opératoire qui ne peut aller sans le schème est, lui, un concept en acte (explicite ou implicite et informel). En effet, les invariants opératoires sont « des instruments de la pensée qui servent aux humains à s'adapter dans le monde et qui rendent celui-ci compréhensible pour eux. Ces invariants sont construits par le sujet dans sa confrontation avec le réel » (Pastré et al., 2006, p. 155). Ils caractérisent, organisent et guident un domaine de l'action sous forme de propositions tenues pour vraies par le sujet qui lui permettent de relever des informations dans son environnement et de poser un diagnostic de la situation. Il s'agit donc d'une démarche de conceptualisation au sein du schème. En synthèse, « la fine pointe du concept de schème consiste à articuler le caractère adaptable de l'activité et l'invariance de son organisation » (Pastré, 2014, p. 88) comme le disait également Champy-Remoussenard.

Ainsi, notre conceptualisation de la maïeutique correspond donc à l'activité que nous avons menée, en tant que chercheure, pour identifier les invariants opératoires de l'activité maïeutique au Brésil afin de pouvoir ensuite les mettre à l'épreuve dans d'autres contextes socio-culturels. Ceci était l'un de nos objectifs de recherche. Nous considérons que la caractérisation de la maïeutique que nous avons effectué dans un esprit universel lors de la réponse à notre première hypothèse est une forme de conceptualisation par le repérage d'invariants dans une culture professionnelle. Et nous avons pu mettre en évidence qu'il était possible de s'appuyer sur cette conceptualisation pour aborder la professionnalisation des acteurs de la maïeutique lors de la réponse à notre seconde hypothèse. Ainsi, nous avons pu traiter la première partie de notre problématique et nous abordons maintenant la seconde partie de celle-ci à travers notre troisième hypothèse. En effet, nous souhaitons continuer à mettre en évidence des invariants opératoires à travers une démarche de conceptualisation nous permettant d'étudier le développement d'un corps de métier et plus largement, d'une culture professionnelle.

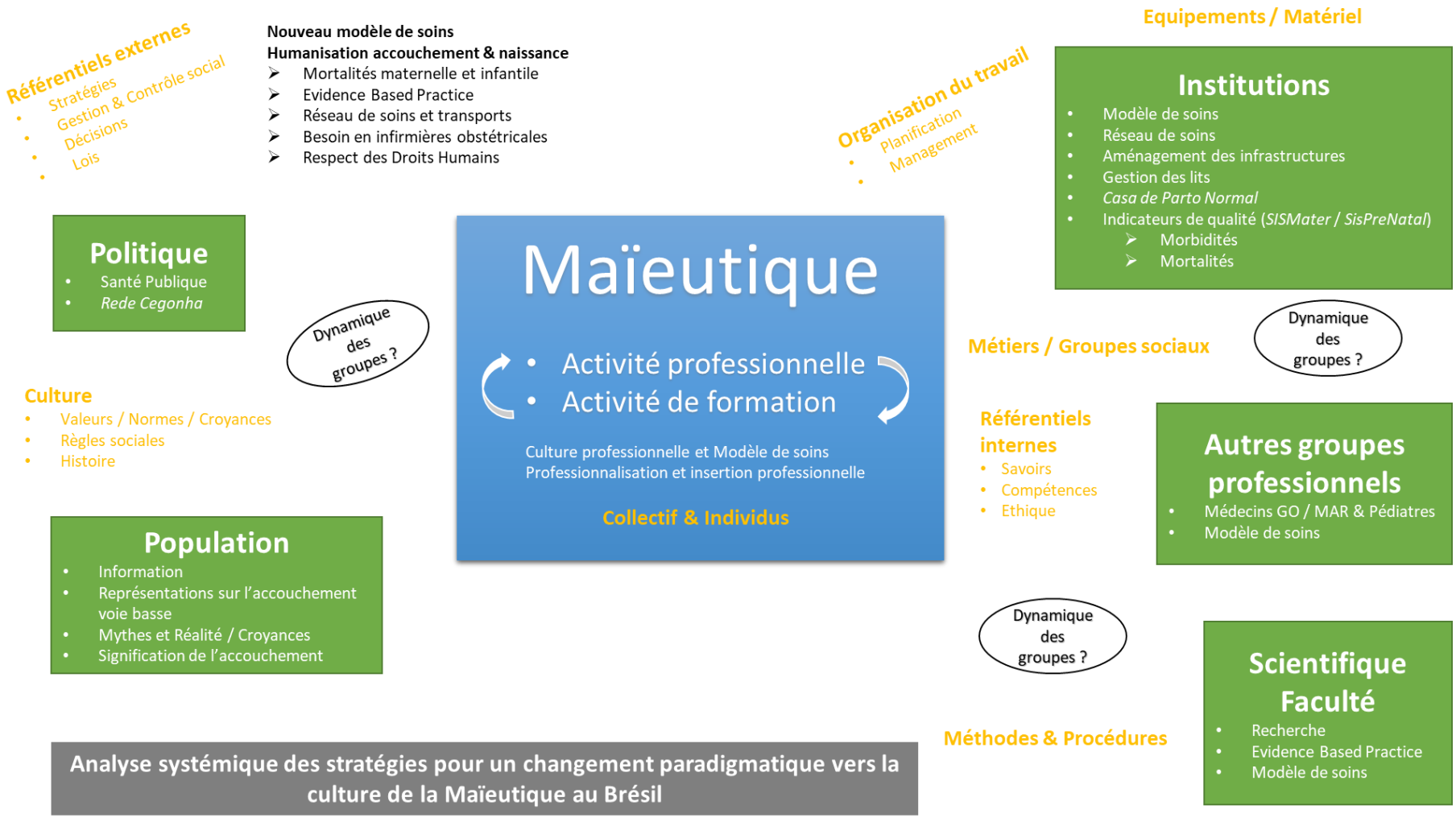
3.1.Notre proposition de conceptualisation de la maïeutique

> « A partir d'une conception du professionnel comme acteur autonome, responsable de ses actes, maîtrisant des savoirs professionnels (savoirs de références et savoirs d'expérience) inscrits dans une organisation, évoluant dans un contexte, agissant au nom d'une éthique, les voies d'analyses sont plurielles dès lors qu'elles mettent en relation des processus, des procédures suscités par des dispositifs de formation ou par des situations de travail ».
>
> Jorro dans Jorro, 2014, p. 78

C'est l'une de ces voies d'analyse que nous proposons de poursuivre avec notre conceptualisation et qui concerne le développement professionnel des acteurs de la maïeutique au Brésil. En effet, l'une des finalités de recherche sur le développement professionnel est une finalité heuristique visant à décrire, comprendre et expliquer « à partir d'outils théoriques et méthodologiques particuliers, les données empiriques collectées sur les comportements et les discours des acteurs professionnels. Les connaissances construites débouchent sur des concepts généraux, voire plus globalement sur des modèles théoriques, qui répondent aux critères de validité scientifiques propres aux sciences humaines et sociales … L'intention dominante de cette finalité est l'intelligibilité des processus qui participent au développement professionnel » (Lefeuvre et al., 2009, p. 280). « Le développement professionnel peut ainsi être appréhendé à partir de l'étude des conceptualisations (et de leurs évolutions) qui sont construites et mobilisées par les acteurs dans et par leurs pratiques professionnelles » (Lefeuvre et al., 2009, p. 293).

Nous proposons, à travers le schéma ci-dessous élaboré dans une dimension macro, la conceptualisation de la maïeutique et son explication.

Figure 15 : Notre conceptualisation de la maïeutique



Ainsi, dans une approche systématique et (en partie) universelle, interroger le développement d'une culture professionnelle (la maïeutique) et d'un corps de métier (les professionnels exerçant la maïeutique), nécessite de prendre en considération les éléments présentés sur ce schéma. En effet, ce qui nous permet d'avancer ceci et de répondre favorablement à notre hypothèse est l'identification de similitudes entre les données issues de la série scientifique *The Lancet* (2014) consacrée à la maïeutique et les données (documentaires et empiriques) issues de notre recherche. Pour commencer, *The Lancet* indique le bénéfice et la valeur ajoutée que représente la *maïeutique* pour les populations à partir du moment où elle s'appuie sur des professionnels formés, entrainés, diplômés et contrôlés. Cela permet notamment de réduire les taux de mortalités maternelle et infantile et de diminuer la médicalisation de l'accouchement dit à « bas risque » par la réalisation de gestes en routine non scientifiquement justifiés. Or, nous pouvons dire que ce que nous avons analysé de nos observations et de nos entretiens à l'HSF répond à ceci. En effet, la pratique de la maïeutique dans cette institution concerne essentiellement des accouchements dits à « bas risque » et 88% d'entre eux sont réalisés par les nonante infirmières obstétricales de l'institution. De plus, ces infirmières obstétricales fondent essentiellement leur pratique (même si nous y avons observé des variations interindividuelles) sur un modèle de soins humaniste selon la typologie des modèles de soins dans le champ de la périnatalité de l'anthropologue américaine Robbie Davis-Floyd (1998) et sur les *recommandations scientifiques* actuelles de leur champ d'exercice. Or, les indicateurs de cette maternité en termes de mortalités maternelle et néonatale figurent parmi les plus bas de la ville de Belo Horizonte. Cela va donc dans le sens que 80% des décès de mères et de nouveau-nés pourraient être évités si les pratiques autour de la naissance et de l'accouchement se fondaient sur ce que nous appelons la maïeutique. Ces caractéristiques semblent donc être opératoires et transposables à d'autres contextes socio-culturels mais sous réserve de conditions, de nouveau très bien mises en évidence à la fois par *The Lancet* et l'analyse de nos données. En effet, la maïeutique repose sur des professionnels dotés de compétences, d'un savoir culturel et interpersonnel mais la poursuite des objectifs internationaux de réduction des mortalité maternelle et infantile et de diminution de la médicalisation des accouchements dits « à bas risque », ne peut uniquement s'entrevoir à travers un corps professionnel. En effet, cela doit reposer sur une stratégie globale des systèmes de soins. Il s'agit d'opérer une transition majeure en ancrant profondément la pratique des professionnels exerçant la maïeutique et en améliorant le respect des processus physiologiques liés à la grossesse et à l'accouchement mais ceci doit passer par des *politiques de santé publique* et par un dialogue et un partenariat permanent entre les *différents professionnels de la périnatalité* et les *usagers* sous la forme d'une pratique collaborative. De plus, ce que *The Lancet* identifie mais que nous n'avons pu vérifier dans notre étude est le fait que la maïeutique repose sur des soins rentables, abordables et durables. Le retour sur investissement issu de la formation et de l'emploi de professionnels exerçant la maïeutique est similaire au coût par décès évité grâce à la vaccination. De plus, nos données ont également souligné l'importance des *contextes institutionnels* dans la mise en œuvre de la pratique de la maïeutique. En effet, celle-ci n'est possible que si les institutions soutiennent sa mise en œuvre aussi bien sur le plan des ressources humaines (avoir les professionnels et les laisser agir de façon autonome dans leur champ de compétence) que sur le plan des ressources matérielles (adapter les infrastructures).

Les points de vigilance à avoir pour la mise en place de cette stratégie globale sont les freins suivants identifiés par *The Lancet* : le manque de compréhension de la pratique des professionnels exerçant la maïeutique et de son intérêt (nous avons retrouvé ceci dans le contexte brésilien à travers les discours des patientes de notre étude qui méconnaissent les infirmières obstétricales) ; le faible statut des femmes (nous n'avons pu le mesurer dans notre étude) ; les rivalités interprofessionnelles (nous avons également retrouvé ceci dans le contexte brésilien à travers les discours des professionnels de notre étude) et la privatisation de la naissance (nous avons aussi retrouvé ceci dans le contexte brésilien à travers notre analyse documentaire et les discours des professionnels, des étudiants, des professeurs et coordinateurs de formation de notre étude). Encore une fois, il semble donc que la maïeutique revêt un caractère universel pour certains aspects et que l'effort de caractérisation de cette dernière permet la production de savoirs transposables dans différents contextes culturels. En effet, nous pouvons également souligner à ce titre les modèles de soins gérés par les sages-femmes à travers le *Midwife-led care*[179] et le *Midwife-led continuity of care*[180]. Nous ne développerons pas ces modèles de soins outre mesure mais nous en avons présenté quelques caractéristiques en bas de page afin de montrer au lecteur que ceux-ci sont cohérents avec les données issues de notre étude et les éléments de réponse à notre première hypothèse.

Pour poursuivre sur le développement de la culture de la maïeutique et du corps de métier l'exerçant, nous présentons maintenant des pistes de réflexion et de recherche sur celui-ci en nous servant des indicateurs de développement professionnel. Notre recherche s'est davantage inscrite dans la dimension collective de la maïeutique que dans la dimension individuelle mais nous retiendrons également les pistes individuelles au développement professionnel dans cette partie. Ainsi, notre recherche via cette conceptualisation, a donc tenté de produire un modèle heuristique « sur les dynamiques de transformation des pratiques, des comportements et des modes de pensée des acteurs professionnels » (Lefeuvre et al., 2009, p. 280). En effet, la perspective développementale du développement professionnel « a l'avantage de proposer des modèles généraux de l'évolution professionnelle des acteurs dans un champ donné, ces modèles pouvant servir de repères pour comprendre et

[179] Le *Midwife-led care* est un modèle de soins « où le principal prestataire de soins est la sage-femme. La philosophie de ce modèle repose sur la physiologie et la capacité naturelle des femmes à vivre leur accouchement sans intervention de routine. De nombreuses études récentes soulignent le fait que les services de maternité qui incluent ce modèle sont liés à un coût de soins plus faibles par rapport aux autres modèles de soins. En outre, il peut également améliorer l'issue de la grossesse et la satisfaction des familles (Kenny et al., 2015 ; Butler et al., 2014) » (Sartori, 2021, p. 13).

[180] Le *Midwife-led continuity of care* est un modèle de soins « dans lequel une seule sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes suit et accompagne une femme tout au long de la période prénatale, intrapartum et postnatale (OMS, 2016). … C'est un modèle de soins qui combine les soins gérés par les sages-femmes et la continuité des soins afin d'optimiser la façon dont les soins sont fournis aux femmes ainsi que leur satisfaction (Homer, 2016) » (Sartori, 2021, p. 14).

expliquer les processus de socialisation professionnelle ainsi que les crises et les ruptures identitaires associées à ces processus » (Lefeuvre et al., 2009, p. 278). Pour cela, il était nécessaire d'« identifier des régularités ou des stabilités qui permettent de caractériser les savoirs et les pratiques construits et mobilisés par les professionnels puis d'expliquer leur dynamique évolutive (Bru, 2002) » (Lefeuvre et al., 2009, p. 280). Tout comme la perspective professionnalisante du développement professionnel qui permet également de « produire des connaissances permettant de décrire, de comprendre et d'expliquer les processus de production des savoirs professionnels (et leurs évolutions) qui permettent aux acteurs d'être efficaces dans leur métier » (Lefeuvre et al., 2009, p. 280). Le développement professionnel repose à la fois sur des processus individuels quand il concerne le sujet et son activité et sur des processus collectifs et organisationnels quand il concerne le collectif et son activité.

En ce qui concerne les processus individuels, nous y retrouvons les théories cognitives comme (justement) la didactique professionnelle que nous avons déjà bien définie. Nous y retrouvons également les théories socio-cognitives qui « tentent d'expliquer le développement professionnel et personnel des individus à partir des médiations sociales et culturelles (Marcel, 2005). Ces médiations peuvent être caractérisées par les cadres et instruments culturels que mobilisent les individus au sein de leurs pratiques » (Lefeuvre et al., 2009, p. 283). En effet, les déséquilibres intra-individuels favorisent la « décentration de l'individu par rapport à son propre point de vue, par la prise de conscience de réponses possibles autres que la sienne »[181] (Lefeuvre et al., 2009, p. 284). Enfin, nous y retrouvons pour terminer les théories de la cognition située qui « peuvent expliquer le développement professionnel en mettant en évidence le rôle important des éléments du contexte professionnel (les acteurs, les objets, les dispositifs, etc.) et de son évolution dans l'acquisition des perceptions, des représentations et des connaissances des sujets en lien avec la réalisation des tâches professionnelles et de la construction des composantes identitaires. Les pratiques professionnelles sont situées dans un contexte donné (dans ses composantes matérielles, sociales et historiques) qui fournit des ressources mais qui définit des contraintes, qui ont un coût pour la personne dans son développement (Beguin, 2007) » (Lefeuvre et al., 2009, p. 286).

En ce qui concerne les processus collectifs et organisationnels, le développement professionnel se situe dans une dimension collective, voire sociale ou sociétale. En effet, l'évolution des

[181] C'est ce que nous avons particulièrement vécu à titre personnel professionnel lors de la réalisation de notre récolte de données au Brésil. En effet, celle-ci a participé à notre développement professionnel de façon certaine car « les individus, par leur capacité symbolique, peuvent apprendre de nouveaux "patrons" de comportements et leurs conséquences par la démonstration physique, la représentation imagée ou bien par la description verbale » (Lefeuvre et al., 2009, p. 284). Nous comprenons mieux maintenant pourquoi nous avions le sentiment d'être devenue une sage-femme hybride franco-brésilienne à notre retour dans la pratique des soins française après notre séjour brésilien.

ressources cognitives et affectives des professionnels est également en partie déterminée par les conditions de travail (matérielles, organisationnelles, relationnelles, culturelles, etc.). En effet, « l'environnement comme le sujet sont également caractérisés par des structures "relativement" stables, pré-établies, qui conditionnent les pratiques professionnelles des acteurs et leurs ressources construites et mobilisées dans l'action » (Lefeuvre et al., 2009, p. 286). Ces structures peuvent représenter des ressources ou des contraintes pour les professionnels et ainsi être la source d'opportunités ou d'obstacles en termes de développement professionnel : « l'organisation de l'activité (la division du travail, les prescriptions des tâches de travail, les outils disponibles et/ou construits par les acteurs) mais également les besoins et les valeurs insérés dans un contexte social et culturel particulier ont un impact sur les composantes des situations rencontrées par les professionnels mais également sur leurs propriétés personnelles » (Lefeuvre et al., 2009, p. 286). Parmi les théories du développement professionnel centrées sur le collectif et son activité, nous y retrouvons les théories de la cognition collective qui affirment « que le collectif d'individus apprend en faisant, développe des ressources cognitives dans le cadre de ses pratiques d'échanges, de collaborations et de coordinations » (Lefeuvre et al., 2009, p. 286). Ces théories vont regrouper la « communauté de pratiques » (nous l'avons déjà définie) qui, en termes de développement professionnel, « pourrait expliquer comment les individus acquièrent de nouveaux savoirs professionnels communs et partagés par l'intermédiaire de leur participation à un collectif de travail, ayant ses propres buts, ses propres moyens d'action et ses propres valeurs » (Lefeuvre et al., 2009, p. 287). Elles regroupent aussi l'« apprentissage organisationnel » (nous l'avons déjà défini également) qui, dans le cadre professionnel, « peut aider à identifier dans un premier temps les savoirs professionnels qui ont été capitalisés par l'organisation puis dans un deuxième temps à comprendre comment ces savoirs sont mobilisés dans les pratiques professionnelles comme des supports et des ressources pour réaliser efficacement des tâches ou pour se positionner d'un point de vue identitaire » (Lefeuvre et al., 2009, p. 287). Ainsi, les théories de la cognition collective favorisent la construction des ressources des professionnels dans et par le collectif et « peuvent participer à expliquer les processus de développement professionnel en mettant en évidence le rôle du contexte organisationnel et des pratiques collectives des acteurs dans la construction de savoirs professionnels relatifs à la prise en charge de la tâche professionnelle et à la socialisation professionnelle » (Lefeuvre et al., 2009, p. 288). En poursuivant sur le développement professionnel centré sur le collectif et son activité, nous abordons maintenant la sociologie de l'action. En effet, « les courants de la sociologie de l'action peuvent également être convoqués pour expliquer les processus de développement professionnel des individus. Ils mettent en évidence le fait que l'étude des pratiques des acteurs doit être mise en relation avec les différents niveaux (non hiérarchisés) de contexte (organisationnel, social et sociétal) dans lesquelles ils sont insérés. On ne peut comprendre et expliquer les raisons de l'action sans les mettre en perspective avec les éléments sociaux, culturels et historiques de leur environnement » (Lefeuvre et al., 2009, p. 288). Parmi les théories de la sociologie de l'action, nous retrouvons la sociologie de l'action stratégique ou politique, l'école des conventions, la sociologie de l'expérience et la socialisation professionnelle. Enfin, le dernier point relevant du développement professionnel centré sur le collectif et son activité est celui de la sociologie psychologique dont « l'idée consiste à se demander ce que font, pensent ou croient les mêmes individus dans des domaines différents de pratiques » (Lefeuvre et al., 2009, p. 289). Le social

est ici saisi à l'échelle de l'individu. En effet, « au lieu d'identifier les principes de variation des comportements, des pratiques, des cultures, des représentations, des individus d'un point de vue macro-sociologique : variations inter-époques, variations inter-groupes (inter-classes), variations inter-sociétés, il se centre sur les variations intra-individuelles des comportements » (Lefeuvre et al., 2009, p. 289). C'est ainsi que Kauffman (2004) mobilise cette approche pour comprendre la construction identitaire des individus. En effet, « à partir d'une lecture intra et inter-individuelle des comportements et des pensées, il montre le travail de composition identitaire que réalisent les acteurs pour donner un sens (une signification et une direction) à ce qu'ils font et à ce qu'ils sont. Pour effectuer ce travail de construction identitaire, les individus doivent composer entre leurs dispositions acquises durant leurs socialisations passées et les ressources sociales disponibles au sein de leur environnement » (Lefeuvre et al., 2009, p. 289).

En synthèse, nous pouvons indiquer que « le développement professionnel comme objet d'analyse concerne les relations entre un sujet (ses ressources cognitives et affectives), la configuration de ses modalités d'action mises en œuvre en situation, puis l'environnement professionnel (avec ses différents niveaux de contextes ; social, culturel, temporel, spatial, etc.) dans lequel il exerce. Ces trois éléments (le sujet, ses actions et l'environnement) sont interdépendants et participent à décrire, à comprendre et à expliquer le développement professionnel » (Lefeuvre et al., 2009, p. 290). En ce qui nous concerne nous avons fait le choix, à travers notre recherche, d'effectuer une lecture extrinsèque de ces éléments qui « rend compte des logiques propres aux contextes (social, culturel, historique, relationnel, cognitif, etc.) et à l'action » (Lefeuvre et al., 2009, p. 302).

4. Ouvertures et perspectives à notre recherche

Arrivée au terme de ce travail, nous pensons que la conceptualisation de la maïeutique que nous avons faite dans le contexte brésilien peut offrir des pistes d'analyse plus larges c'est-à-dire pouvant s'adapter à d'autres contextes socio-culturels. En effet, en prenant appui sur des indicateurs de développement professionnel, il semble possible de transposer et d'exporter nos grilles d'analyse à d'autres contextes (avec des adaptations locales) pour étudier la maïeutique. Ce qui nous permet d'émettre cette idée est le fait, qu'en tant que professionnelle de la maïeutique ayant exercé en France et en Suisse, nous retrouvons des similitudes avec le contexte brésilien. Mais ces données relèvent davantage de notre subjectivité et sont des données intériorisées et non vraiment objectivées. C'est pourquoi, un travail d'objectivation à partir de nos grilles d'analyse permettrait de nous assurer que se baser sur des indicateurs de développement professionnel est une approche féconde et pertinente pour éprouver l'universalité de la maïeutique au regard de son utilité sociale et de sa structuration interne[182]. Cela permettrait de continuer à construire la reconnaissance professionnelle de la maïeutique pour autrui et l'identité collective des acteurs de la maïeutique. En d'autres termes, cela permettrait de continuer à inscrire la maïeutique dans une logique de professionnalisation « à travers la définition des buts de l'organisation, de ses fonctions et des rôles attendus au regard de ses fonctions » (Lefeuvre et al., 2009, p. 301). Ceci permettrait aussi de questionner le rôle de la maïeutique entendu, selon Linton (1967), comme « "l'ensemble des modèles culturels associés à un statut donné". Le rôle englobe par conséquent les attitudes, les valeurs et les comportements que l'organisation et plus largement la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent ce statut » (Lefeuvre et al., 2009, p. 301).

Nous finirons en citant Berry quand il parle de l'importance de mener des recherches interculturelles aux niveaux macro, méso et micro : « … si l'on veut parvenir à une compréhension globale des principes (scientifiques) généraux qui président aux relations interculturelles, on ne doit pas se cantonner à l'étude d'un seul type de groupe, appartenant à une espèce de culture et établi dans un certain pays. … je crois aussi à la nécessité d'un tel travail comparatif, à la fois sur le plan conceptuel et empirique… » (Berry dans Costa-Lascoux, 2000, p. 91). Nous ne pouvons donc qu'encourager les travaux à la suite des nôtres car ils permettront de continuer à mettre en avant les enjeux scientifiques et professionnels de la maïeutique et d'entrer dans une démarche de comparaison, comme pour le fait éducatif. En effet, si nous revenons à notre point de départ qui était l'éducation comparée, Groux (1997) nous indique que « cette spécialité permet de réfléchir à la gestion des différences …, elle

[182] « Ainsi, le genre professionnel, fruit de l'historicité du métier, participe à réguler les gestes des professionnels en les aidant à se positionner vis-à-vis de leur objet de travail mais également vis-à-vis de leurs collègues et des acteurs appartenant à d'autres domaines professionnels » (Lefeuvre et al., 2009, p. 302). Le genre professionnel est un instrument pour agir et se positionner car il rend compte de « l'incorporation des manières de penser et d'agir partagées au sein d'un collectif de travail » (Lefeuvre et al., 2009, p. 302).

apporte des points de vue décentrés sur le traitement des problèmes éducatifs, elle donne des éclairages nouveaux sur d'autres systèmes …, elle relativise les choix effectués …, elle met en regard des organisations de curriculums variées » (p. 127).

Conclusion

En toute humilité, nous espérons avec ce travail avoir honoré notre parcours de chercheure novice en Sciences de l'Education et de la Formation. En effet, nous espérons vraiment avoir pu vérifier et/ou créer du savoir mais surtout avoir pu apporter une réponse scientifique à un questionnement professionnel. C'est pourquoi, nous proposons une réflexion sur les apports de notre recherche.

Pour les Sciences de l'Education et de la Formation

Le thème 2 du laboratoire de recherche (CIRNEF) auquel nous appartenons s'intitule « Professionnalité(s) et professionnalisation : temporalités, espaces, transformations ». Il s'intéresse à la production des professionnalités et à la professionnalisation des métiers « adressés à autrui » notamment par la mise en avant des processus rythmiques constitutifs des transformations professionnelles de milieux d'activités aussi variés que ceux de l'enseignement, de la formation, de la santé ou encore du travail social. Etant issue d'un champ disciplinaire initial différent de celui des Sciences de l'Education et de la Formation, nous nous sommes posée la question du positionnement de ces différentes disciplines entre elles dans une dimension sociale ou même encore politique. Il s'avère, à l'issue de cette recherche, que nous pouvons sans nul doute affirmer que notre recherche doctorale s'inscrit bel et bien dans le cadre de recherche en Sciences de l'Education et de la Formation. En effet, nous avons apporté des éléments de compréhension quant à la professionnalisation et la production de la professionnalité des infirmières obstétricales au Brésil produisant de nouvelles interprétations et conceptualisations. Nous avons ainsi pu mettre en avant des enjeux sociaux et professionnels forts auprès des acteurs concernés par l'activité professionnelle et de formation des infirmières obstétricales au Brésil et dégager les potentialités et les fragilités de ces dernières. Ainsi, nous avons réalisé une recherche *en* Sciences de l'Education et de la Formation *sur* la maïeutique. Tout comme il y a *des* sciences à mobiliser pour étudier l'éducation et la formation, il y a aussi dans une certaine logique également, *des* sciences à mobiliser pour étudier la maïeutique et ces sciences appartiennent, plus largement et communément, à celles des Sciences Humaines et Sociales. Les Sciences de l'Education et de la Formation et la maïeutique partagent ce point commun qui est celui d'étudier une facette (différente) de l'Humain. Or l'Humain se caractérise par ce qu'il a de complexe et de multidimensionnel en lien avec son/ses identité(s). De ce fait, plusieurs disciplines sont nécessaires pour « travailler l'Humain ». Mais quoi qu'il en soit, dans le cadre de notre recherche doctorale, notre activité professionnelle n'a finalement été que la matière dans notre laboratoire de recherche. Si nous osons un parallèle avec l'Art culinaire, nous pourrions dire que la maïeutique n'a été que les ingrédients d'une préparation orchestrée par les Sciences de l'Education et de la Formation. Ce sont bien ces dernières par leurs cadres conceptuels et méthodologiques qui ont permis cette production (de savoirs) en liant, déliant, reliant et trans-formant ces ingrédients. En somme, les Sciences de l'Education et de la Formation nous ont permises de sublimer notre matière première pour en faire quelque chose d'inédit et montrent par là même à quel point elles sont contributives et explicatives dans le champ de l'Humain.

Notre recherche doctorale s'inscrit également dans une dimension internationale et de réciprocité pour les Sciences de l'Education et de la Formation. En effet, cette dernière a pu amener de la visibilité à notre laboratoire de recherche outre-Atlantique donc à l'international ce qui représente un critère d'évaluation des laboratoires de recherche par le Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES). Malheureusement, nous n'avons pas pu inscrire notre recherche dans le cadre d'une cotutelle ou d'une codirection car il était déjà trop tard pour le faire au moment où notre objet d'étude prenait avec certitude une dimension internationale. La réciprocité des échanges se situe dans le fait que nous avons pu discuter avec nos homologues chercheures brésiliennes de nos concepts (professionnalisation, analyse de l'activité et didactique professionnelle) et plus largement de la maïeutique. Les apports furent donc réciproques puisqu'effectuer de la recherche à leurs côtés fut aussi source d'apprentissage pour nous notamment en termes de respect des procédures éthiques pour conduire une recherche mais également en termes de démarche méthodologique (formation-intervention) et protocole de recherche.

Pour nous en tant qu'Etre pluriel

Tout d'abord, notre cursus estudiantin en Master et Doctorat au sein des Sciences de l'Education et de la Formation nous a permis de nous former à, par et pour la recherche scientifique. De plus, ce cursus nous a permis d'apporter beaucoup d'intelligibilité (comme nous le disions en introduction) quant à notre activité professionnelle dans ses dimensions macro, méso et micro. Et ceci par la compréhension de phénomènes comme la professionnalisation ou encore l'interculturalité, et par la compréhension de leurs enjeux. Enfin, ce cursus a nourri et continue de nourrir une curiosité intellectuelle centrée sur les Sciences de l'Education et de la Formation ainsi que sur les Sciences Humaines et Sociales. Cela représente un enrichissement, une ouverture au monde, des rencontres, des partages, un questionnement scientifique vaste, libre, ouvert et surtout sans fin.

Du point de vue professionnel, la réalisation de cette recherche doctorale a été soutenue par notre Institution qui a accepté nos demandes de congés pour que nous puissions mener à terme ce travail. De plus, elle s'est également engagée à nous soutenir pour les suites scientifiques que nous aimerions donner à notre Thèse. En effet, comme nous l'avons indiqué nous nous sommes centrée sur la ville de Belo Horizonte. Cependant, nous nous étions rendue au COBENEO à Salvador dans l'État de Bahia le 11 novembre 2016 où nous avions présenté notre travail de recherche à l'ensemble des coordinateurs du *CEEO II* au Brésil. Ainsi, nous les avions sollicités afin de savoir s'ils seraient prêts à accueillir notre recherche dans leurs régions afin d'étendre et de poursuivre celle-ci à l'ensemble du territoire brésilien. Ce travail de recherche de plus grande ampleur pourrait faire l'objet d'un nouveau projet étant la suite logique de notre thèse. Enfin, nous pourrions également envisager initier une nouvelle étude qui consisterait à vérifier l'opérationnalité des données de notre recherche dans d'autres contextes internationaux que celui dans lequel la production de savoirs s'est effectuée.

Bibliographie

(2021, 04 18). Récupéré sur ICM International Confederation of Midwives: https://www.internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/definitions-de-licm.html

Akkari, A. (2002). Au-delà de l'ethnocentrisme en sciences de l'éducation. Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 31-48). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Albarello, L., Barbier, J.-M., Bourgeois, E., & Durand, M. (2013). *Expérience, Activité, Apprentissage.* Paris: PUF.

Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche et Formation*(35), pp. 25-41.

Araújo, N. R., & Oliveira, S. C. (2006). A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um Hospital escola da cidade do Recife. *Cogitare Enferm*, pp. 31-38.

Ardouin, T. (2008). De la compétence individuelle aux capacités organisationnelles : regard croisé France Québec. *ACFAS - Colloque Management des capacités organisationnelles.* Québec.

Ardouin, T. (2013). *Ingénierie de formation* (éd. 4e). Paris: Dunod.

Ardouin, T., Briquet-Duhazé, S., & Annoot, E. (2017). *Le champ de la formation et de la professionnalisation des adultes. Attentes sociales, pratiques, lexique et postures identitaires.* Paris: L'Harmattan, Coll. Ingénieries et Formations.

Astolfi, J.-P. (2011). *Savoirs en action et acteurs de la formation* (éd. 3e). Rouen: PURH.

Audy, S. (2008). *Parcours à l'intention des membres des comités d'éthique de la recherche à qui la recherche qualitative enlève toute assurance...* Montréal: Comité de liaison en éthique de la recherche de l'Université de Montréal.

Bachelard, G. (2011). *La formation de l'esprit scientifique* (éd. 3e). Paris: Librairie Philosophique J.VRIN.

Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités.* Paris: PUF.

Barbier, J.-M. (2014). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (éd. 3e). Paris: PUF.

Barbier, J.-M., & Durand, M. (2003). L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales ? *Recherche et Formation*(42), pp. 99-117.

Barbosa, P. G., Carvalho, G. M., & Oliveira, L. R. (2008). Enfermagem obstétrica : descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. *O Mundo da Saúde São Paulo*, pp. 458-465.

Bastide, R. (1999). *Brésil Terre des Contrastes* (éd. 2e). Paris: L'Harmattan.

Bastide, R. (2001). *Le prochain et le lointain.* Paris: L'Harmattan.

Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales.* Paris: Editions La Découverte & Syros.

Beckers, J. (2012). *Compétences et identité professionnelles.* Bruxelles: De Boeck.

Béguin, P., & Clot, Y. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *@ctivités revue électronique, 1*(2), pp. 35-49.

Benarrosh, Y. (1999). La notion de transfert de compétence à l'épreuve de l'observation. *Travail et Emploi*(78), pp. 53-65.

Berry, J. W. (2000). Acculturation et identité. Dans J. Costa-Lascoux, *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri* (pp. 81-94). Paris: L'Harmattan.

Boissart, M. (2013). *Le référentiel de formation infirmière : un levier de la professionnalisation.* Rueil-Malmaison: Éditions LAMARRE.

Bolle De Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés, 2*(80), pp. 99-131.

Boudjaoui, M. (2010). Une lecture de dispositifs de formation de l'enseignement supérieur à partir des dynamiques professionnalisantes qu'ils induisent. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, (pp. 1-10). Genève.

Bourdoncle, R. (2000). AUTOUR DES MOTS "Professionnalisation, formes et dispositifs". *Recherche et Formation n°35*, pp. 117-132.

Bourgeois, É. (1996). Identité et apprentissage. *Éducation permanente*(128), pp. 27-35.

Boutillier, S., Goguel D'Allondans, A., Labère, N., & Uzunidis, D. (2014). *Méthodologie de la thèse et du mémoire.* Levallois-Perret: Groupe Studyrama.

Boutinet, J.-P. (2009). Préface. Dans C. Guillaumin, S. Pesce, & N. Denoyel, *Pratiques réflexives en formation - Ingéniosité et ingénieries émergentes* (pp. 7-12). Paris: L'Harmattan.

Camacho, K. G., & Progianti, J. M. (2013). A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 648-655.

Camilleri, C. (1998). Identité et gestion de la disparité culturelle : essai d'une typologie. Dans C. Camilleri, *Stratégies identitaires* (pp. 85-110). Paris: PUF.

Camilleri, C., Kastersztein, J., Lipiansky, E.-M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Leonetti, I., & Vasquez-Bronfman, A. (1998). *Stratégies identitaires.* Paris: PUF.

Campos, S. E., & Lana, F. C. (2007). Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, 23*(6), pp. 1349-1359.

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (éd. 12e). Paris: PUF.

Carneiro, R. G. (2013, Janvier-Mars). Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública : Prgrama Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação Saúde Educação, 17*(44), pp. 49-59.

Carneiro, R. G. (2015). *Cenas de Parto e Políticas do Corpo.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Chaix, M.-L. (1996). L'alternance enseignement-travail comme lieu d'observation privilégié des processus de construction identitaire. *Education permanente*(128), pp. 103-115.

Champy-Remoussenard, P. (2005). Note de synthèse - Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*(8), pp. 9-50.

Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). *Sociologie de la naissance.* Paris: Armand Colin.

Chauvigné, C., & Lenoir, Y. (2010). Les référentiels en formation : enjeux, légitimité, contenu et usage. *Recherche et formation*(64).

Clanet, C. (1993). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines* (éd. 2e). Toulouse: Presses universitaires du Mirail (Interculturels).

Claval, P. (2004). *La fabrication du Brésil. Une grande puissance en devenir.* Paris: Belin.

Clénet, J., Maubant, P., & Poisson, D. (2012). *Formations et professionnalisations : à l'épreuve de la complexité.* Paris: L'Harmattan.

Clot, Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *@ctivités revue électronique, 1*(1), pp. 23-33.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir.* Paris: PUF.

CNRS ; InSHS. (2021). *Les sciences humaines et sociales et la protection des données à caractère personnel dans le contexte de la science ouverte. Guide pour la recherche. Version 2.* Paris: Institut des Sciences Humaines et Sociales.

Colinet, S. (2019). *Soin, éducation et formation au prisme des cultures.* Paris: L'Harmattan, Coll. Logiques Sociales.

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. (2012, Abril 16). Resolução CNRMS n°2 de 13 de Abril de 2012. *Diário Oficial da União; Poder Executivo. Seção I, p.24-25*. Brasília, DF, Brasil.

Costa-Lascoux, J., Hily, M.-A., & Vermès, G. (2000). L'identité et le sujet : en hommage à Carmel Camilleri. Dans J. Costa-Lascoux, *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri* (pp. 5-17). Paris: L'Harmattan.

Costa-Lascoux, Jacqueline ; Hily, Marie-Antoinette ; Vermès, Geneviève. (2000). *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri.* Paris: L'Harmattan.

Coulet, J.-C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. (PUF, Éd.) *Le travail humain, 74*, pp. 1-30.

Crahay, M. (2006). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revus française de pédagogie*(154), pp. 97-110.

Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales.* Paris: La Découverte.

Cueto, M. (2015). *Saúde Global : uma breve história.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dasen, P. R. (2002). Approches interculturelles : acquis et controverses. Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 7-28). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Dasen, P. R. (2002). *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Dasen, P. R., & Ogay, T. (2000). Pertinence d'une approche comparative pour la théorie des stratégies identitaires. Dans J. Costa-Lascoux, *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri* (pp. 55-80). Paris: L'Harmattan.

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75*, pp. S5-S23.

de Negri, A. (2011, Avril). Au Brésil, la santé comme un droit politique. *Santé conjuguée*(56), pp. 43-48.

Deutsch, M., & Krauss, R. M. (1972). *Les théories en psychologie sociale.* La Haye: Mouton.

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement.* Paris: Flammarion.

Dias, M. A., & Domingues, R. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(3), pp. 669-705.

Diniz, S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil : os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(3), pp. 627-637.

Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum, 19*(2), pp. 313-326.

Dubar, C. (1996). Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité. *Éducation permanente*(128), pp. 37-44.

Dubar, C. (1998). Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel. Dans M. De Coster, *Traité de sociologie du travail* (pp. 385-401). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Dubar, C. (2011). *La socialisation* (éd. 4e). Paris: Armand Colin.

Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive.* Paris: Vuibert.

Endrizzi, L. (2015). Le développement de compétences en milieu professionnel. *Dossier de veille de l'IFÉ*(103), pp. 1-32.

Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité.* Paris: Flammarion.

Fablet, D. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. *Connexions*(82), pp. 105-117.

Ferreira, S. L., Rocha, M. M., & Nunes, I. M. (2008). Atuação de enfermeiras obstetras no sistema único de saúde : estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da EEUFBA. *Revista Baiana de Enfermagem*, pp. 23-32.

Ferréol, G. (2000). Approches de l'altérité. Dans J. Costa-Lascoux, *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri* (pp. 127-140). Paris: L'Harmattan.

Ferréol, G., & Jucquois, G. (2010). *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles.* Paris: Armand Colin.

Figari, G. (1994). *Évaluer : quel référentiel ?* Bruxelles: De Boeck.

Fischer, G.-N. (2015). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (éd. 5e). Paris: Dunod.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*(4).

Fonseca, E. F. (2011). A imagem pública da enfermeira-parteira do hospital maternidade pró-matre do Rio de Janeiro no período de 1928-1931 : (des)construção de uma identidade profissional. *Mémoire de Master*. Rio de Janeiro.

Forster, S. (2007). L'éducation comparée s'affirme au fil du temps. *Educateur*(Numéro spécial), pp. 2-4.

Freud, S. (1987). *Psychologie des foules et analyse du moi 1921 in Essais de psychanalyse.* Paris: Payot.

Giust-Desprairies, F. (1996). L'identité comme processus, entre liaison et déliaison. *Education permanente*(128), pp. 63-70.

Groux, D. (1997). L'éducation comparée : approches actuelles et perspectives de développement. *Revue Française de Pédagogie. L'éducation comparée, 121*, pp. 111-139.

Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover ? *Recherches qualitatives, 26*(1), pp. 32-50.

Gutnik, F. (2002). "Stratégies identitaires", "dynamiques identitaires". *Recherche et Formation. Les dynamiques identitaires : questions pour la recherche et la formation*(41), pp. 119-130.

Heine, A., Licata, L., & Azzi, A. (2013). Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé. Dans F. Parent, & J. Jouquan, *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative* (pp. 131-152). Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Houssaye, J. (2013). *Quinze pédagogues.* Paris: Editions FABERT.

Huard, V. (2011). L'approche par compétences : essais de modélisation dans le master " métiers de l'éducation et de la formation ". *Éducation permanente n°188*, pp. 131-146.

ICM. (2013). *Normes globales 2010 de formation des sages-femmes de l'ICM. Recommandations complémentaires*. Récupéré sur https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/2.-normes-globales-de-formation-des-sages-femmes-recommendations-amend-2013-fr.pdf

ICM. (2013). *Normes globales de formation des sages-femmes*. Récupéré sur https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/normes-globales-de-formation-des-sages-femmes_revise2013_fr.pdf

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement.* Paris: PUF.

Jonnaert, P., Ettayebi, M., & Defise, R. (2009). *Curriculum et compétences : un cadre opérationnel.* Bruxelles: De Boeck.

Jorro, A. (2014). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Juan, S. (2015). *L'école française de socioanthropologie.* Auxerre: Sciences Humaines.

Kaddouri, M. (1996). Place du projet dans les dynamiques identitaires. *Education permanente*(128), pp. 135-151.

Kardiner, A., & Preble, E. (1966). *Introduction à l'ethnologie.* Paris: Gallimard.

Kastersztein, J. (1998). Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités. Dans C. Camilleri, *Stratégies identitaires* (pp. 27-41). Paris: PUF.

Lagrosa Garcia, S. A., Gazi Lippi, U., & Lagrosa Garcia, S. A. (2010). O parto assistido por enfermeira obstetra : perspectivas e controvérsias. *RBPS*, pp. 380-388.

Lansky, S., França, E., Comini César, C., Costa Monteiro Neto, L., & do Carmo Leal, M. (2006, Janvier). Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Unico de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública, 22*(1), pp. 117-130.

Larousse. (2019, Novembre 07). *Larousse*. Récupéré sur Dictionnaire de français: https://larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue/

Le Boterf, G. (2008). Des cursus professionnalisants ou par compétences à l'université : enjeux, craintes et modalités. *Actualité de la formation permanente*(209), pp. 49-55.

Le Boterf, G. (2010). *Professionnaliser. Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* (éd. 6e). Paris: Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles.

Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Éducation permanente*(188), pp. 97-111.

Le Moigne, J.-L. (2008). Edgar Morin, le génie de la Reliance. *Synergies Monde*(4), pp. 177-184.

Leal, Maria do Carmo et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública, 30*(1), pp. S17-47.

Leal, Maria do Carmo et al. (2014). *Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa.*

Leal, Maria do Carmo et al. (2014). *Pesquisa Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.*

Leanza, Y., & Klein, P. (2002). Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle : quelle formation ? Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 281-298). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Leclerc, C., Bourassa, B., & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Education et francophonie, 38*(1), pp. 11-32.

Lefeuvre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Note de synthèse - Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives, 5*(11), pp. 277-314.

Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *PISTES, 4*(2), pp. 1-31.

Leplay, É. (2011). La professionnalisation : entre compétences et savoirs professionnels. *Éducation permanente*(188), pp. 67-81.

Lévi-Strauss, C. (2004). Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss. Dans M. Mauss, *Sociologie et Anthropologie* (pp. 1-58). Paris: PUF.

Lipianski, E.-M. (1998). Identité subjective et interaction. Dans C. Camilleri, *Stratégies identitaires* (pp. 173-211). Paris: PUF.

Lipianski, E.-M., Taboada-Leonetti, I., & Vasquez, A. (1998). Introduction à la problématique de l'identité. Dans C. Camilleri, *Stratégies identitaires* (pp. 7-26). Paris: PUF.

López, P., & Gagnon, R. (2015). La maïeutique et la pratique universelle de la sage-femme. *Les Dossiers de la Maïeutique, 2*(1), pp. 3-6.

Marcel, J.-F., & Broussal, D. (2020). *Je pars en thèse. Conseils épistolaires aux doctorants.* Toulouse: Cépaduès.

Martin, H. (2002). Perspective sur la psychologie interculturelle comparative. Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 85-104). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Maubant, P., & Roger, L. (2012). Les métiers de l'éducation et de la formation : une professionnalisation en tensions. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, pp. 2-14. Consulté le juillet 07, 2013, sur Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur 28-1: http://ripes.revues.org/593

Maulini, O. (2016). La conceptualisation au coeur du travail scolaire. *16ème Université d'automne du SNUipp*, (pp. 44-45).

Mead, M. (2004). *Moeurs et sexualité en Océanie.* Paris: Pocket.

Meloni Vieira, E. (2015). *A Medicalização do Corpo Feminino* (éd. 2e). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Meunier, O. (2007, Septembre). Approches interculturelles en éducation. Etude comparative internationale. *Les dossiers de la veille*. Lyon: Institut national de recherche pédagogique. Service de veille scientifique et technologique.

Meyer, Y., Lemay, C., & de Labrusse, C. (2019). De midwifery à maïeutique : perte d'une traduction. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 18*(2), pp. 25-39.

Ministério da Saúde. (2016, Janvier). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. 381. Brasilia, Brésil.

Nagahama, E. E., & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(3), pp. 651-657.

Ogay, T. (2002). "Intercultural communication" et psychologie des conctacts de cultures, un dialogue interdisciplinaire et interculturel encore à construire. Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 67-84). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Oliveira, J. D. (2015). Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente : percepções do profissional. *Travail de Licence infirmière*. Santa Cruz, Rio Grande do Norte.

OMS ; ICM ; FIGO. (2005). *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié.* Genève: Santé et recherche génésiques. Organisation Mondiale de la Santé.

OMS. (2013). *Compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes.* Genève: Département systèmes de santé : politiques et personnels. Organisation Mondiale de la Santé.

OMS. (2015). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Résumé d'orientation. WHO/RHR/15.02.* Genève: Organisation Mondiale de la Santé. Département de la santé sexuelle et reproductive.

OMS. (2018). *Recommandations OMS : soins intrapartum pour une expérience de naissance positive.* Résumé, Genève.

Orofiamma, R. (1996). Récits de vie et remaniements identitaires. *Education permanente*(128), pp. 165-175.

Osis, M., Pádua, K., Duarte, G., Souza, T., & Faúndes, A. (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75*, pp. S59-S66.

Paradeise, C. (2003). Comprendre les professions : l'apport de la sociologie. *Sciences Humaines*(139), pp. 26-29.

Parent, F., & Jouquan, J. (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative.* Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Parent, F., & Jouquan, J. (2015). *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Pastré, P. (2014). *La didactique professionnelle. Approche anthropologqiue du développement chez les adultes.* Paris: PUF.

Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). Note de synthèse - La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*(154), pp. 145-198.

Paul, M. (2009). Note de synthèse - L'accompagnement dans le champ professionnel, état des lieux. *Savoirs*(20), pp. 13-63.

Pereira, A. L. (2006). Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *REME*, pp. 233-239.

Perez, S., Groux, D., & Ferrer, F. (2002). Education comparée et éducation interculturelle : éléments de comparaison. Dans P. R. Dasen, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 49-65). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Perrenoud, P. (2012). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant* (éd. 6e). Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.

Plivard, I. (2014). *Psychologie interculturelle.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Quevauvilliers, J. (2004). *Dictionnaire médical* (éd. 4e). Issy-les-Moulineaux: Masson.

Raveaud, M. (2007). L'éducation comparée : nouveaux débats pour des paradigmes bicentenaires. *Revue internationale de politique comparée, 14*(3), pp. 377-384.

Raynal, F., & Rieunier, A. (2012). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive* (éd. 9e). Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.

Renaud, T. (2019). De la rencontre interculturelle à l'éducation interculturelle. *Education comparée et interculturelle*. Cours CNED.

Reuter, Y. (2012). *Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques* (éd. 2e). Bruxelles: Groupe De Boeck.

Rey, B. (2009). Compétence et compétence professionnelle. *Recherche et Formation*(60), pp. 103-116.

Riesco, M. L. (1998). Enfermeira obstetra : herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev.latino-am.enfermagem*, pp. 13-15.

Riesco, M. L., & Tsunechiro, M. A. (2002). Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas : velhos problemas ou novas possibilidades ? *Estudos Feministas, 2*, pp. 449-459.

Robles, A. F. (2008). L'"Humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil" : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ? *Lien social et Politiques*(59), pp. 115-124.

Rocher, G. (1970). *Introduction à la sociologie générale.* Paris: Le Seuil.

Roegiers, X. (2010). *Des curricula pour la formation professionnelle initiale.* Bruxelles: De Boeck.

Roegiers, X. (2017). *De la connaissance à la compétence.* Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.

Roncalli, A. G. (2003). O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Unico de Saúde. Dans A. C. Pereira, *Odontologia em Saúde Coletiva : planejando ações e promovendo saúde* (pp. 28-49). Porto Alegre: Artmed.

Roy, F., & Savoie, A. (2007). La consultation en psychologie du travail : une question de relation... constructive. *Le Journal des psychologues*(249), pp. 53-57.

Ruth, B. (1950). *Echantillons de civilisations.* Paris: Gallimard.

Samurçay, R., & Pastré, P. (2010). *Recherches en didactique professionnelle.* Toulouse: Octarès Editions.

Sartori, P. (2021). *Les sages-femmes au coeur de la périnatalité. Revaloriser la profession de sage-femme hospitalière.* Lausanne.

Scallon, G. (2015). *Des savoirs aux compétences.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *@ctivités revue électronique, 4*(2), pp. 122-133.

Seibert, S. L., da Silva Barbosa, J. L., dos Santos, J. M., & da Costa Vargens, O. M. (2005). Medicalização x Humanização : o cuidado ao parto na História. *R Enferm UERJ, 13*, pp. 245-251.

Sena, C. D., Santos, T. C., Carvalho, C. M., Sá, A. C., & Paixão, G. P. (2012). Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*, pp. 523-529.

Soares da Silva, A., Cunha, I. C., & Okasaki, E. d. (2001). Humanização do parto : o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. *Rev Enferm UNISA, 2*, pp. 18-21.

Soares, T. V. (2016). Revisão integrativa sobre a formação de enfermeiros obstetricos na modalidade de Residência. *Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'infirmière*. Niterói.

Sorel, M., & Wittorski, R. (2005). *La professionnalisation en actes et en questions.* Paris: L'Harmattan.

Sousa, AMM et al. (2016, Avril-Juin). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery, 20*(2), pp. 324-331. doi:https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044

Taboada-Leonetti, I. (1989). Stratégies identitaires et minorités dans les sociétés pluriethniques. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*(21), pp. 95-107.

Taboada-Leonetti, I. (1998). Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue. Dans C. Camilleri, *Stratégies identitaires* (pp. 43-83). Paris: PUF.

Tardif, J. (1993). L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Dans R. Hivon, *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation* (pp. 27-56). Sherbrooke: Éditions du CRP.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement.* Montréal: Chenelière Éducation.

The Lancet. (2014). Maïeutique. *383*, pp. 1-58.

Tornquist, C. S. (2002). Humanização do parto : entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Estudos Feministas, 2*, pp. 389-397.

Tornquist, C. S. (2004). Parto e poder : análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. *Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia*. UFSC.

Trindade Lima, N., Gerschman, S., Coelho Edler, F., & Suárez, J. M. (2015). *Saúde e Democracia : história e perspectivas do SUS* (éd. 4e). Rio de Janeiro: Fiocruz.

UNFPA ; ICM ; OMS. (2021). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. En bref.* New York: Fonds des Nations Unies pour la population.

UNFPA ; ICM ; OMS. (2021). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. Résumé analytique.* New York: Fonds des Nations Unies pour la population.

UNFPA ; ICM. (2013). *Guide pratique des programmes relatifs à la profession de sage-femme.* New York: Fonds des Nations Unies pour la population.

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 4e). Paris: Dunod.

Vinsonneau, G. (1997). *Culture et comportement.* Paris: Armand Colin.

Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente n°135*, pp. 57-69.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel.* Paris: L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation : note de synthèse. *Savoirs*(17), pp. 9-36.

Wittorski, R. (2008). Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés. *Formation Emploi*(101), pp. 105-117.

Wittorski, R. (2009). Options épistémologiques et méthodologiques investies au fil d'un parcours de recherche dans le champ des rapports travail-formation et de la professionnalisation. *Actes du 2ème colloque international francophone sur les méthodes qualitatives*, (pp. 1-14). Lille.

Wittorski, R. (2011). Les rapports entre professionnalisation et formation : éditorial. *Éducation permanente n°188*, pp. 5-9.

Wittorski, R. (2012). La professionnalisation de l'offre de formation universitaire : quelques spécificités. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, pp. 1-13. Consulté le novembre 24, 2012, sur Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur: http://ripes.revues.org/580

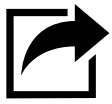
Wittorski, R. (2016). *La professionnalisation en formation. Textes fondamentaux.* Mont-Saint-Aignan: PURH.

Wittorski, R., & Ardouin, T. (2012). La professionnalisation : étudier la complexité des liens sujet-organisation. Dans J. Clénet, P. Maubant, & D. Poisson, *Formations et professionnalisations : à l'épreuve de la complexité* (pp. 91-106). Paris: L'Harmattan.

Index des tableaux

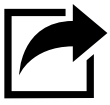
Tableau 1 : Les objectifs de la mission professionnelle d'Octobre 2015 32
Tableau 2 : Les recommandations de l'OMS (2018) pour encourager un accouchement physiologique pour une grossesse à bas risque obstétrical 44
Tableau 3 : L'usage des bonnes pratiques et interventions pendant le travail et l'accouchement (Nascer no Brasil, 2011) 45
Tableau 4 : Les effets maternels, néonataux et sur le système de santé de la césarienne 46
Tableau 5 : Les bonnes pratiques et interventions réalisées pour le nouveau-né (Nascer no Brasil, 2011) 48
Tableau 6 : Les recommandations de la recherche Nascer no Brasil, 2011 50
Tableau 7 : Les composantes et les actions de santé du Rede Cegonha 56
Tableau 8 : Les stratégies d'acculturation de Berry (Berry, 2000) 109
Tableau 9 : Typologie des stratégies identitaires selon C. Camilleri (Dasen et Ogay, 2000) 113
Tableau 10 : L'identité pour soi et l'identité pour autrui selon Dubar (2011, p. 109) 128
Tableau 11 : Les quatre configurations identitaires professionnelles selon Dubar (2011) 130
Tableau 12 : Les six modèles d'identités collectives au travail selon les travaux d'Osty et al., 2007 (Piaser, 2014, p. 157) 133
Tableau 13 : Les textes de notre recherche documentaire 193
Tableau 14 : Synthèse chronologique de l'organisation de la récolte des données 197
Tableau 15 : Le guide d'entretien des professionnels/précepteurs 206
Tableau 16 : Le guide d'entretiens des patientes 206
Tableau 17 : Le guide d'entretien des professeurs et coordinateurs de formation 207
Tableau 18 : Le guide d'entretien des étudiants 208
Tableau 19 : La grille d'observation des infirmières obstétricales/précepteurs 209
Tableau 20 : La grille d'observation des professeurs/coordinateurs de formation 209
Tableau 21 : Extrait de l'une de nos prises de notes lors d'une séquence d'observation des pratiques professionnelles 210
Tableau 22 : Présentation de la durée des entretiens semi-directifs 215
Tableau 23 : Présentation des caractéristiques générales de nos interviewés 216
Tableau 24 : La grille d'analyse des observations de l'activité professionnelle 218
Tableau 25 : La grille d'analyse des observations de l'activité de formation 221
Tableau 26 : La grille d'analyse des entretiens avec les professionnels 224
Tableau 27 : La grille d'analyse des entretiens avec les patientes 226
Tableau 28 : La grille d'analyse des entretiens avec les professeurs / coordinateurs de formation 228
Tableau 29 : La grille d'analyse des entretiens avec les étudiants 230
Tableau 30 : Définition de la maïeutique (The Lancet, 2014) 236
Tableau 31 : Ce que nous retenons de chaque article en termes de messages clés pour notre recherche (The Lancet, 2014) 245
Tableau 32 : Liste récapitulative des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement (OMS, 2018) 253
Tableau 33 : La philosophie des soins de pratique sage-femme et le modèle de soins de pratique sage-femme (ICM, 2021) 259
Tableau 34 : Les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme (ICM, 2021) 260

Tableau 35 : Le cadre législatif, réglementaire et professionnel de l'exercice des infirmières obstétricales au Brésil 262
Tableau 36 : Synthèse des recommandations de la Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Ministère de la Santé brésilien, 2016) 267
Tableau 37 : Les dix-neuf compétences du formateur de sages-femmes (OMS, 2013) 275
Tableau 38 : Le résumé des connaissances, aptitudes et comportement professionnel du formateur de sages-femmes (OMS, 2013) 276
Tableau 39 : Les conditions pour devenir formateur de sages-femmes (OMS, 2013) 277
Tableau 40 : Les normes globales de formation des sages-femmes (ICM, 2013) 280
Tableau 41 : Les trois dates importantes des formations initiales d'infirmières obstétricales au Brésil 285
Tableau 42 : Les structures, les acteurs et leurs missions dans un modèle de formation de la Residência 288
Tableau 43 : La matrice curriculaire de la Residência en soins infirmiers obstétricaux 293
Tableau 44 : Le programme théorique de la Residência de l'HSF 297
Tableau 45 : Les objectifs du CEEO II 301
Tableau 46 : Les structures, les acteurs et leurs missions dans le modèle de formation du CEEO II 302
Tableau 47 : La matrice curriculaire du CEEO II 308
Tableau 48 : Les trois axes du référentiel de la formation-intervention du CEEO II 310
Tableau 49 : Les principales caractéristiques et données des référentiels de formations initiales et continue des infirmières obstétricales au Brésil 317
Tableau 50 : La professionnalité émergente des infirmières obstétricales 426



Index des figures

Figure 1 : Fréquence des pratiques obstétricales dans les maternités de BH en comparaison des maternités brésiliennes (Sousa et al., 2016 ; Leal et al., 2014) 67
Figure 2 : Schématisation de notre recherche 79
Figure 3 : La construction sociale de l'identité professionnelle d'après Dubar, 2000 (Beckers, 2012, p. 151) 129
Figure 4 : Modèle de la compétence MADDEC (Coulet, 2011) 161
Figure 5 : Temporalités de la Thèse 2014-2022 179
Figure 6 : Distanciation par rapport à l'objet de recherche 184
Figure 7 : Rappel de notre problématique et de nos hypothèses 191
Figure 8 : Temporalités des quatre mois au Brésil du 13.10.2016 au 18.02.2017 195
Figure 9 : Récapitulatif complet des données de notre recherche 214
Figure 10 : Schéma de l'approche multi méthode (The Lancet, 2014) 237
Figure 11 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité (The Lancet, 2014).....238
Figure 12 : Séquence des interventions cruciales pour le renforcement des systèmes de santé en faveur de la qualité et de la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso, au Cambodge, au Maroc et en Indonésie, des années 1980 à aujourd'hui (The Lancet, 2014) 242
Figure 13 : Nombre de sages-femmes dans le monde pour 10 000 habitants (UNFPA, 2021).....243
Figure 14 : Les investissements à effectuer pour permettre la réalisation du potentiel des sages-femmes (UNFPA, 2021).....250
Figure 15 : Notre conceptualisation de la maïeutique.....433



Annexes

Tome I : Annexes principales accompagnant la Thèse

Tome II : Corpus des entretiens

Tome III : Corpus d’analyses des entretiens

Tome IV : Corpus d’analyses des observations

Liste des sigles

ABENFO : Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras

ANR : Agence Nationale de la Recherche

APC : Approche Par Compétences

APD : Analgésie Péridurale

BH : Belo Horizonte

CEEO : Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

CELPE-BRAS : Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros – BRAS pour BRASil

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CIRNEF : Centre Interdisciplinaire de Recherche Normand en Education et Formation

CIVIIC : Centre Interdisciplinaire sur les Valeurs, les Idées, les Identités et les Compétences en éducation et en formation

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNPq : Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFEN : Conselho Federal de Enfermagem

CTG : CardioTocoGramme

CU : Contraction Utérine

EBP : *Evidence Based Practice*

EO : Enfermeira Obstétrica

ESF : Equipes de Santé de la Famille

FI : Formation Initiale

FIFPSS : Forum International Francophone de Pédagogie des Sciences de la Santé

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FORSE : Formations et Ressources en Sciences de l'Education

GARS : Groupe Aixois de Recherche en Syntaxe

HC : Hospital das Clínicas

HCERES : Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

HRTN : Hospital Risoleta Tolentino Neves

HSF : Hospital Sofia Feldman

IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM : International Confederation of Midwives

ICUS : Infirmière Cheffe d'Unité de Soins

IFES : Instituições Federais de Ensino Superior

IV : Intra-Veineuse

LMD : Licence-Master-Doctorat

MADDEC : Modèle d'Analyse Dynamique pour la Description et l'Evaluation des Compétences

NaCl : Chlorure de Sodium

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PRONAENF : Programa Nacional de *Residência* em Enfermagem Obstétrica

REFEB : Réseau Français d'Etudes Brésiliennes

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SF : Sage-Femme

SUS : Sistema Único de Saúde

TCC : Trabalho de Conclusão de Curso

UFMG : Universidade Federal de Minas Gerais

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Sciences de l'Education et de la Formation

Préparée au sein de l'Université de Rouen – Normandie

Maïeutique et Interculturalité : analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais au Brésil

Présentée et soutenue par
Julie BOURDIN

TOME I : Annexes principales accompagnant la Thèse

Thèse soutenue publiquement le 03 Mars 2022 devant le jury composé de		
Madame Kleyde VENTURA de SOUZA	PhD, RN, Université Fédérale du Minas Gerais (Brésil)	Rapporteur
Madame Sondess ZARROUK	Professeur des Universités, Université de Haute Alsace (France)	Rapporteur
Monsieur Laurent FILLIETTAZ	Professeur Ordinaire, Université de Genève (Suisse)	Examinateur
Monsieur Jean-Luc NAHEL	Professeur des Universités, Université de Rouen – Normandie (France)	Examinateur
Monsieur Richard WITTORSKI	Professeur des Universités, Université de Rouen – Normandie (France)	Examinateur
Monsieur Thierry ARDOUIN	Professeur des Universités, Université de Rouen – Normandie (France)	Directeur de thèse

Thèse dirigée par Thierry ARDOUIN, laboratoire CIRNEF (EA 7454)

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

ÉCOLE DOCTORALE 556 HSRT

CIRNEF Normandie Université • EA 7454

Maïeutique et Interculturalité : analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique

A travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais au Brésil

ANNEXES PRINCIPALES ACCOMPAGNANT LA THESE

Table des matières

ANNEXE 1 : guide d'entretien et transcription du 1er entretien exploratoire de la recherche, Marie, Février 2015 1

ANNEXE 2 : grille d'analyse des entretiens exploratoires de Marie et Ana 11

ANNEXE 3 : analyse de l'entretien exploratoire de Marie 12

ANNEXE 4 : comparatif des pratiques professionnelles et de formation entre Rouen (CHU) et Belo Horizonte (*Hospital das Clínicas*) fait par Marie 13

ANNEXE 5 : guide d'entretien et transcription du 2ème entretien exploratoire de la recherche, Ana, Novembre 2015 26

ANNEXE 6 : analyse de l'entretien exploratoire d'Ana 38

ANNEXE 7 : guide d'entretien et transcription du 3ème entretien exploratoire de la recherche, Grand témoin sur l'Interculturalité, Novembre 2015 39

ANNEXE 8 : les trois modèles de soins en périnatalité proposés par Robbie Davis-Floyd en 1998 48

ANNEXE 9 : orientation des femmes enceintes de BH en fonction du risque de la grossesse et du lieu d'habitation 49

ANNEXE 10 : Belo Pelo Parto Normal 50

ANNEXE 11 : taux de césarienne dans le monde, au Brésil, dans l'Etat du Minas Gerais et dans la ville de Belo Horizonte 53

ANNEXE 12 : affiches de l'exposition *Sentidos do Nascer* 54

ANNEXE 13 : présentation du début de notre recherche doctorale lors du 7ème FIFPSS, Mai 2016, Québec 60

ANNEXE 14 : temporalités de la Thèse 2014-2022 61

ANNEXE 15 : calendrier des activités lors des quatre mois passés au Brésil 65

ANNEXE 16 : acceptation de la recherche à l'HSF 72

ANNEXE 17 : acceptation de la recherche à l'HRTN 77

ANNEXE 18 : acceptation de la recherche à l'UFMG 82

ANNEXE 19 : inscription du chercheur sur « *Plataforma Lattes* » 84

ANNEXE 20 : dépôt du projet de recherche sur la « *Plataforma Brasil* » 86

ANNEXE 21 : guides d'entretiens de notre recherche 106

ANNEXE 22 : grilles d'observations de notre recherche 124

ANNEXE 23 : exemple d'analyse longitudinale de deux séquences d'observations de l'activité professionnelle (P2) 126

ANNEXE 24 : exemple d'analyse longitudinale d'une séquence d'observation de l'activité de formation (C3 et C4) 141

ANNEXE 25 : analyse transversale des séquences d'observations de l'activité de formation 147

ANNEXE 26 : exemple de transcription d'un entretien (P2) 204

ANNEXE 27 : exemple d'analyse longitudinale d'un entretien de professionnel (P2) 207

ANNEXE 28 : exemple d'analyse transversale des entretiens des professionnels 213

ANNEXE 29 : pratiques efficaces et inefficaces présentées par catégories, dans le cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité relevant de la maïeutique, The Lancet, 2014, pp. 14-15 246

ANNEXE 30 : compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme par l'ICM en 2010 248

ANNEXE 31 : Code de Déontologie International pour les Sages-Femmes par l'ICM en 2008 270

ANNEXE 32 : resolução COFEN Nº516 du 23 Juin 2016 légiférant la pratique des infirmières obstétricales au Brésil 273

ANNEXE 33 : compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes selon l'OMS, 2013 278

ANNEXE 34 : recommandations complémentaires des normes globales 2010 (révisées en 2013) de formation des sages-femmes de l'ICM 291

ANNEXE 35 : critères et outil d'évaluation des formations de sages-femmes 323

ANNEXE 36 : référentiel de formation initiale de la *Residência* pour les infirmières obstétricales au Brésil 325

ANNEXE 37 : référentiel de formation initiale de la Spécialisation pour les infirmières obstétricales au Brésil (*CEEO II*) 339

ANNEXE 38 : évaluation des terrains de stage dans le cadre du *CEEO II* 378

ANNEXE 39 : analyse collective et diagnostic situationnel des services de soins dans le cadre du TCC du *CEEO II* 379

ANNEXE 40 : outil d'évaluation du *CEEO II* 390

ANNEXE 41 : référentiel de formation continue de l'*Aprimoramento* pour les infirmières obstétricales au Brésil 397

ANNEXE 42 : développement des compétences professionnelles dans le cadre de l'*Aprimoramento* 408

ANNEXE 43 : journal de bord de l'activité des professionnels dans le cadre de l'*Aprimoramento* 409

ANNEXE 44 : étude de cas clinique dans le cadre de l'*Aprimoramento* 411

ANNEXE 45 : plan d'action dans le cadre de l'*Aprimoramento* 412

ANNEXE 46 : le *CEEO II*, un dispositif de formation initiale professionnalisant 414

ANNEXE 47 : référentiel de formation initiale de la *Residência* pour les médecins se spécialisant en Obstétrique et en Gynécologie au Brésil 417

ANNEXE 1 : guide d'entretien et transcription du 1er entretien exploratoire de la recherche, Marie, Février 2015

Marie, Infirmière Brésilienne spécialisée en obstétrique

Consigne de départ :

J'aimerais que tu me parles de ton métier d'infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil.

Guide d'entretien :

THÈMES	ITEMS
1. Données générales	✓ Âge ✓ Nombre d'années d'exercice ✓ Parcours professionnel
2. Métier d'infirmière spécialisée en obstétrique	✓ Référentiel métier et compétences ✓ Champ de compétence ✓ Rémunération ✓ Reconnaissance et réussite sociale
3. Formation initiale des infirmières et infirmières spécialisées en obstétrique	✓ Politique nationale de formation des sages-femmes ✓ Moyens financiers pour cette politique ✓ Parcours de formation ✓ Déroulement des études ✓ Financement des études
4. Politiques de santé et données démographiques	✓ Politique de santé en matière de santé périnatale ✓ Moyens financiers pour cette politique ✓ Taux de natalité au Brésil, dans l'état du Minas Gerais, à Belo et dans l'Hôpital Das Clinicas
5. Comparaison du métier entre la France et le Brésil	✓ Possible reconnaissance mutuelle des compétences

Transcription entretien exploratoire Marie

Caractéristiques de l'entretien	Statut professionnel
Date et heure : mercredi 25/02/2015 à 11h15 Lieu : salle de cours de l'école de sages-femmes de Rouen Durée totale de l'entretien : 17 minutes et 15 secondes	Poste : Infirmière spécialisée en obstétrique à l'Hôpital Das Clínicas (établissement public) de Belo Horizonte, État du Minas Gerais, Brésil Université Fédérale du Minas Gerais

1 : L1 : *merci Marie d'avoir accepté cet entretien avec moi j'aimerais que tu me parles de ton métier d'infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil mais avant j'aurais quelques questions à te poser concernant des informations générales*

L2 <d'accord c'est un plaisir pour moi>

L1 *<(rires) merci>*

L2 <vous pouvez faire la question>

L1 *<(rires) merci beaucoup>*

L2 <(rires) je vous en prie>

2 : L1 : *alors quel âge as-tu*

3 : L2 : 50 ans

L1 *<50 ans>*

L2 <oui>

4 : L1 : *combien d'années depuis combien d'années est-ce que tu exerces*

5 : L2 : 24 ans que je travaille comme infirmière

L1 *<au Brésil>*

L2 <au Brésil>

L1 *<d'accord>*

6 : L1 : *quel parcours professionnel tu as eu depuis que tu es infirmière au Brésil*

7 : L2 : j'ai travaillé en beaucoup de lieux privé et public je peux faire parler un peu de noms pour vous mais j'ai oublié un peu de lieux

L1 *<(rires)>*

L2 <dans la maternité privée qui s'appelle Santa Fé dans une euh pour trois années dans une clinique euh privée qui s'appelle Origen elle fait les F.I.V. les je ne sais pas comme c'est le mot en français bébé d'éprouvette>

L1 *<fécondation in vitro>*

L2 <fécondation in vitro pour treize ans treize ans dans une maternité publique qui s'appelle Odete Valadares un an et demi l'autre maternité publique euh dans une petite ville près de Belo Horizonte une ville qui s'appelle Ibirite pour trois ans hein dans autre maternité publique qui s'appelle é Jùlia Kubitschek à béat- à Belo Horizonte pour trois années dans un hôpital général dans le bloc chirurgical et il s'appelle San José à Belo Horizonte pour un an dans une maternité publique dans une ville euh propr- près de Belo Horizonte elle s'appelle Contagen la maternité s'appelle Contagen la même chose hi pour cinq ans dans autre maternité publique en Contagen la même cho- la même lieu elle s'appelle Santa Maria un an et je j'ai hum euh mh mh dans euh un C.T.I. Centre de Traitement Intensif>

L1 *<mh mh>*

L2 <dans l'hôpital que je travaille aujourd'hui ho- Hospital Das Clinicas pour un an et aujourd'hui euh je suis précepteur dé- un programme de le gouvernement qui s'appelle P.E.T. P.E.Tch é- c'est un programme pour euh tous les élèves des formations différents physiothérapie médecins infirmières travaillent ensemble pour voir l'importance de travailler en l'équipe c'est ça c'est de le gouvernement fédéral il est dedans les H.D.C. Hospital Das Clinicas pour la université fédérale il y a un an et j'ai a- été professeur des auxiliaires de soins pour un an et j'a été professeur des un étage pratique de la université et pour un an pour les auxiliaires de soins c'est tout>

L1 *<c'est beaucoup>*

L2 <oui beaucoup>

L1 *<(rires)>*

L2 <(rires) c'est bon (rires)>

8 : L1 : *merci concernant ton activité d'infirmière spécialisée en obstétrique donc au Brésil est-ce qu'au Brésil il existe un document un référentiel qui explique ce que la sage-femme au Brésil a le droit de faire*

9 : L2 : oui il y a au brésil une loi qui dit qu'est-ce que les sages-femmes peut faire et qu'est-ce qu'elle ne peut pas faire

10 : L1 : *mh alors qu'est-ce que les sages-femmes peuvent faire au Brésil*

11 : L2 : oui é- elle peut faire le pré accouchement de bas risque l'accouchement normal l'accouchement avec dystocia jusque l'arrivée du médecin la épisiotomie la épisioraphie avec anesthésie locale s'il y a besoin un peu de prescription né- ce n'est pas comme ici qui vous pouvez faire beaucoup

L1 *<mh>*

L2 <nous pouvons faire un peu seulement pour les médicaments anolgésiques>

L1 *<analgésiques>*

L2 <analgésiques>

L1 *<mh>*

L2 <et euh nous pouvons faire le dossier a- de l'arrivée de la mère à la sortie il n'y a pas de problème et à voir le bébé dans la première minute si lé- si l'est né bien de bas risque ou si l'est haut risque a- jusque l'a- arri- arrivée de le médecin c'est ça +>

12 : L1 : *d'accord + concernant le salaire la rémunération des sages-femmes des infirmières au Brésil*

L2 <oui>

L1 *<est-ce que tu peux me dire quelque chose>*

L2 <é- il y a hum é- le salaire il é- ils sont publics pour la sage-femme parce que les hôpitaux pri- privés il n'a pas sages-femmes aujourd'hui maintenant mais au Bré- au Brésil il y a é- à Belo Horizonte il y a un hôpital philanthrope et les salaires pour 36 heures de travail é- peut être é- 3600 reais et il y a une l'autre forme de salaire public c'est il s'appelle Contract et i- le salaire 5000 eur- reais pour 36 heures de travail par mois + c'est ça>

L1 *<mh + et le contrat dont tu me parles il s'agit de quoi exactement>*

L2 <le Contract é- é- c'est un loi au Brésil qui s'appelle C.L.T. Consolidação das Leis do Trabalho é- vous avez un sécurité pour le travail et tous les lois que vous vous avez le droit é- c'est commo aujourd'hui au Brésil c'est commo ils ont vont faire dans hopi- Hospital da- Das Clinicas pour la sage-femme entrée et parce que les mh les mh le gouvernement public il ne va pas faire é- concours maintenant et c'est seulement pour un Contract et la sage-femme dans le Contract pour 36 heures de travail elle a gagné de 5000 à 5 mille his- cinquante (question)>

L1 *<500>*

L2 <et soix- et cen- soixante (question)>

L1 *<5500>*

L2 <ah 5500 reais par mois pour 36 heures de travail +>

L1 *<d'accord>*

L2 <d'accord (question)>

13 : L1 : *merci est-ce que tu sais si euh le métier et la profession d'infirmière et d'infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil a une reconnaissance sociale importante*

14 : L2 : je pense qui- maintenant aujourd'hui non parce que c'est nouveau et la population pense que seulement les médecins peut faire l'accouchement et ils ont sécurité avec les médecins +

15 : L1 : *d'accord est-ce que par exemple le fait d'être infirmière ou sage-femme est un signe de réussite sociale au Brésil*

16 : L2 : + qu'est-ce que ça

L1 *<est-ce que par exemple le fait d'être infirmière ou sage-femme>*

L2 <oui>

L1 *<fait dire à la population que tu as réussi ta carrière professionnelle que tu as réussi dans ta vie professionnellement>*

L2 <oui mais elle m'a dit qu'est-ce qui vous faites>

L1 *<oui>*

L2 <i- parce qui la population ne sait pas qu'est-ce que la sage-femme fait>

L1 *<mh>*

L2 <parce qu'elle pense qui Ô vous faites l'accouchement ce n'est pas possible c'est les des médecins c'est ça>

17 : L1 : *d'accord + merci alors*

L2 <je vous en prie>

L1 *<maintenant j'ai quelques questions a- à te poser sur la formation initiale pour devenir infirmière et sage-femme comment tu as fait hum mais avant je voudrais essayer de comprendre pourquoi est-ce que le Brésil veut former plus d'infirmières spécialisées en obstétrique>*

18 : L2 : oui é- hum c'est un travail de gouvernement fédéral qu'il fait maintenant pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle et foe- néonatale et pour avoir plus d'accouchement normal parce que les XXX de césariennes sont plus hauts aujourd'hui au Brésil

19 : L1 : *d'accord est-ce que tu sais quels sont les moyens financiers que le Brésil met à disposition pour répondre à cet objectif là*

20 : L2 : hum non je ne sais pas

21 : L1 : *d'accord bon c'est pas grave hum toi maintenant quel parcours est-ce que tu as fait pour devenir infirmière spécialisée*

L2 <oui>

L1 *<en obstétrique>*

22 : L2 : é- j'a fait un je suis infirmière j'a fait un cours dans la faculté pendant quatre ans et après j'a fait pour un an et demi un cours pour être sage-femme +

23 : L1 : *d'accord et comment se sont déroulées tes études*

24 : L2 : + oh pa- dans les premières quatre ans les deux ans de les premières quatre ans sont seulement théoriques é- embryologie pathologie cytologie parasitologie et l'autre chose comme ça et après les autres deux années sont la théorie la pratique et la pratique c'est dans un l'hôpital é- beaucoup de clinique générale et la théorie é- la théorie c'est mère et bébé santé publique méthodologie statistiques les premiers soins d'urgence l'aut- cho- étude sociale du Brésil méthodologie de recherche et l'autre chose comme ça + é- j- l'élève va à je v- peux parler un peu sur santé publique (question)

L1 *<oui oui bien sûr>*

L2 <oui é- l'élève va à- au le centre de santé pour faire étude sociale et pour attendre les personnes é- ils font courses sur l'hypertension diabétique grossesse é- tout le temps avec un professeur é- il y il y v- ils vont les étudiants vont a- beaucoup de santé publique différent pour voir choses et apprendre choses différents mais beaucoup de temps pour deux ans c'est ça +>

25 : L1 : *d'accord est-ce que tu peux me rappeler ce qu'est un centre de santé au Brésil*

25 : L2 : oh les centres de santé c'est un- une une petite maison on p- é- ils attendent beaucoup des arrondissements près des lieux é- avec un médecin une infirmière un gynécologiste un hum pédiatrique et un pharmacien pour donner les médicaments pour les personnes et les personnes qu'habitent dans l'arrondissement la première lieu qu'ils vont quand ils sont malades c'est là-bas et après l'autre si là-bas il n'a pas pour faire rien pour ils c'est ça les centres de santé

26 : L1 : *d'accord donc c'est un centre de proximité + hum le premier centre auquel les la population va pour se faire soigner*

L2 <oui c'est ça>

L1 *<c'est la porte d'entrée du système>*

L2 <OUI>

L1 *<de santé au Brésil>*

L2 <oui système unique de santé c'est la porte d'entrée>

L1 *<d'accord merci>*

27 : L1 : *hum une question concernant le financement des études d'infirmière*

L2 <oui>

L1 *<est-ce qu'il a fallu que tu payes pour faire tes études d'infirmière>*

28 : L2 : non non é- pour la université publique c'est tout gratuit

L1 *<mh mh>*

L2 <é- et si vous voulez vous pouvez payer un petite peu seulement pour aider les élèves qui sont très pauvres pour ils habitent et ils mangent et c'est 50 euros ou cinq- 150 reais par en- de six en six mois si vous voulez mais tous les études sont gratuits pour les infirmières et pour les sages-femmes aujourd'hui>

L1 *<d'accord>*

L2 <d'accord>

29 : L1 : *merci j'ai des questions maintenant en ce qui concerne plutôt la soc- la sociologie au Brésil et plutôt en rapport avec le système de santé*

L2 <d'accord>

L1 *<quelle est la politique euh en matière de santé périnatale au Brésil quels sont les enjeux quelle est la politique de santé>*

30 : L2 : oui oui aujourd'hui la le la politique de santé est est il y a ici

L1 *<mh mh>*

L2 <un réseau qui s'appellé cigogne je ne sais pas comment c'est le mot en français (rires) réseau cigogne et c'est pour le gouvernement fédéral il y- il fait un programme pour avoir beaucoup de sages-femmes au Brésil pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle

néonatale et pour les infirmières les sages-femmes fait beaucoup d'accouchements normal parce que les XXX de césariennes sont très hauts>

L1 *<mh mh>*

L2 <il y a un programme hum Minas Gerais dans l'état que j'habite qui s'appelle Mères du Minas c'est des gouvernements fé- estadual et la mère peut lier à tout à l'heure pour marquer consultation dans le centre de santé pour elle ou pour le bébé et si elle va doute elle peut appeler et pendant tout la grossesse ou après é- l'accouchement i- il y a infirmière qui va chez elle si elle a besoin de quelque chose c'est ça>

31 : L1 : *d'accord est-ce que tu sais quels sont les moyens financiers attribués pour ces programmes-là est-ce que tu sais combien d'argent*

32 : L2 : je ne sais pas

33 : L1 : *d'accord bon + maintenant concernant des données plutôt démographiques*

L2 <oui>

L1 *<est-ce que tu peux me donner le nombre de naissances par an au Brésil>*

34 : L2 : j'ai j'ai hum en 2011 je p- euh sur 3 millions de naissances au Brésil

L1 *<d'accord et dans l'état du Minas Gerais là où tu habites (question)>*

L2 <ah je ne sais pas>

L1 *<d'accord et à Belo dans la ville où tu habites (question)>*

L2 <peut-être 35000 par année>

L1 *<par an>*

L2 <par an>

L1 *<et dans ton hôpital à toi (question)>*

L2 <ah je p- euh peut-être trois mille cen- soi- six cent par un an>

L1 *<d'accord>*

L2 <d'accord (question)>

L1 *<c'est beaucoup>*

L2 <oh merci>

L1 *<(rires)>*

L2 <OUI c'est beaucoup (rires) + é- i- i- ici c'est la population de l'état du Minas Gerais 3 millions et il n'a- c'est trois millions par année au Brésil>

L1 *<(rires)>*

L2 <(rires) c'est comme un état nouveau tout le>

L1 *<chaque année (rires)>*

L2 <chaque année (rires) chaque année>

L1 *<oui c'est ça>*

L2 <(rires)>

35 : L1 : *bah merci beaucoup*

L2 <oui>

L1 *<j'ai une dernière question>*

L2 <oui>

L1 *<en guise euh de synthèse parce que euh vous êtes ici depuis euh une dizaine de jours depuis dix jours et vous avez vu l'activité des sages-femmes dans les services>*

L2 <oui>

L1 *<et ici un petit peu à l'école avec moi>*

L2 <oui c'est vrai>

L1 *<est-ce que tu penses euh qu'un jour il serait possible qu'il y ait une reconnaissance mutuelle des compétences entre les sages-femmes en France et les sages-femmes au Brésil>*

36 : L2 : je pense qu'un jour il est possible parce que les études le travail sont pareils mais la langue est la difficulté parce que la communication entre les patients les sages-femmes sont très important +

L1 *<d'accord>*

L2 <d'accord (question)>

L1 *<et ça c'est une différence que tu as relevée entre la France et le Brésil>*

L2 <il y a beaucoup de différences culturelles et en en une chose qui m'a demandée ma attention c'est la communication entre les professionnels de la santé et la femme parce que au Brésil culturellement les personnes bavardent beaucoup parlent beaucoup ici je pense qu'il a une distance et c'est un problème pour moi pour nous je pense que pour tout l'assistance>

L1 *<mh mais peut-être que on peut finalement trouver un juste milieu peut-être que nous on peut parler plus>*

L2 <oui (rires)>

L1 *<peut-être>*

L2 <oui mais je ne sais pas si parler plus euh c'est une bonne cho- une bonne chose>

L1 *<(rires)>*

L2 <parce que parler plus fatiguer la mère fatigué le bébé et je pense qui- i- il devrait avoir un médiou->

L1 *<un juste milieu>*

L2 <un juste oui c'est ça>

L1 *<d'accord>*

L2 <(rires)>

37 : L1 : *merci beaucoup Marie*

L2 <hum je vous en prie>

L1 *<merci beaucoup pour cet entretien merci beaucoup pour euh tout ce que tu m'as appris depuis dix jours et j'espère euh vraiment pouvoir te revoir>*

L2 <oh merci vous êtes très gentille tout le temps (rires)>

L1 *<merci beaucoup>*

L2 <(rires)>

L1 *<merci>*

ANNEXE 2 : grille d'analyse des entretiens exploratoires de Marie et Ana

	Situations TYPES			Situations SPECIFIQUES			Situations CRITIQUES		
	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles
Systèmes									
Dispositifs									
Acteurs									

ANNEXE 3 : analyse de l'entretien exploratoire de Marie

	Situations TYPES			Situations SPECIFIQUES			Situations CRITIQUES		
	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles
Systèmes	Université publique gratuite	Maternités publiques et privées		Formation initiale assurée par des facultés en soins infirmiers	Infirmières spécialisées en obstétrique	3 millions de naissances en 2011 au Brésil			
		Loi définissant le champ de compétence des sages-femmes		Formation de quatre années pour devenir infirmière générale puis spécialisation d'un an et demi en obstétrique pour devenir sage-femme	Salaire dans le public : 5 500 reais/36heures Contrat CLT Consolidação das Leis do Trabalho	SUS : Système Unique de Santé dont la porte d'entrée est le centre de santé			
				Réseau Cigogne : programme fédéral pour entre autre former des professionnels		Volonté du gouvernement fédéral de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et fœtale			
						Volonté du gouvernement fédéral d'augmenter le nombre d'accouchements physiologiques et de réduire le taux de césariennes			
Dispositifs				Sur les 4 années de formation générale : les 2 premières sont uniquement théoriques puis alternance	Programme estadual : Mères du Minas pour améliorer la PEC des mères et des enfants	35 000 naissances par an à Belo Horizonte			
				Stage en centre de santé pour la santé publique	FIV	3 600 naissances par an à Hospital Das Clinicas			
				Existence d'un financement des études par mécénat : 150 reais/6mois	Pas de sages-femmes dans les maternités privées				
Acteurs		Suivi des grossesses à bas risque	Pas de reconnaissance sociale des infirmières spécialisées en obstétrique	Programme P.E.T : apprentissage travail collaboratif entre étudiants des différentes filières de santé		Communication très importante entre les professionnels et les patientes : juste distance ?			
		Accouchement normal	Méconnaissance des compétences des infirmières spécialisées en obstétrique par la population	Professeur auxiliaires de soins					
		Accouchement dystocique dans l'attente du médecin							
		Réalisation d'une épisiotomie							
		Réfection épisiotomie sous AL							
		Prescription limitée aux antalgiques							
		Remplissage dossier de la patiente							
		PEC du nouveau-né bas risque à la naissance							
		PEC du nouveau-né MAVEU dans l'attente du médecin							

ANNEXE 4 : comparatif des pratiques professionnelles et de formation entre Rouen (CHU) et Belo Horizonte (*Hospital das Clínicas*) fait par Marie

	ROUEN	BELO HORIZONTE
1) FORMATION 1.1. Ans	05 ans = sage femme	05 ans = infirmière + 02 ans = sage femme 07 ans
1.2. Théorie	pratique et théorie ensemble	02 premières ans seulement théorie, les autres 03 ans pratique et théorie ensemble = infirmière 02 ans pratique et théorie ensemble = sage femme
1.3. Pratique	beaucoup modèles (mannequins)	02 modèles et un élève fait en autre élève / fait dans le patient
1.4 Élèves	04 salles avec 25|30 élèves	01 salle avec 40 élèves = infirm 12 = sage femme
1.5 Durée de la classe	09 hs à 18 hs (2 hs pour déjeuner)	• 08 hs à 18 hs = inf. (2 hs pour déjeuner) • 60 hs/semaine de 07 hs à 19 hs = sage femme
1.6 Voyage pour apprendre	—	06 mois l'élève habite dans une petite ville et travaille dans une centre de la santé

1.7 Vacances	03 mois	(±) 03 mois dec / jan / fev / juil (15) (30) (15) (30)

	ROUEN	IBH
2) STAFF 2.1. Partici-pation	tous les personnes ensemble, 01 heure(±) et parlent sur le cas (d'arrivée de la meie dans la Maternité jusque le accouchement et comme vas le nouveau né)	• infirmière avec son équipe (autres inf + aux. soins) (±22 personnes) ⇒ parlent sur chaque pate et son bébé • médecin avec son équipe (± 16) parlent sur les pats qui sont dans la salle de près-accouche-ment • Pour la Pato : il y a un médicin tous les jours, le même • Il y a une reunion mardi, 19 hs, pour discussion de cas du haut risque et choses adm.
2.2 journée du travail	12 heures (140 / mois)	• Inf { 6 hs, 8 hs, 12 hs } 120 hs/ mois • Médecin 20 hs/ semaine ↓ 80 hs/ mois

	ROUEN	BH
2.3 Horaire du travaille	8 hs à 20 hs	07 à 13 hs 13 à 19 hs 19 hs à 07 hs
2.4 Interdit pour le profissionel	la même dose	cheveaux démonés tendales ornement engles long et courtes
2.5 Pager BIP	cadres	seulement le médecin

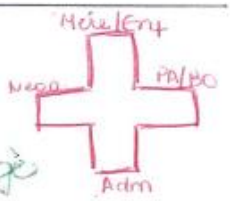
	ROUEN	BH
3) U. kangourou		
3.1 Temps	il y a 4/5 ans	il y a 16/17 ans (±)
3.2 Lits	06	04
3.3 Semaines du bébé	33 a 41 sem.	30/31 a 35/36 sem.
3.4 Sortie	2 k a 2,100 g	2 k
3.5 Le sejour	8/9 jours	8 a 30 jours
3.6 Après la sortie	médecin dans la ville et prem. ext pour 6 ans	Le bebé est accompagné pour 2 ans.

	ROUEN	BH
4) BÉBÉ		
4.1 Contact avec la mère	peau à peau après le accouchement	peau à peau après le accouchement
4.2 Bain	24 heures	06 heures
4.3 Vitamine K	dans la bouge (2x)	IM (1x)
4.4. Nitrate d'argent	goutte (1 chaque oeil)	goutte (1 chaque oeil)
4.5. Vacin Hepatit B	IM (1x)	IM (1x)
4.6 1er examen après le accouchement	2 heures	3 heures
4.7 Allaitement maternel	si la mère veut elle	fait artificielle seulement: · si la mère est HIV⊕ · médicament incompatible · il y a peu du lait · à bébé il y a peu poids
4.8 Tests dans le bébé	· d'oreille · les yeaux · la langue >exam · le pied → 3 jours · le coeur → exam	· les yeaux · le coeur · d'oreille · le pied = 5 a 7 jours

	ROUEN	DH
5) ADMIN.		
5.1 Prix de l'accouchement	2.400 €/accouch (03 a 15 jours d'hôpital)	600 €/accouch (01 a 02 jour d'hôpital)
5.2. Paiement de le profissionel	salaire de la même source (75% = salarié)	salaire de autre source (governe)
5.3 Statistiques	. anné	. mois . anné
5.4. Programme pour demander la statistique pour le governe	qui	qui
5.6. Vigilance sanitaire	avec daté marqué	1 x/an surprise
5.8. Accrédité	2 x/an	quand le hôpital veut Maintenant est JCI
5.7. Risques de qualité	surdosage et subdosage de medicaments	la même chose

	ROUEN	BH
5.8 IVG	permis 900/an	seulement en cas de anencéphalique et violence sexuel/ dandistin (? combien)
5.9 Accouchements	10.000/an { 2 public 8 privé	± 30.000/an = 6 public Je ne sais pas combien dans de 5/6 privé
5.10. Dossié	elet. + écris	elet. + écris
5.11. Santé	P + P	P + P
5.12 Fichier (Archive)	30 ans	20 ans
5.13 Donner le bébé	plus secret	non secret

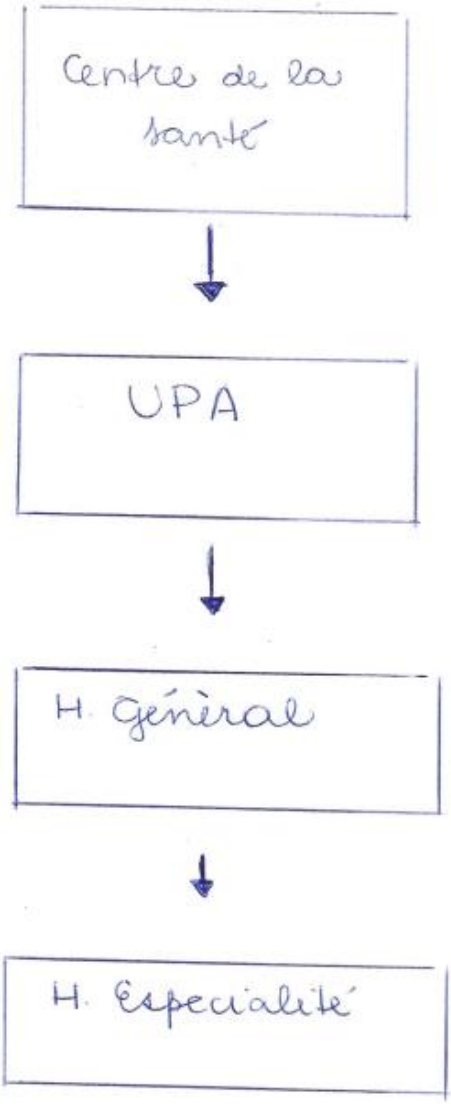
	ROUEN	B.H.
6 UGP 6.1 Cas	1- T.A Prématuré 2- Diabète 3- Hypertension ⋮	1- Hypertension 2- Diabète 3- T.A Prématuré ⋮
6.2 Équipe	• infirmière • sage-femme • aux. soins • médecin obstétricien	• Médecin { • Obstétricien, • Endocrinologie, • Cardiologue, • Général • Infirmière • Aux soins
6.3 Lits	16 (chambre privée)	07 (1 chambre avec 7 lits)
6.4 Occupation	100%	100%
6.5. Médicaments	les même	les même
6.6. Reposition du médicaments "stock"	l'infirmière 1 x/ semaine	• le pharmacien tous les jours à 18 heures ↳ "stock" • pour la pate = le médicament vient avec son nom, dans une petite sac fermé, tous les jours à midi pour 24 heures

	ROUEN	BH
7 MÈRE 7.1. Maternité (Étage)	04 étages	 01 étage
7.2 Niveau	3	3
7.3. salle de naissence	06 + 02 (cas) → 8	03 + 02 (cas) → 5
7.4. N° de naissence pour mois	±300	±300
7.5 Cardiotoco-graphie	tous le temp	. 20 minutes et après faire la auscultation fetale de 30 en 30' ou . si il y a besoin (2d)
7.6. 1er consultation dans la Maternité	médecin ou sage femme	médecin
7.7 Travaille d'accouchement	dans la salle de naissence . près-accouch (3)	dans la salle (9) du près-accouchement
7.8. Accompagnement	si elle veut	si elle veut – LOI

	ROUEN	BH
7.9 Anesthésie péridural	80%	(+) 30 à 40%
7.10 Après l'anesthesie	le femme reste calme	la femme • marche • va à salle de bain • autres choses
7.11 Accouchement	dans le lit	comme elle veut: • dans la douche (-) • dans la chaise (±) • dans le lit (+)
7.12 Sortie de la salle de accouch	dans la chaise	• en train de marcher • dans la chaise • dans le lit
7.12 Chambre	01 pour pate (elle préfère rester seule)	01 pour 05 pates (elle préfère rester ensemblée)
7.13 1ers soins	sage femme	• aux soins = normale • si il y a quelque chose avec la femme, est l'infirmière
7.14 1ers examen de la mère	avec 2 heures	avec 1 heures après le accouchement loi: jusque 2 heures
7.15 Temps d'internation	03/04 jours	AN: 24 heures (1 jour) C: 48 heures (2 jours)

	ROUEN	BH
7.16 Sortie	seule avec son bébé	interdit sortie seule avec son bébé
7.17 Visite après la sortie	8 sem. après	4 sem. après
7.18 Planification familiale	sorte avec une prescription (pilule, stérilet, etc.)	une consultation après 45 jours de l'accouchement

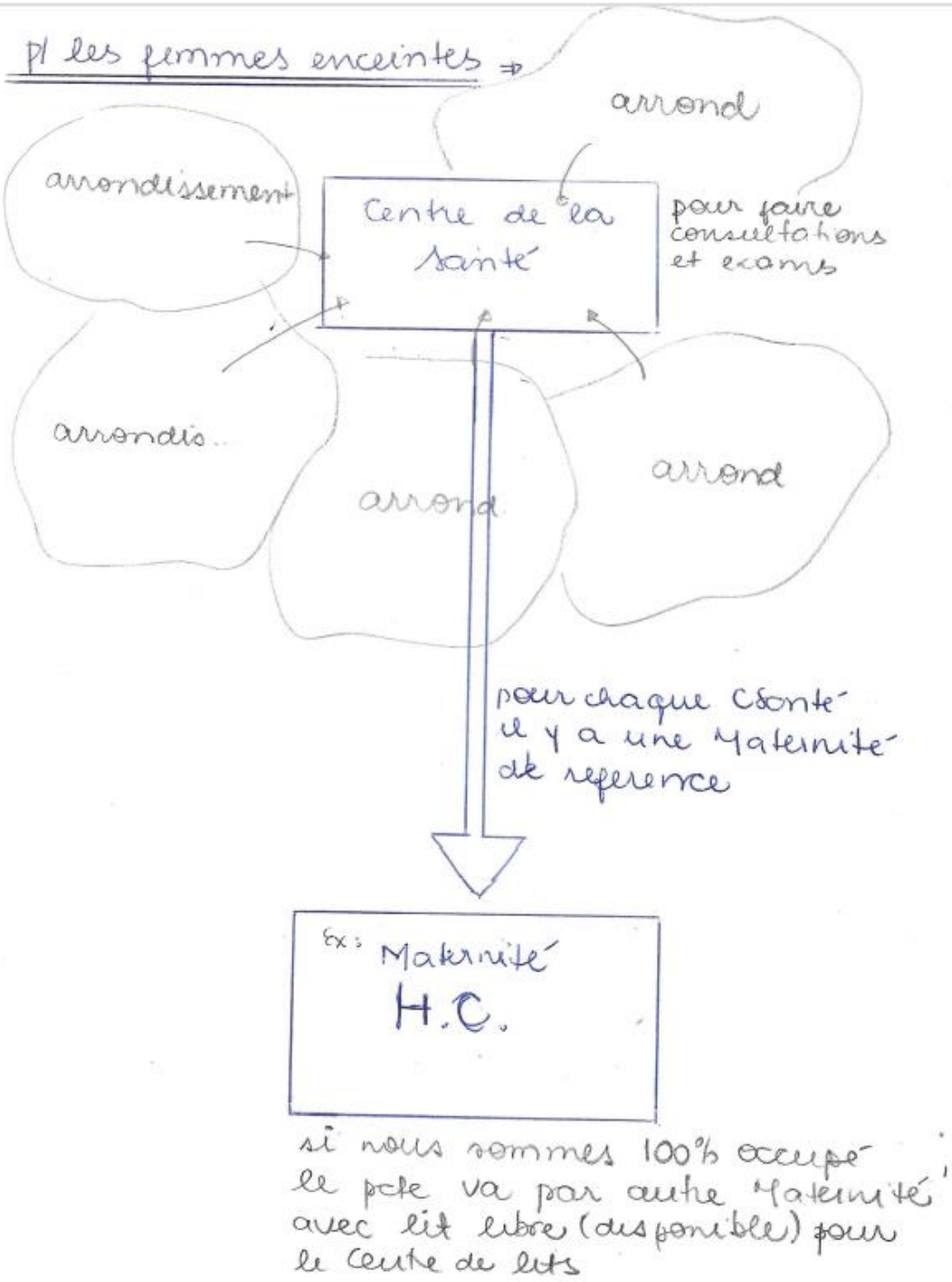
// tous les personnes ⇒ enfant bébé

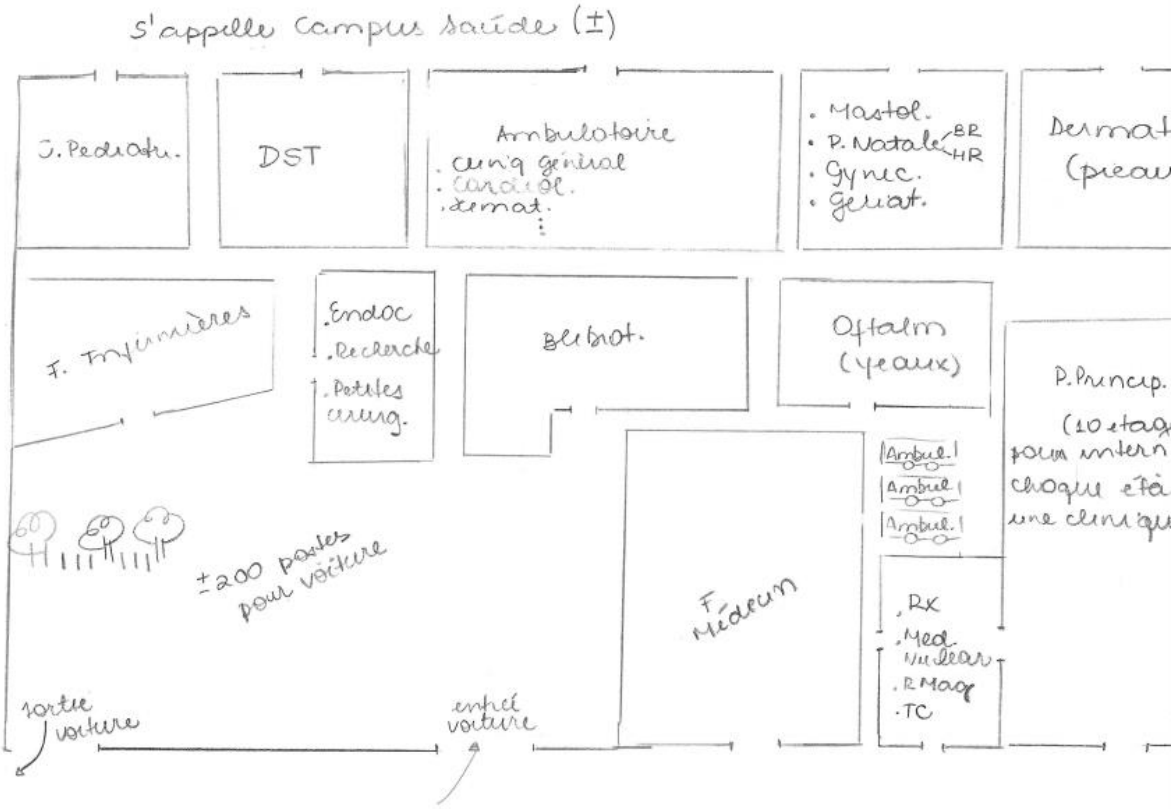


Système Unique Santé

⇓

public


pl les femmes enceintes ⇒
arrond
arrondissement
Centre de la Santé
pour faire consultations et exams
arrondis..
arrond
arrond
pour chaque Comté il y a une Maternité de reference
Ex: Maternité H.C.
si nous sommes 100% occupé le pote va par autre Maternité avec lit libre (disponible) pour le Centre de lits


s'appelle Campus Santé (±)
J. Pediatr.
DST
Ambulatoire
. clinq génital
. cardiol.
. dermat.
. Mastol.
. P. Natale BR HR
. Gynec.
. Geriat.
Dermat
(peau
J. Infirmières
. Endoc
. Recherche
. Petites clinq.
Bilirat.
Oftalm (yeux)
P. Princip.
(10 etag
pour intern
chaque éta
une clinique
Ambul.
Ambul.
Ambul.
± 200 places pour voiture
F. Médecin
. RX
. Med. Nuclear
. R Mag
. TC
sortie voiture
entrée voiture

ANNEXE 5 : guide d'entretien et transcription du 2ème entretien exploratoire de la recherche, Ana, Novembre 2015

Ana, Sage-Femme diplômée en 2015 ayant effectué un stage au Brésil pendant ses études de sage-femme françaises

Consigne de départ :

J'aimerais que tu me parles de ton expérience de formation en stage au Brésil au cours de tes études de sage-femme

Guide d'entretien :

THÈMES	ITEMS
1. Expérience de stage au Brésil	✓ Objectifs personnels et institutionnels ✓ Modalités de déroulement ✓ Apprentissages ✓ Evolution de pratiques ✓ Ressenti global
2. Politiques de santé au Brésil	✓ Système de santé ✓ Accessibilité ✓ Politique de santé périnatale ✓ Organisation de la santé périnatale
3. Dimension socioculturelle	✓ Culture et Périnatalité
4. Analyse des activités entre la France et le Brésil	✓ Regard sur les FI ✓ Regard sur les professions ✓ Reconnaissance mutuelle des compétences

Expérience de stage au Brésil

- ✓ Quels étaient les objectifs institutionnels et personnels de ce stage ?
- ✓ A quel moment de ton cursus as-tu réalisé ce stage ? Combien de temps a-t-il duré ? Quel était le type de convention passée entre l'école de sage-femme française et l'institution brésilienne ?

- ✓ Peux-tu me décrire qualitativement et quantitativement tes activités au cours de ce stage ?
- ✓ As-tu fait évoluer tes pratiques ?
- ✓ Quel a été ton ressenti général sur cette expérience ?

Politiques de santé au Brésil

- ✓ Peux-tu m'apporter des précisions sur le système de santé brésilien ?
- ✓ Comment as-tu évalué l'accessibilité du système de santé brésilien à la population ?
- ✓ Peux-tu m'apporter des précisions sur la politique de santé périnatale au Brésil ?
- ✓ Peux-tu m'apporter des précisions sur l'organisation des soins périnataux au Brésil ?

Dimension socioculturelle

- ✓ As-tu identifié des spécificités culturelles en lien avec la périnatalité au Brésil ?

Analyse des activités entre la France et le Brésil

- ✓ As-tu identifié des similitudes et des différences dans les activités de formation entre la France et le Brésil ?
- ✓ As-tu identifié des similitudes et des différences dans les activités des professionnels entre la France et le Brésil ?
- ✓ Penses-tu qu'une reconnaissance mutuelle des compétences entre les sages-femmes françaises et les infirmières spécialisées en obstétrique puisse être possible ?

Transcription entretien exploratoire Ana

Caractéristiques de l'entretien	Statut
Date et heure : vendredi 06/11/2015 à 17h00 Lieu : réalisé par Skype Durée totale de l'entretien : 35 minutes et 37 secondes	Diplômée d'État Sage-Femme en 2015 Actuellement : étudiante en troisième année de médecine

1 : L1 : *je te remercie beaucoup Ana d'avoir accepté de participer euh à cette étude et euh d'avoir accepté euh cet entretien et donc j'aimerais que tu me parles de ton expérience de formation en stage au Brésil au cours de tes études de sage-femme s'il te plait*

2 : L2 : d'accord bon alors euh merci à toi pour t'intéresser euh à cette expérience que j'ai vécu là-bas pour moi c'est j'ai passé deux mois au Brésil j'ai fait un mois de stage dans le cadre des consultations obstétricales et finalement je l'ai fait aussi dans d'autres services aussi la salle d'accouchement et euh un peu aussi la l- le service de suites de couches et euh dans aussi dans le service d'hospitalisation des mamans et aussi un mois j'ai passé un mois aussi en dans les services de néonatologie et euh ça a été une expérience super enrichissante pour moi surtout d'un point de vue de de l'humanisation de l'accouchement là-bas qui pour moi au début ça a été un peu le choc d'entre les salles d'accouchement ici super euh super euh technicisées euh super appareillées où euh après la péridurale les les patientes sont vraiment alitées et et bon ce qui arrive très souvent ici des fois elles bougent plus les jambes ou euh elles bougent plus euh beaucoup euh ici à Grenoble les doses de la péridurale des fois les patientes elles se plaignent un peu euh donc euh ouais au Brésil c'était vraiment un contexte complètement différent par exemple après euh quand j'ai commencé mon stage là-bas euh la première fois que j'ai vu euh la mise en place d'une péridurale et que la patiente elle s'est levée pour aller à la salle d'accouchement après ça m'a un peu (rires) mais (rires) ça m'a un peu choquée il y a pas trop de contrôle de la tension et ce que et les patientes elles continuent à manger aussi pendant le travail de pendant le travail donc c'était quelque chose qui il y avait beaucoup beaucoup beaucoup de choses qui qui qui des différences de pratiques m'apportaient beaucoup je pense le contact avec les patientes aussi c'était très différent c'était une approche un peu plus euh proche je dirais de c'était vraiment un peu aussi euh pas vraiment proche mais comme la population au à l'hôpital aussi des fois c'est une population très de la périphérie donc dans une situation dans la grande majorité des cas dans une situation précaire il y a un peu un rôle maternel de de la sage-femme là-bas qui ne se retrouve pas trop souvent ici ouais c'était une expérience super (rires) ah je ne sais pas trop dans quel ordre mettre mes (rires) toutes ces pensées qui me reviennent (rires) mh + et puis en néonatologie aussi ça a été très intéressant parce que je me rendais compte un peu de ce qui était fait ici et qui n'est pas fait là-bas dans le dans le suivi prénatal et qui après en néonatologie des choses que ici en France on prendrait pas

en charge et que là-bas c'est des choses qu'on retrouve euh assez couramment même si c'est euh en général des pathologies rares ici euh là-bas on on a affaire à même si euh voilà comme le suivi prénatal est pas est pas trop similaire d'un point de vue échographie interruption médicale de grossesse et tout ça c'est très intéressant (rires)

3 : L1 : *donc toi t'as pu identifier des différences et des similitudes en termes de en termes de pratiques (question)*

4 : L2 : + oui oui oui oui tout à fait bah après en similitudes euh il y en a quand même pas mal de choses qui qui après ça reste de l'obstétrique c'est assez universel mais euh mais euh il y en avait beaucoup beaucoup beaucoup de différences aussi euh de pratiques euh je pense que lié au contexte surtout et euh + et euh comme euh au Brésil par exemple euh euh des choses qui est la différence de qui m'a un peu marquée là-bas par exemple dans cet hôpital là-bas à Sofia Feldman comme c'est un hôpital qui s'est un un peu euh euh s'est un peu engagé dans le point de vue de la physiologie de l'accouchement de l'humanisation de l'accouchement et euh dans le contexte du Brésil où le taux de césariennes est euh est euh vraiment inquiétant donc euh les patientes que j'ai pu rencontrer c- plusieurs patientes là-bas au Brésil qui me disaient que dans cet hôpital là ils forçaient l'accouchement par les voies naturelles que c'était vraiment de la torture qu'elles subissaient c'était vraiment euh c'était le patient elles venaient là parce qu'elles avaient pas le choix d'aller dans un autre euh hôpital pour avoir une césarienne mais parce que là-bas ils forçaient à l'accouchement par euh voie basse et que et ça c'était la la différence la plus marquante que j'ai que j'ai entendu là-bas après il y avait euh ouais + mais d'un point de vue des similitudes qu'est-ce que je retrouverais + le côté allaitement je pense que il y avait aussi un un grand travail de de là-dessus qui se ressemblait beaucoup à ce qui est fait ici en France + et euh voilà mh

5 : L1 : *super donc tu m'as dit que t'avais euh fait un stage de de deux mois à quel euh moment de ton cursus euh tu l'as réalisé ce ce stage là en quelle année d'étude tu étais et quelle a été la les modalités de convention entre les les écoles euh donc euh en France et l'hôp- l'hôpital Sofia Feldman euh à Belo*

6 : L2 : mh mh donc je je j'étais en troisième année à l'école de sages-femmes j'étais j'étais en milieu de troisième année et euh donc euh la convention s'est euh s'est créée à travers euh comment l'école ici et l'hôpital là-bas c'est un peu moi qui a cherché le lien entre euh entre les deux ce que j'ai connu donc euh c'ét- c'était Ester s- euh qui euh qui travaille au Ministère de la santé et qui m'a indiqué cet hôpital là comme lieu de stage au Brésil et c'est comme ça que j'ai rentré en contact avec eux et que eux ils sont rentrés en contact avec l'école et que la convention s'est s'est mise en place + mh

7 : L1 : *d'accord et est-ce qu'il y avait des objectifs euh institutionnels en fait à la réalisation de ce stage euh à l'étranger et des objectifs personnels quels étaient tes objectifs à toi*

8 : L2 : mes objectifs à moi c'était de connaître un peu plus de près le le travail qui que je pourrais avoir en tant que sage-femme au Brésil euh voilà de connaître un petit peu et de m'y mettre vraiment euh dans la réalité euh au Brésil euh comme euh sage-femme là-bas et de connaître ce qui pourrait être fait si euh dans quel contexte euh les choses se passaient de connaître un peu plus euh cette réalité de l'accouchement et de de la naissance là-bas et tout le suivi voilà comme euh j'av- comme j'ai ma famille qui habite au Brésil mes parents là-bas donc c'était une époque où je me questionnais si j'allais euh retourner là-bas travailler ou euh ou ou pas donc euh et c- moi je j'avais aussi cette curiosité de connaître dans différents pays comment ça se passe et euh c'était aussi le Brésil parce que je je viens de là-bas que j'ai vécu là-bas pendant quasiment 20 ans de ma vie (rires) donc euh voilà donc euh mais après euh je pense que beaucoup d'autres pays aussi pourraient avoir des pratiques qui intéressantes aussi donc c'était un peu dans ce cette optique là que j'étais euh que j'étais euh que je m- voilà que je me suis intéressée pour de faire ce stage à l'étranger et puis d'un point de vue institutionnel donc j'avais des des objectifs euh comme euh tous les stages ici en France donc c'était un peu bien entendu euh adapté au contexte là-bas mais euh c'était des objectifs donc dans le stage de consultations obstétricales donc de suivi prénatal de voilà de santé publique de connaître un peu comment ça se passe euh tout le suivi qui se fait durant les consultations de grossesse dans le suivi phy- physiologique et comment comment ça se passe quand quand elles ont besoin d'un peu plus d'assistance par les médecins ou euh et après aussi en néonatologie c'était des objectifs qui cou- qui correspondaient aux objectifs des stages de néonatologie ici et euh voilà + voilà voilà qu'était assez différent parce que comme euh le contexte est très différent donc euh je pense que (rires) ce sont des objectifs qui ont été euh remplis à à la réalité du Brésil euh (rires) qui ont été euh qui correspondent euh pas trop aux objectifs institutionnels qui sont qui correspondent aux stages ici en France mais euh c'était euh à l'adaptation euh de la réalité euh là-bas (rires)

9 : L1 : *mh tu peux me donner par exemple des ex- des euh des exemples d'adaptation*

10 : L2 : bah par exemple pendant mon stage euh en consultations obstétricales euh j'ai pu aller faire des consultations en en prison avec le suivi prénatal de certaines euh de certaines patientes qui étaient euh en prison euh là-bas à Belo Horizonte et euh avec des infirmières spécialisées en obstétrique qui faisaient leur suivi euh les consultations mensuelles de ces patientes là et euh c'était euh c'était euh genre euh le le s- ce qui s'est passé là-bas je pense que ça ne n'aurait pas pu se passer ici j'aurais pas pu aller en consultation accompagner les infirmières euh spécialisées en obstétrique là-bas en prison et euh pendant mes stages en consultation ici en France j'ai pas j'ai jamais pu faire euh j'ai jamais pu faire ça (rires) donc c'était un euh des euh un peu des raccourcis un peu des facilités là-bas de de rentrer dans le contexte dans la réalité de

la pratique là-bas qui ont été très très enrichissants pour moi ouais j'ai beaucoup beaucoup apprécié

11 : L1 : *t'as eu le sentiment de faire évoluer ta pratique grâce à ce stage (question)*

12 : L2 : oui oui même si euh même si euh + ma pratique après en de retour en France correspondait pas trop à à toute cette pratique que j'ai connu du bah ça correspondait mais que certaines choses ça s'appliquait pas donc euh com- sans doute oui euh j'ai euh beaucoup euh évolué d'un point de vue je pense de l'accompagnement euh dans dans le côté humain du côté de l'accompagnement du regard sur l'autre euh de l'accompagnement à sa à la grossesse en dans cette euh dans cette relation je pense que du côté relationnel ça m'a beaucoup euh apporté mh

13 : L1 : *et sur ta pratique gestuelle (question)*

14 : L2 : aussi aussi sur certaines euh ouais là sur certains gestes euh même si euh j'avais pas non plus trop d'autonomie là-bas pour faire euh certains gestes euh comme par exemple euh euh dans le suivi de grossesse là-bas des fois ça se c'était les infirmières assitancielles qui qui faisaient le le rôle d'assistancielle qui faisaient la grande majorité des gestes que ici la sage-femme fait par exemple la pose de perfusion euh les prises de sang euh les les médicaments c'était plus les infirmières assistancielles qui le gerait donc euh moi comme j'étais plus du côté euh des infirmières spécialisées en obstétrique euh j'étais plus dans les côtés euh de de la gestuelle par exemple la la dynamique utérine euh des choses qui s- là-bas se font et que ici en France euh c'est quelque chose que à la première fois en stage là-bas quand on m'a demandé de faire la dynamique utérine je me suis dit mais de quoi elle parle (rires) la dynamique utérine ouais d'accord donc c'est poser la main sur le ventre de la patiente pendant dix minutes et sentir combien de contractions elle a elle a elle en a mais euh pour moi c'était un peu étrange de voilà parce qu'on est tellement habitué à poser le monito et observer dans ce laps de temps que c'était vraiment quelque chose et sans doute après en me re- à mon retour ici euh c'est quelque chose qui me revenait et que je si je voulais évaluer euh si la patiente elle contractait je posais souvent ma main sur le ventre des patientes et euh voilà mais c'est c'est la clinique ça m'a apporté beaucoup sur le point de vue clinique ça m'a apporté beaucoup même avec le le so- le petit sonar pour écouter le les battements du cœur du bébé que là-bas on utilisait euh donc euh ici c'est le monito en continu donc euh même mon je pense que mes mains ma capacité à entendre les voilà ça a été euh ça a été un grand ça a été beaucoup très enrichissant d'un point de vue clinique mh

15 : L1 : *t'as eu le sentiment de découvrir tes mains (question)*

16 : L2 : mes mains oui (rires) bon après je pense que je j'avais quand même commencé à les découvrir ici euh (rires) dans ma pratique avant cette euh avant ce cette expérience au Brésil mais d'un d'un autre aspect de de des gestes que qu'ici on a on a pas comme j'ai qu'on fait pas comme étudiante qu'on n'apprend pas à le faire et qu'on n'apprend pas parce que il y a pff si on peut dire mh des voilà comme machines qui le font donc euh la tension le la dynamique utérine euh les monitos et tout ça et euh toute cette euh c'est c'est très différent (rires) découverte de mes mains

17 : L1 : *et d'un point de vue quantitatif est-ce que tu as fait euh énormément d'actes*

18 : L2 : + non non d'un point de vue quanti- non je n'ai pas fait énormément d'actes ça c'est vrai que c'est un p- bon je dois l'av- voilà c'est c'est comme ça comme euh comme le stage était un peu aussi euh dans comme euh moi je m'adaptais un peu au contexte là-bas où les ex- par exemple les infirmières assistancielles font le travail que ici une étudiante sage-femme le ferait en étant en stage euh souvent dans les services euh voilà c'est un peu euh comment di- ouais non j'ai pas fait énormément d'actes mais euh le ce que j'ai pu observer c'est euh je je pense que ça a été un gros travail d'observation aussi et c'est j'ai beaucoup appris euh dans ce dans ce travail-là mh

19 : L1 : *alors si tu devais me décrire ton sentiment général suite à cet- suite à cette expérience ce serait lequel*

20 : L2 : + euh + le sen- bah je pense que ce serait le sentiment de vouloir m'investir davantage dans ce dans cette euh changement de de changement et de m'investir dans ce domaine euh de de la santé des femmes euh de la santé de de de la de la naissance et euh c'est vraiment quelque chose qui qui me passionne et je pense que le fait de faire ce stage au Brésil ça m'a ça m'a touch- ça m'a vraiment ajouté une petite touche euh de de de passion à ce à ce domaine-là de de la et de de la santé voilà des personnes globalement mh voilà

21 : L1 : *bon bah puisque tu me parles de la santé euh de la santé de façon générale est-ce que tu peux justement essayer de m'apporter des précisions sur le système de la santé périnatale au Brésil*

22 : L2 : + ah c'est t- vraiment très (rires) alors euh c'est vraiment très différent d'ici donc là-bas j'étais dans un X hôpital où qui tra- qui travaille avec le système public de santé donc qui est financé par le système unique de santé au Brésil le SUS et euh donc qui appartient au gouvernement et que et qui est public donc euh complètement les patientes n'ont pas à prendre à charge leurs euh leurs soins ou ou des actes ou voilà et euh le la j- je dirais que la différence euh au Brésil c'est que il y a un peu de so- de so- le l'écart entre le privé et le public il y a est plus marquant qu'ici en France donc dans le privé là-bas euh les euh le peu de le peu d'échos

que j'ai pu avoir des patientes et de tout le personnel de santé c'était vraiment beaucoup de césariennes euh ou le côté privé le c'est un commerce de d'actes et euh et après le côté public c'est vraiment soit les patientes qui n'ont pas de ressources et c'est vraiment où c'est vraiment bon après ça pose souci aussi dans d'autres pays comme ici en France mais en terme de ressources c'est vraiment la santé au Brésil c'est vraiment ça pose peu de problème aussi aux aux dans le terme de ju- d'un dans dans un point de vue euh plus global du système de santé c'est toujours un peu euh des ressources euh précaires dans le système de santé public mais euh mh mais euh qu'est-ce que je voulais dire (rires) mh mais oui voilà donc euh cette différence de cet hôpital aussi qui même en étant dans le système de santé public euh avec euh des ressources euh qui ne sont pas infinies euh qui font un travail quand même qui est assez euh qui est assez remarquable euh en investissant les ressources en d'une manière euh en essayant de se baser sur des évidences scientifiques ce qui est le mieux dans l'accompagnement des des patientes et des nouveau-nés et c'est vraiment ce côté-là qui qui est vraiment remarquable dans ce dans cet hôpital là-bas après euh malheureusement c'est pas le cadre encore dans beaucoup de institutions au Brésil mais espérons que les choses changeront (rires) voilà

23 : L1 : *et est-ce qu'il y avait une organisation spécifique pour les soins périnataux*

24 : L2 : c'est-à-dire une organisation

L1 *<est-ce que par exemple au Brésil il y a une politique de santé spécifique pour les soins périnataux + comme en France on a par exemple l'organisation des maternités liée aux Décrets de Périnatalité>*

L2 <mh pas que à ma connaissance mais euh non pas à ma connaissance +>

25 : L1 : *d'accord et comment tu as jugé l'accessibilité au système euh de santé publique dont tu me dont tu me parlais à la population*

26 : L2 : + comment je l'ai jugé euh + dans ce contexte que j'ai pu connaître là-bas je l'ai jugé correct la population avait un accès assez euh assez s- c'était ass- une couverture assez euh satisfaisante je pense mais euh je pense que c'est pas c'est pas un cadre qui se généralise euh dans le dans le dans la réalité au Brésil de de manière euh nationale mais euh c'était comme cet hôpital il essayait d'avoir une euh comme il essayait de mettre en place une prise en charge différente et euh ils font un travail vraiment euh communautaire donc euh la couverture euh et l'accès aux soins me m'ont pas paru euh difficiles + mh

27 : L1 : *alors tout à l'heure tu me disais que certaines patientes disaient qu'elles venaient accoucher à Sofia parce qu'elles n'avaient pas euh le choix et que elles disaient qu'à Sofia on les obligeait à accoucher euh voie basse euh qu'est-ce qui culturellement explique qu'elles peuvent avoir ce ce discours là on a comme le sentiment que elles devaient aller à cet hôpital*

parce qu'elles n'avaient pas le choix mais que ce qu'on leur proposait correspondait pas tout à fait à leurs euh à leurs attentes

28 : L2 : bah je pense que culturellement c'est quelques chose qui doit vraiment être euh une affaire de siècles et de siècles d'histoire au Brésil parce que je pense que il y a un coté de patriarcal au Brésil qui est encore très fort et qui marque beaucoup euh cet euh ce partage entre la femme et l'homme le rôle euh de la de la femme dans la société euh il y a c'est en fait un aspect qui l'aspect culturel de l'accouchement au Brésil je pense que c'est quelque chose de très large et que et qui il y a beaucoup de de de discutons discussions aut- autour de ce de la répartition des rôles entre les gens qui qui qui est X qui comment dire qui entre tout à fait en jeu dans cet euh dans cet euh dans cette optique de la césarienne ou de l'accouchement par voie basse la césarienne étant plus une voie pour celles qui ont des ressources qui peuvent se permettre d'avoir une césarienne qui peuvent se euh qui peuvent payer qui peuvent euh voilà qui qui la césarienne représentant plus euh la voie sécurisée la la voie de de la bonne euh de raisonnée comment faire bien les choses euh pas trop souffrir euh et voilà et l'accouchement euh c'est vraiment l'accouchement c'était vraiment vu comme euh le une torture et euh et ce qui est souvent les patientes en disant après les dans cet hôpital ils organisaient des réunions parfois après l'accouchement pour certaines patientes qui voulaient mettre un peu et discuter de leur expérience qui voulaient mettre en leurs idées en dans ent- entre elles elles voulaient discuter entres elles avec le personnel soignant aussi donc euh pendant ces réunions souvent elles disaient que c'était vraiment pas ce qui ce que correspondait euh avant de aller à l'hôpital c'était vraiment pas ce qu'elle avait euh comme image de de l'accouchement une fois qu'elles avaient euh accouché euh en fait elles elles avaient elles av- comment dire elles euh elles exprimaient une expérience qu'elles s'attendaient pas du tout à l'av- à à à traverser en en arrivant à l'hôpital donc elles étaient euh globalement très contentes de l'accompagnement et euh elles étaient globalement très contentes de d'avoir euh eu le courage de venir des fois elles avaient pas le choix des fois elles elles l'exprimaient simplement ouais j'avais pas le choix donc je suis venue en sachant que c'était la torture mais après elles disaient euh très clairement que c'était vraiment pas du tout la torture et que elles avaient été euh vraiment contentes euh avoir pu accoucher naturellement et qu'elles s- se rendaient compte que avoir une césarienne pour celles euh qui observaient celles qui n'avaient pas eu le choix et qui avaient eu une césarienne finalement pour des raisons médicales elles observaient leur récupération après la césarienne et elles se rendaient compte même si euh pas je pense qu'elles se rendaient pas compte de toutes les implications d'une césarienne mais juste dans la discussion des différences de prise en charge entre la césarienne et l'accouchement qu'elles avaient pu avoir elles étaient contentes d'avoir eu l'accouchement (rires) oui voilà

29 : L1 : *tout à l'heure je t'ai posé la question de savoir si t'avais pu identifier des différences et des similitudes dans les pratiques des professionnels entre la France et le Brésil et euh je vais te reposer la même question mais du point de vue de la formation des sages-femmes est-ce que t'as pu identifier des similitudes et des différences entre les formations des sages-femmes en France et au Brésil*

30 : L2 : bah dans la réalité je me sui- suis pas trop euh investie dans la form- dans la dans le comment dire + comme euh j'ai pas pu connaître beaucoup de comment ça se passe la formation au Brésil comme j'étais dans une expérience en stage dans le cadre de ma formation ici en France donc ça a été c'était vraiment cadré par euh mon école d'ici et euh j'ai pas eu l'occasion d'être en plus en contact avec euh celles qui se formaient là-bas pour avoir cet échange et cette vision de comment ça se passe là-bas même si euh j'ai eu euh bon euh en général euh là-bas donc c'est une spécialisation qui se fait sur deux ans donc euh je me souviens de certains étudiants qui me racontaient donc leurs expériences de de la résidence qu'ils appellent la résidence là-bas donc euh je pense que c'est vraiment une formation qui est très euh qui est très différente de la formation ici en France je pourrais pas trop comparer parce que je connais pas la formation qu'ils ont là-bas mais euh déjà la formation ici elle étant beaucoup plus longue je suis arrivée là-bas en en troisième année avec un un peu un un un écart important avec ceux qui étaient en résidence en tant que sage-femme dans le dans la relation avec les patientes euh dans le en terme d'actes euh les pour la pose des monitorings j'étais la première à y aller (rires) parce que les autres ils ne savaient pas trop comment le faire ou qui commençaient à connaître le comment ça fonctionnait ils av- ils avaient pas l'interprétation non plus donc euh après c'est pas quelque chose qui que les infirmières spécialisées en obstétrique là-bas elles sont pas chargées de d'analyser des monitorings elles doivent montrer au médecin qui doit signer mais euh juste le fait de de pouvoir euh déjà poser le monitoring et l'interpréter ah bah c'é- c'était euh c'était quelque chose qui m'a marqué comme différence de formation + ouais

31 : L1 : *d'accord est-ce que t'as pu identifier tout à l'heure tu me tu me donnais quelques différences culturelles entre la France et euh le Brésil est-ce que t'as pu identifier d'autres spécificités culturelles en lien avec la périnatalité au Brésil*

32 : L2 : des est-ce que vous pouvez répéter la question

L1 *<oui est-ce que tu as identifié d'autres spécificités culturelles que celles que tu m'as déjà citées dans le domaine de la périnatalité entre le Brésil et la France>*

L2 <+ mh + oui il y en a oui pff mais il y en a beaucoup de spécificités culturelles qui me reviennent un peu en en esprit un peu flou mais euh (rires) par exemple euh quand je suis allée dans cette euh accompagner les sages-femmes qui faisaient les consultations à à en prison j'ai pu accompagner aussi euh des euh des euh des psychologues qui accompagnaient le la l- le développement des nouveau-nés en prison qui accom- qui étaient en prison avec leurs euh leurs mères donc euh et là notre rôle principal c'était de donner des conseils sur l'allaitement et euh sur le c'était aussi l'observation l'examen clinique du nouveau-né euh le développement du nouveau-né dans les premiers mois de vie et euh et là par exemple euh on les o- les infirmières qui m'accompagnaient elles m'ont elles m'ont globalement présenté la situation euh de lutte elles c'était vraiment une lutte contre le personnel de pas vraiment contre mais une lutte de de de culturelle et de mœurs et de faire changer un peu les les opinions qui n'ont pas de qui n'ont pas des bases scientifiques au Brésil et qui qui sont encore euh qui qui qui s- qui font partie de

toute la réalité et le contexte là-bas mais là elles m'ont expliqué par exemple que le personnel en prison il il il donnait il conseillait aux mères de faire un une sorte de purée avec de la maïzena et de l'eau pour donner à leurs enfants et que ça c'était mieux que le lait maternel et là c'était totalement c'est quelque chose qu'ils mettaient en place même des fois av- avant trois mois de av- après l'accouchement donc pour des nouveau-nés qu'étaient vraiment voilà très euh très petits et qui étaient pas du tout dans euh voilà qui ét- pour moi c'ét- c'ét- c'était a- absurde de faire quelque chose comme ça donc ça c'était une différence culturelle je pense une différence de réalité de les de moyens et euh une différence due à la précarité et et et qui que je pense qu'ici en France heureusement c'est quelque chose qu'on ne retrouve plus euh à ce à ce stade de à ce stade on on connaît que on sait très bien que l'allaitement maternel c'est euh c'est ce qu'il y a de de mieux pour euh voilà même si il y a d'autres alternatives aussi mais pas la maïzena avec de l'eau pour les nouveau-nés (rires) voilà disons c'était vraiment une vraie lutte>

33 : L1 : *mh merci est-ce que tu penses qu'une reconnaissance mutuelle des compétences entre les sages-femmes françaises et les infirmières spécialisées en obstétrique puisse être possible*

34 : L2 : + je pense que oui je pense que oui je pense que l'affaire est pas simple parce que il y a beaucoup de résistances euh il y aurait beaucoup de résistances aussi euh d'un côté de du corps euh du du corps des infirmiers au Brésil de l'administration de au moins je ne sais pas comment traduire ça (rires) le mélange entre les langues (rires) j'essaie de retrouver mes mots je pense que d'un point de vue administratif ça pourrait être pas trop compliqué mais d'un point de vue des pratiques ça pourrait être un peu plus euh c'est un peu plus euh c'est faisable mais euh ça demande beaucoup de adaptabilité des deux côtés (rires)

35 : L1 : *tu peux me donner des exemples de ce que tu as en tête*

36 : L2 : eh bien + dans le + je reviens au monitoring par exemple de la formation à ça donc ça demanderait de demanderait vraiment de de s'investir dans la formation des infirmières spécialisées en obstétrique pour qu'elles puissent interpréter ç- les monitorings sans sans avoir obligatoirement l'avis du médecin dans voilà et puis euh et puis du côté de la sage-femme qu'est-ce que je pourrais je pense que l'accompagnement de la douleur pourrait être quelques chose à à travailler et que ici on est très euh on est euh on a perdu un peu le le point de vue de la enfin pas trop perdu le point de vue mais euh on a les choses euh la péridurale s'est généralisée et euh je pense que l'accompagnement de la douleur passe beaucoup passe par un un accompagnement beaucoup plus euh géral que général que l'accompagnement à travers la péridurale donc je pense que dans l'accompagnement de la douleur les sages-femmes pourraient beaucoup en gagner avec les infirmières spécialisées en obstétrique dans ce dans le ce qui est ouais + mh

37 : L1 : *bah écoute je te remercie énormément pour cet apport et euh et ton regard qui va à coup sûr enrichir mon travail de recherche je te remercie beaucoup Ana*

38 : L2 : merci merci à toi (rires)

ANNEXE 6 : analyse de l'entretien exploratoire d'Ana

	Situations TYPES			Situations SPECIFIQUES			Situations CRITIQUES		
	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles	Activité de formation - Système de formation	Activité professionnelle - Système de travail	Socioculturelles
Systèmes		Hôpital public		Spécialisation de 2 ans appelée résidence	PEC prénatale législative différente (IMG, échographies)	Humanisation de l'accouchement			
		Politique de soutien à l'AM		Référentiel de formation moins développé au Brésil qu'en France	Infirmières spécialisées en obstétrique	Système public de santé financé par le SUS qui appartient au Gouvernement Fédéral			
					Pas d'organisation spécifique des soins périnataux	Soins et actes gratuits dans le SUS			
						Ecart public/privé des établissements de santé beaucoup plus marqué qu'en France			
Dispositifs				Développement de la formation pour que les SF puissent interpréter des ERCF sans l'avis du médecin au Brésil	Humanisation de l'accouchement (équipement des SDN)	Taux de césariennes inquiétant		Pas de contrôle de la PA après pose APD	
				Développement de l'aspect relationnel et accompagnement de la douleur des patientes sans APD en France	Plus de clinique et moins de technicité (monito) au Brésil	Beaucoup plus de césariennes dans le privé = commerce d'actes		Patientes mangent pendant le travail	
					Présence d'infirmières assistancielles qui réduisent l'autonomie en terme de gestes infirmiers (VAV, prise de sang)	Système public de santé avec peu de ressources mais investies judicieusement en se basant sur l'Evidence Based Medicine mais inégalités territoriales			
					SF n'interprètent pas les ERCF, ce sont les médecins	Public pour les personnes à très faibles ressources			
						Disparités géographiques d'accès au SUS			
Acteurs		Universalité de l'obstétrique		Objectfs personnels et institutionnels adaptés à la réalité du Brésil	Accompagnement de la douleur autre qu'avec une APD	Après avoir vécu un AVB sans le vouloir les femmes estiment finalement que c'est mieux que la césarienne (récupération)	Consultations prénatales auprès de femmes en prison par infirmières spécialisées en obstétrique et consultations aussi auprès de leurs nouveau-nés par psychologues		L'accouchement voie basse est une torture dans les représentions des femmes à laquelle elles sont obligées quand elles ne peuvent pas choisir l'hôpital dans lequel elles accouchent
				Objectifs personnels de découverte et de connaissance de la réalité du travail des SF au Brésil pour aller y exercer	Dimension relationnelle avec les patientes forte du fait de leur précarité = rôle maternel de la SF	Après avoir vécu un AVB sans le vouloir les femmes disent qu'elles ne s'attendaient pas du tout à ça et sont finalement contentes			Césarienne = pas de douleurs et sécurité pour celles qui ont des ressources et les moyens de payer
				Développement du sens clinique, rencontre avec ses mains					Personnel de prison conseille de la maïzena avec de l'eau à la place du lait maternel = efforts à faire pour lutter contre les mœurs non fondées sur des preuves scientifiques
				Développement de sa capacité relationnelle avec les patientes					
				Peu d'actes réalisés mais gros travail d'observation de pratiques					

ANNEXE 7 : guide d'entretien et transcription du 3ème entretien exploratoire de la recherche, Grand témoin sur l'Interculturalité, Novembre 2015

Entretien exploratoire auprès d'un Grand témoin sur l'Interculturalité

Question de départ :

En quoi l'approche interculturelle vous semble être pertinente pour mener une recherche doctorale en Sciences de l'Education ?

Guide d'entretien :

- Point sur l'interculturalité : qu'est-ce que l'interculturalité ?
- Dynamiques existantes : quelle(s) dimension(s) donner à la thèse ?
  - Anthropologique ?
  - Ethnologique ?
  - Socioculturelle ?
- Quels conseils pour une démarche méthodologique utilisant l'interculturalité ?

Transcription entretien exploratoire Grand témoin sur l'Interculturalité

Caractéristiques de l'entretien	Statut professionnel
Date et heure : vendredi 20/11/2015 à 13h15 Lieu : salle de cours de l'Université de Rouen Durée totale de l'entretien : 17 minutes et 43 secondes	Poste : Coordinateur des activités internationales de la Conférence des Présidents d'Université : Anthropologue, ethnologue

1 : L1 : *en quoi l'approche interculturelle vous semble être pertinente pour mener une recherche doctorale en Sciences de l'Éducation*

2 : L2 : votre question renvoie à la définition de la culture car il existe plusieurs types de cultures ça dépend s'il y a une culture bourgeoise s'il y a une culture de la des nobles de l'aristocratie ça c'est une culture après il y a des cultures qui sont des cultures euh euh à visée religieuse il y a une culture catholique une culture euh athée vous voyez ç- ça dépend ce qu- mais de toute façon la réponse à la question que vous posez est oui + à cause justement de cette variabilité de de cadre que l'on appelle culture parce que qu'est-ce que c'est qu'une culture en

fait vous renvoyez à la définition de la culture qu'est-ce que c'est qu'une culture une culture c'est un un certain nombre de règles qui constituent un cadre dans lequel évolue un individu c'est ça une culture hein c'est un certain nombre de règles + qui constituent le cadre dans lequel un individu se comporte et vit alors il peut y avoir chez un même individu plusieurs cultures il peut y avoir une culture euh + de classe donc une culture religieuse une culture historique une culture de profession et elle est euh quand vous êtes euh bah dans une euh famille protestante euh bah vous avez une culture protestante mais si votre père est médecin bah vous avez en plus une culture d'une famille médicale et tout se conjugue à ce moment-là si votre père est protestant médecin mais que il est sénégalais ben vous allez avoir une culture sénégalaise protestante et médicale et si euh et cetera vous voyez donc euh + il y a une culture de classes d'âge la culture des jeunes n'est pas la même que la culture des vieux moi je vois bien avec mes enfants que j'ai pas la même tout à fait la même culture qu'eux par rapport à la au numérique par exemple ils sont bien meilleurs que moi moi je suis beaucoup moins bon donc je crois que dans pour une pour une doctorante pour résumer la perception de la multi-f- du la projection multifactorielle du culturel le culturel c'est en fait un élément extraordinairement multifactoriel vous avez plein de facteurs différents dans le culturel donc il faut pouvoir définir les différents facteurs de culturel pour con-juguer ce que vous allez appeler l'éducatif + en clair quand vous faites de l'éducation bah vous êtes dans le cadre d'une culture particulière chez nous c'est la culture française républicaine classique celle que l'on apprend à l'école et cetera + et s'oppose à cette culture aujourd'hui les le communautarisme c'est-à-dire le fait de considérer que vous allez vous séparer pour une raison ou pour une autre ça commence par l'habillement hein euh si vous venez avec une burqa euh je vais vous dire tiens vous êtes pas tout à fait dans le même cadre culturel que moi + après est-ce que je vous tolère ou pas + par exemple je suis dans la classe tout à l'heure il y a une fille qui vient en voile elle X elle a un voile est-ce que je l'accepte ou pas normalement à l'université je suis obligé de l'accepter puisque y a pas d'interdiction je serai à l'école non + au lycée je l'accepte pas parce que le voile est interdit à l'université c'est autorisé puisqu'on considère qu'ils sont adultes donc c'est autorisé mais en même temps le fait de m'habiller de telle ou telle manière signifie probablement que j'ai une culture différente ou que je veux te signifier à toi que j'ai une culture différente c'est ça que ça signifie + euh si vous venez euh ici euh en drag queen je dirai que euh vous avez une culture euh vous voulez exprimer votre culture de drag queen et euh la théorie du genre qui va avec et cetera hein + ca va (question)

L1 *<mh>*

L2 <alors quand je dis la théorie du genre puisque vous m'enregistrez qui va avec attention à ce que je dis je n'ai pas dit qu'elle et- que les drags queen c'était la théorie du genre je dis simplement que lorsqu'on parle de la théorie du genre on parle d'une culture de sexe et donc il y a une culture masculine une culture féminine et peut-être une culture du troisième sexe de la neutralité et vous savez que dans certains pays aujourd'hui c'est considéré comme euh le troisième sexe est considéré comme existant + donc vous voyez que le mot culture il sous-tend un grand nombre de variables et que ces variables ne sont pas euh évidentes + en soit on va dire les choses comme ça +>

3 : L1 : *est-ce qu'il existe des*

L2 <ça va ma réponse ça vous convient (question)>

L1 *<parfait>*

L2 <allez-y>

L1 *<c'est plus un éclairage hein je fais vraiment appel à vous en tant que grand témoin>*

L2 <oui oui allez-y>

L1 *<est-ce qu'il existe des mh méthodes et des outils méthodologiques euh qu'il faut euh suivre dans ce type de démarche et d'approche>*

4 : L2 : oui oui je pense que la première c'est l'école euh la première école en anthropologie culturelle c'est l'école américaine avec trois auteurs principaux Abram Kardiner et Mead Abram Kardiner + voilà Abram Kardiner + et Margaret Mead voilà et puis vous avez aussi alors donc quand il faut il faut lire leurs écrits un peu

L1 *<mh>*

L2 <euh vous avez euh euh le point l- le thème essentiel c'est que la constitution du moi est une constitution dans laqu- qui se fait de manière euh avec une dynamique spécifique et que cette dynamique elle est liée à euh plusieurs facteurs s- qui sont parmi lesquels vous avez la sédimentation des cultures par exemple si je suis indien parce qu'ils ont travaillé au début sur le monde indien américain par opposition au monde blanc américain des white anglo saxon protestant donc chez eux le le moi surtout chez Kardiner le moi se t- se caractérisait par euh bah le fait que vous soyez indien au départ mais qu'ensuite vous aviez le christianisme qui venait le protestantisme qui venait se superposer et que l'ensemble des deux vous constituez comme étant un indien américain après bon c'est plus compliqué mais enfin c'est ça l'idée et que donc vous deveni- vous pouviez jamais devenir un white anglo saxon protestant mais vous c- vous pouviez avoir quelques catégories mentales du white anglo saxon protestant par lati- par le fait de de s'être converti euh au mh au protestantisme américain vous vous permettez d'entrer dans telle ou telle catégorie ou au contraire si vous étiez un indien et que vous gardiez votre indiennité pure vous refusiez tout contact avec les white anglo saxon protestant vous voyez + on pourrait dire la même chose aujourd'hui euh c'est pour ça que c'est très intéressant votre question surtout avec la dynamique actuelle euh de l'islam + euh qu'est-ce qui fait que euh comment appréhender le fait culturel c'est un sujet brulant d'actualité comment appréhender le fait culturel hein est-ce que d'abord on doit l'appréhender ou pas ça définit si ça sous-tend la ça connote la définition de la laïcité + est-ce qu'une laïcité est une laïcité euh aculturelle ou est-ce que on on met dans la laïcité des éléments culturels je vous donne un exemple très simple + vous êtes dans d- proviseur de lycée il y a un cours de biologie vous allez avoir un musulman ou une musulmane qui va dire je n'accepte pas votre théorie sur l'évolution qu'est-ce que vous faites + bah la réponse est simple c'est vous êtes à l'école française vous l'apprenez un point c'est tout et on discute pas parce que si vous commencez à discuter ça veut dire que vous mettez en lambeaux la laïcité moi c'est mon avis en tout cas à ce moment-là mais il y a plus compliqué vous êtes une fille vous êtes musulmane vous êtes un peu euh intégriste et vous vous voulez

pas participer au cours de gymnastique + qu'est-ce que vous faites alors toujours pareil je suis à l'école tiens vous êtes obligée en short vous êtes obligée + mais est-ce que vous allez à un moment céder sur le fait euh d'aller à la piscine avec des garçons ou pas + à mon avis faut pas céder mais c'est mon avis à moi donc je pense que quand on commence à faire des horaires dans les piscines pour les femmes et les hommes déjà on a cédé sur la laïcité et la mixité il faut pas si vous voulez alors on perd la laïcité donc je trouve qu'on a déjà cédé sur beaucoup de choses je pense qu'il faut pas céder là-dessus mais ça veut dire moi je me situe dans une culture laïque et je me situe pas dans une culture religieuse + un tout dernier exemple qui date d'aujourd'hui là vous avez euh il y a un imam à Brest qui a dit il y a huit jours vous pouvez regarder sur internet que si on écoutait de la musique on allait être s- transformé en porc ou en cochon ou en singe il a été euh perquisitionné là euh hier et cetera il a dit hein mais j'av- di- j'avais dit ça mais c'est une métaphore c'est pas c'est pas il suffit de reprendre son texte c'est pas une métaphore + ça voulait dira aussi que si vous écoutez de la musique peut-être qu'on peut aller jusqu'à vous descendre + vous voyez autrement dit jusqu'où va la culture vous voyez est-ce que les la est-ce que une culture intégriste qui interdit la comme les talibans qui interdit la musique et tout ce qui est disques et cinéma et cetera euh si elle essaie de pénétrer dans votre culture à vous jusqu'à quel moment vous allez arrêter + à quel mom- ou alors est-ce que vous vous convertissez complètement donc il y a un bouquin qu'il faut absolument que vous lisiez c'est 2084 qui vient de sortir + bien sûr il faut lire ça c'est d'un al- un un algérien je me rappelle plus son nom là Boual Jam je sais plus son nom enfin 2084 vous demandez dans une librairie c'est connu et qui montre euh comment euh un pouvoir totalitaire islamiste l'emporte mais bon parlons pas de l'islam uniquement euh 2084 + là vous êtes vraiment au cœur d'une actualité brulante quand vous parlez de la culture et de l'éducation + qu'est-ce qu'on fait quand on fait de l'éducation si ce n'est + parler d'une culture + si par exemple moi je suis prof d'histoire dans un lycée et que je parle de Charles Martel qui a arrêté les Arabes en 732 si je suis dans la dans dans la dans la salle et que je suis euh un élève je vais pas le recevoir de la même manière si j'ai une culture arabe ou si j'en ai pas une si j'en ai une culture arabe je vais dire et peut-être que euh l'individu qui me parle là ne me parle pas du même sujet que celui dont moi j'aimerais qu'on me parle + deuxième exemple la perception des croisades si moi en tant que français les croisades ne me me traumatisent pas si je suis euh issu du milieu musulman les croisades peuvent être conçues comme un élément très traumatisant mais je vais aller plus loin ça ça fait partie de la rhétorique aujourd'hui mais prenons l'exemple des barbaresques c'est-à-dire des principautés d'Alger qui aux XVIIème XVIIIème XIXème enlevaient des femmes et des hommes sur toute la côte méditerranéenne baladez-vous en Corse vous verrez qu'il n'y a pas de villages dans le sud de la Corse parce qu'ils avaient la trouille d'être enlevés par les barbaresques vous aviez à peu près un million d'esclaves chrétiens dans les enclaves algérienne marocaine + euh les populations méditerranéennes ont été traumatisées par les barbaresques et c'est une des raisons qui a fait qu'on a envahi l'Algérie en 1830 parce qu'on voulait arrêter les barbaresques + donc vous voyez où s'arrête la mémoire de la culture quoi c'est ça le problème qui parle de culture parle forcément de mémoire et d'histoire donc euh qui parle de quoi au nom de qui et de quoi ça c'est très important est-ce qu'il doit y avoir des lycées religieux islamiques en France par exemple tiens bonne question il y en a en ce moment + est-ce qu'on a raison de le faire je sais pas honnêtement + vous me direz puisqu'il y a des lycées chrétiens il doit y avoir

aussi des lycées euh il peut y avoir aussi des lycées musulmans bah c'est une bonne question euh>

///[1]

euh bon ça vous convient ça comme euh

L1 *<mh>*

L2 <comme euh +>

5 : L1 : *oui ça me convient ça me questionne dans la mesure où*

L2 <c'est très très important comme questionnement>

L1 *<oui>*

L2 <c'est br- c'est c'est encore une fois c'est brulant comme questionnement>

L1 *<et dans la mesure où la culture est multifactorielle euh certains euh certains écrits que j'ai lu sur euh l'interculturalité parlent euh + de comparaisons de certains éléments entre les cultures>*

L2 <c'est pour ça que j'ai dit qu'il faut il faut>

L1 *<ça vous semble être envisageable ou pas>*

6 : L2 : oui bien sûr pourquoi pas + moi je suis pas pour euh certains euh sociologues anthropologues vous diraient qu'on ne peut pas comparer si on peut comparer comparer ça veut pas dire qu'on hiérarchise

L1 *<mh>*

L2 <si vous dites qu'il y a des cultures supérieures à d'autres je dirais non mais si vous dites qu'on peut comparer oui bien sûr si on peut parler du rôle de la femme et du euh dans l'islam c- dans le christianisme dans euh le protestantisme l'orthodoxie pourquoi pas oui bien sûr on a le droit + le chercheur a tous les droits mais pas celui de hiérarchiser celui de comparer de mettre en parallèle oui bien sûr + euh dans les auteurs américains j'en ai oublié un il y a y a Kardiner Abram Kardiner il y a Margaret Mead et il y a euh Ruth Benedict Ruth R-U-T-H plus loin Benedict B-E-N-E-D-I-C-T Ruth Benedict + Ruth Benedict + euh est-ce qu'il y en a encore un nom c'est les principaux faut vraiment que vous lisiez un ou deux bouquins de ces ces gens-là de l'école américaine d'anthropologie comparée + voilà d'ailleurs on dit euh anthropologie comparée donc ça dit bien qu'on peut comparer les cultures l'une à l'autre vous voyez en français en France vous en avez un qu'est très bien qui s'ap- mais qui est mort maintenant qui s'appelle Roger Bastide sur le monde brésilien Roger Bastide ouais sur l'identité brésilienne

[1] Interruption de l'entretien pendant 25 secondes par la réception d'un SMS par la personne interviewée

Roger Bastide et puis celui qui est un peu le père fondateur du de d'un point de vue psychanalytique cette fois-ci c'est euh merde j'ai oublié son nom là + euh euh euh euh euh ça va pas me revenir + comment il s'appelle déjà + merde j'ai oublié son nom + euh + donnez-moi deux secondes le fondateur du comparatisme en psychanalyse + ça me revient pas bon bah écoutez c'est euh Georges Devereux voilà D-E-V-E-R-E-U-X D-E-V-E-R-E-U-X + D-E-V-E-R-E-U-X voilà Georges Devereux +>

L1 *<bien>*

L2 <ça c'est essentiel pour que vous compreniez + les choses dans le comparatisme mais le plus important c'est Margaret Mead parce que c'est elle qui a travaillé au Japon en Polynésie elle a écrit un bouquin qui est remarquable qui s'appelle mœurs et sexualité en Océanie mœurs et sexualité en Océanie si el- si vous avez un seul bouquin à lire faut lire celui-là voilà c'est de l'ethnologie de l'ethnologie comparée comme le font les américains souvent + voilà + ça va ça vous convient (question)>

L1 *<parfait>*

L2 <et si vous voulez venir me revoir avec euh plaisir>

L1 *<et bah je vous remercie beaucoup>*

L2 <pas de problème>

L1 *<pour euh ces pistes bibliographiques>*

7 : L2 : mais vous ce serait quoi votre sujet de thèse

8 : L1 : *alors ce serait euh l'analyse d'une activité professionnelle et de formation*

L2 <oui >

L1 *<dans les contextes socio-culturels français et brésilien>*

L2 <oh bah alors je tombais bien avec Roger Bastide>

L1 *<exactement>*

L2 <ah bah alors Roger Bastide c'est obligatoire>

L1 *<tout à fait>*

L2 <il est mort il y a 20 ans maintenant mais ce vous décr- ces mais vous lisez ces bouquins c'est comme si c'était aujourd'hui c'est vraiment moi j'y connaissais bien et il ét- c'était super un mec super Roger Bastide voilà bah rien d'autre à dire Roger Bastide>

9 : L1 : *et y'a-t-il*

L2 <pourquoi vous avez choisi le Brésil vous connaissez le Brésil un petit peu>

10 : L1 : *non pas du tout c'est lié à une mission professionnelle en fait*

L2 < se fala português um pouquinho so>

L1 *<ah j'apprends justement (rires)>*

L2 <ah>

L1 *<parce que non je parlais pas beaucoup et donc du coup je commence>*

L2 <se fala portugu- ah c'est c'est une langue superbe>

L1 *<exactement>*

11 : L2 : vous êtes dé- déjà allé au Brésil jamais

L1 *<bah deux fois du coup>*

L2 <ah c'est un pays magnifique>

L1 *<deux fois oui>*

L2 <qu'est-ce qu'on s'y qu'est-ce qu'on s'y sent bien>

L1 *<bah j'en suis tombée amoureuse>*

L2 <vous êtes tombée amoureuse d'un brésilien ou du Brésil les deux>

L1 *<du Brésil non pas d'un brésilien du Brésil (rires)>*

12 : L2 : ah moi c'est un pays que j'adore le Brésil c'est un pays euh

L1 *<exactement>*

L2 <si j'avais à partir un jour de France j'irais au Brésil ouais>

L1 *<c'est vrai je me suis pas trompée alors>*

L2 <oh non c'est un pays fantastique c'est un pays d'abord on y mange bien les gens sont sympas pourtant Dieu sait s'ils ont des problèmes bien plus que nous euh c'est un pays en plus c'est un pays vous connaissez la légende qui dit que Dieu a créé le monde et il avait tout donné au au Brésil le Brésil a tout il y a pas de tremblements de terre il y a du pétrole il y a tout tout tout tout tout alors les les autres peuples étaient pas contents donc ils viennent voir Dieu et lui disent bah euh pourquoi t'as tout donné au Brésil et il a dit bon d'accord j'ai été un peu injuste donc maintenant je vais mettre les brésiliens dessus comme ça vous serez tous à égalité parce qu'ils vont s'engueuler entre eux (rires) c'est vrai ils vont faire du pays un alors qu'ils ont un pays fantastique ils en profitent quand même pas tell- tellement tellement quoi parce qu'il y en a que quelques-uns qui captent la p- la la tou- tou- la tout le pouvoir mais c'est un pays fantastique quoi en plus moi j'ai été travaillé chez les indiens du Brésil pendant un moment je suis allé chez les Nambikwara dans en dans le Mato Grosso du nor- du sud Mato Grosso do Sul à Campo Grande et puis à mh à merde comment ça s'appelle cette ville du Mato Grosso du su- du nord pardon pas du sud c'est Campo Grande du nord c'est euh + ah j'ai oublié le nom enfin Campo Grande c'est toute la région du Pantanal c'est beau là-bas qu'est-ce que c'est beau +

moi j'ai adoré ce coin là j'ai adoré les indiens du coin et j'y retournerai faire ça fait longtemps que j'y suis pas retourné là mais je me suis bien blindé dans le Brésil et c'est super beau et ce que je préfère c'est la batida de maracuja vous connaissez>

L1 *<bah maracuja c'est fruit de la passion>*

L2 <le jus de fruit de fruit de la passion ah qu'est-ce que c'est bon>

13 : L1 : *et je leur ai appris euh la dernière fois que j'y suis allée là en en octobre puisque j'ai été invitée*

L2 <ah bah vous étiez là tout de suite là vous arrivez>

L1 *<oui j'en j'y suis allée fin octobre>*

L2 <vous étiez où quelle ville>

L1 *<Belo Horizonte>*

14 : L2 : oh bah j'adore Belo Horizonte j'ai encore des copains et des copines à Belo Horizonte c'est fabuleux fabuleux bah vous avez bien choisi vous allez aller souvent au Brésil je vous souhaite de trouver un petit poste de d'enseignante au Brésil après X par exemple à Sao Paulo ou ailleurs ou à Belo Horizonte

15 : L1 : *mh bah là j'ai déposé un dossier euh d'aide à la mobilité du REFEB*

16 : L2 : bah vous avez bah il faut il faut y aller c'est c'est si vous avez besoin d'une lettre de quelque chose qui peut vous aider je vous la fait pas de problème

L1 *<bah c'est très gentil merci à vous>*

L2 <hein d'accord>

17 : L1 : *et l'activité professionnelle c'est l'activité des sages-femmes*

18 : L2 : oh + ah bah vous allez avoir à Belo Horizonte + euh parce que je connaissais des médecins moi mais dej- ça fait longtemps maintenant donc ils sont peut-être plus là j'avais une bonne copine qui était médecin à l'hôpital de Belo Horizonte mais elle est partie maintenant cet- euh elle doit être à la retraite + c'est fabuleux c'est fab- c'est c'est c'est donc vous travaillez sur les sages-femmes à Belo Horizonte

L1 *<oui>*

L2 <c'est vachement bien ah ben si vous avez besoin de quelqu'un dans votre jury c'est avec plaisir j'adore ce>

L1 *<ah bah écoutez je vous remercie beaucoup je vous remercie beaucoup>*

L2 <j'adore ce en plus je le connais je connais bien je con- je connais pas mal Belo Horizonte et euh je connais bien le milieu médical là-bas et pis je connais le Br- le Brésil vraiment j'adore quoi>

L1 *<bah ce serait vraiment un plaisir pour moi avec grand plaisir merci pour tout>*

L2 <non non bah de rien à votre disposition>

ANNEXE 8 : les trois modèles de soins en périnatalité proposés par Robbie Davis-Floyd en 1998

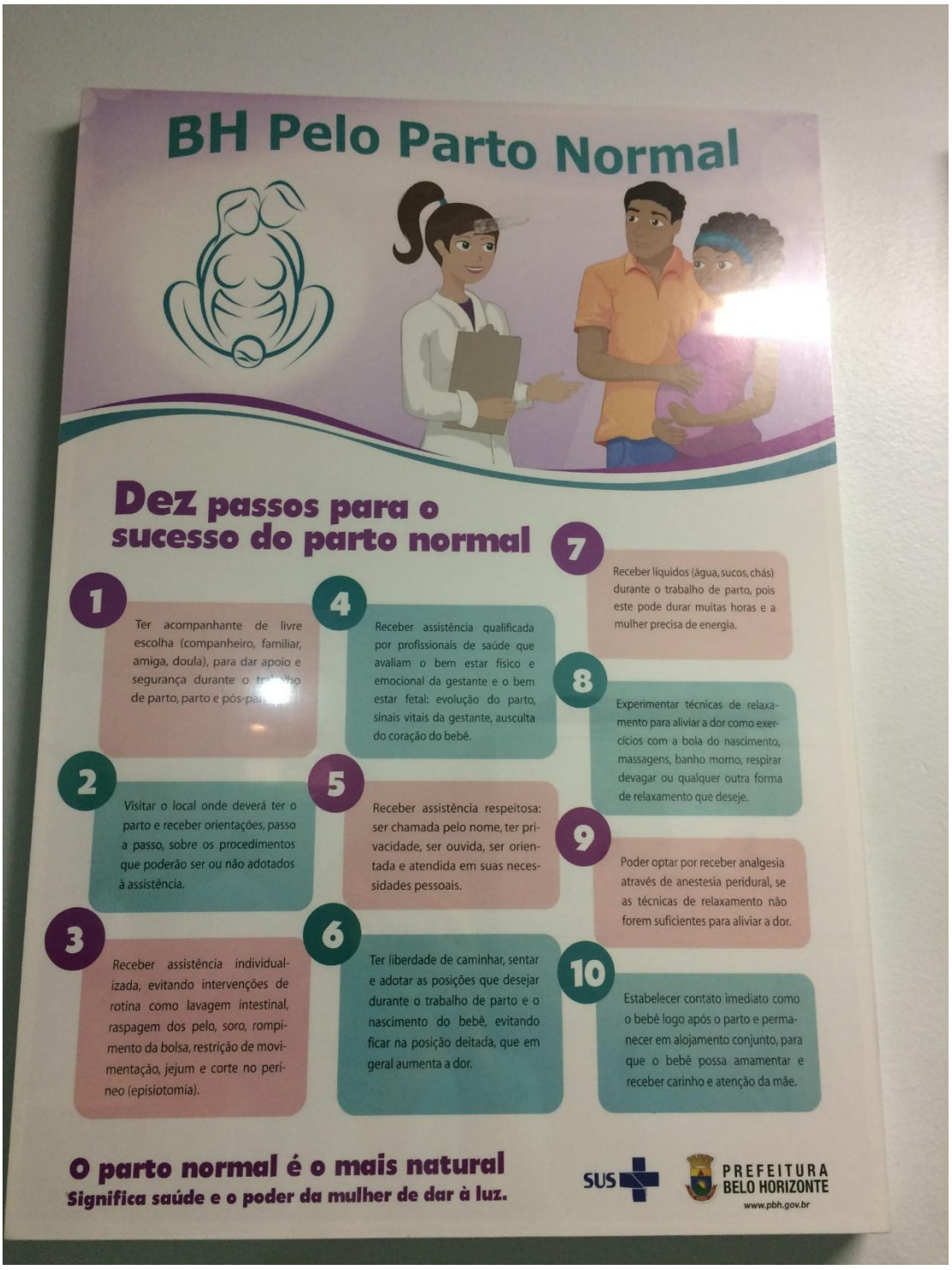
Table 1

Technocratic model	Humanistic (biopychosocial) model	Holistic model
1. Mind/body separation	1. Mind–body connection	1. Oneness of body-mind-spirit
2. The body as machine	2. The body as an organism	2. The body as an energy system interlinked with other energy systems
3. The patient as object	3. The patient as relational subject	3. Healing the whole person in whole-life context
4. Alienation of practitioner from patient	4. Connection and caring between practitioner and patient	4. Essential unity of practitioner and client
5. Diagnosis and treatment from the outside in (curing disease, repairing dysfunction)	5. Diagnosis and healing from the outside in *and* from the inside out	5. Diagnosis and healing from the inside out
6. Hierarchical organization and standardization of care	6. Balance between the needs of the institution and the individual	6. Networking organizational structure that facilitates individualization of care
7. Authority and responsibility inherent in practitioner, not patient	7. Information, decision-making, and responsibility shared between patient and practitioner	7. Authority and responsibility inherent in each individual
8. Supervaluation of science and technology	8. Science and technology counterbalanced with humanism	8. Science and technology placed at the service of the individual
9. Aggressive intervention with emphasis on short-term results	9. Focus on disease prevention	9. A long-term focus on creating and maintaining health and well-being
10. Death as defeat	10. Death as an acceptable outcome	10. Death as a step in a process
11. A profit-driven system	11. Compassion-driven care	11 Healing as the focus
12. Intolerance of other modalities	12. Open-mindedness toward other modalities	12. Embrace of multiple healing modalities
Basic underlying principle: separation	Basic underlying principles: balance and connection	Basic underlying principles: connection and integration
Type of thinking: unimodal, left-brained, linear	Type of thinking: bimodal	Type of thinking: fluid, multimodal, right-brained

The three paradigms: the technocratic, humanistic, and holistic models of medicine

ANNEXE 9 : orientation des femmes enceintes de BH en fonction du risque de la grossesse et du lieu d'habitation

ANNEXE 10 : Belo Pelo Parto Normal



ÁTICAS QUE FACILITAM O PARTO NORMAL

r acompanhante durante o trabalho de parto, rto e pós-parto
l Municipal 9016 e Lei Federal 2418 de 2005)

uz a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de licamentos para alívio da dor e a depressão pós-parto.

ovimentar-se e ficar numa posição confortável

ar, agachar, sentar na "bola de nascimento" ou na "banqueta para o parto" e ar-se na "escada de Ling", ou outro suporte, ajuda a diminuir a dor e facilita olução do parto. Em geral, a posição deitada piora a dor.

ar métodos para alívio da dor

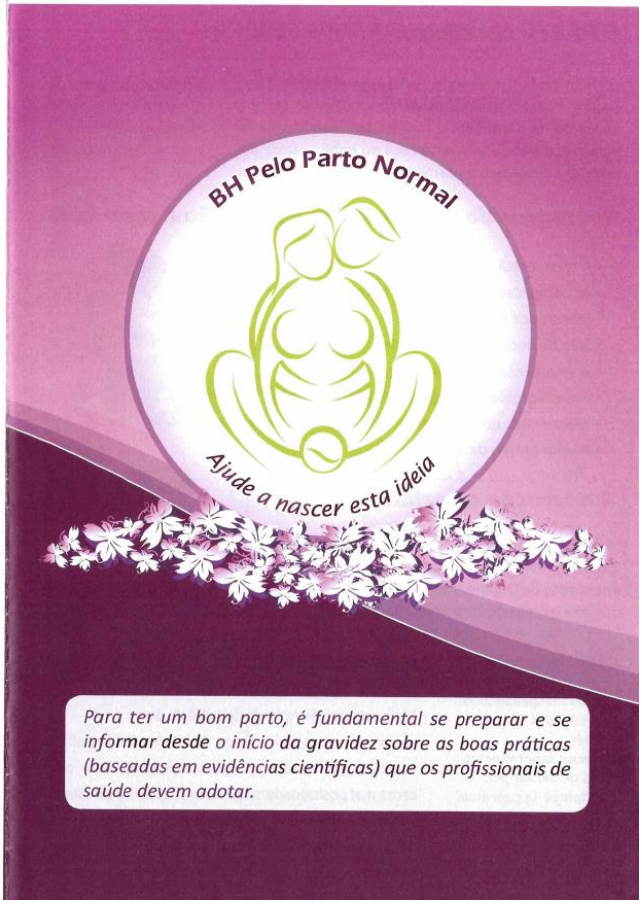
as vezes a dor é provocada por procedimentos desnecários, como toques vaginais repetidos, episiotomia (cor- vagina) e o uso de soro com medicamento. Massagens costas, banho morno de chuveiro ou banheira, ouvir mú- respirar devagar e outras formas de conforto, além de ir líquidos, ajudam a relaxar e aliviar os incômodos. Se s métodos não forem suficientes, a anestesia peridural erá ser utilizada.

É direito da mulher ser informada corretamente e participar ativamente da decisão sobre como dar à luz.

O parto normal pode ser uma vivência saudável, prazerosa e fortalecedora!

www.bhpelopartonormal.pbh.gov.br

SUS — PREFEITURA BELO HORIZONTE www.pbh.gov.br



Para ter um bom parto, é fundamental se preparar e se informar desde o início da gravidez sobre as boas práticas (baseadas em evidências científicas) que os profissionais de saúde devem adotar.

O PARTO NORMAL É O MAIS SEGURO

O parto pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo.

A cesariana programada, com dia e hora marcada, não respeita o momento certo de nascer.

Vantagens do parto normal em relação à cesariana

- A recuperação após o parto é mais rápida;
- As complicações são menos frequentes;
- Menos dor após o parto;
- Não há necessidade de separar mãe-bebê;
- A amamentação é mais fácil;
- Menos problemas respiratórios para o bebê;
- Menor risco do bebê nascer prematuro ou imaturo;
- Menor tempo de internação.
- Mesmo risco de Desidrate, anemia, HIA, diabetes, alergia e asmas

A operação cesariana Doenças no feto

A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada em caso de complicações na gravidez e no trabalho de parto, que não passam de 15%, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde. No Brasil, alguns hospitais têm taxas muito elevadas de cesariana, expondo a mulher e o bebê a riscos desnecessários:

O trabalho de parto deve ser acompanhado de perto respeitando as necessidades de cada mulher.
É preciso saber esperar antes de decidir por interrompê-lo com uma cesariana.

- Complicações da anestesia e da cirurgia;
- Hemorragias e infecções;
- Hospitalização prolongada;
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro ou imaturo e de internação do bebê;
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero;
- Separação mãe-bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite materno.

MITOS E VERDADES SOBRE O PARTO NORMAL

O parto normal demora muito

Muitas vezes a mulher interna com pouca dilatação do colo (2 ou 3 centímetros) e poucas contrações, dando a impressão que o trabalho de parto está prolongado. O tempo de trabalho de parto varia muito de mulher para mulher, com duração média de 8 a 12 horas. Evitando a internação muito cedo previne-se o estresse e situações desconfortáveis, como ficar sem alimentação por muito tempo e intervenções dolorosas como soro com medicação e toques vaginais repetidos.

Procedimentos rotina não respeita a individualidade podem prejudica boa evolução do par

O parto normal "alarga" a vagina e atrapalha vida sexual

O parto normal não alarga a vagina e não atrapalha a vida sexual. Toda mulher fazer exercícios de contração dos músculos que ficam perto da vagina (períneo) preservar a força e a musculatura.

"A dor no parto normal é pior que na cesariana

A dor no parto normal não é uma dor por motivo de doença, mas uma dor qu nifica a saúde e o poder da mulher de dar à luz. Cada mulher percebe e sent forma diferente as contrações. Não é contínua, vem e para, pode ser vivenciada sofrimento e termina com o nascimento de uma nova vida. Por outro lado, a d cesariana pode durar muito tempo.

"A cesariana é mais segura"

Ao contrário: a cesariana programada, sem indicação tétrica precisa está associada a maior risco de hemor infecção, complicações anestésicas para a mãe, interna problemas respiratórios para o bebê, assim como maior talidade materna e infantil. O parto normal, com um m de intervenções, oferece menores riscos para a saúde d e do bebê.

Doulas comunitárias

Mulheres cuidando de mulheres no parto.

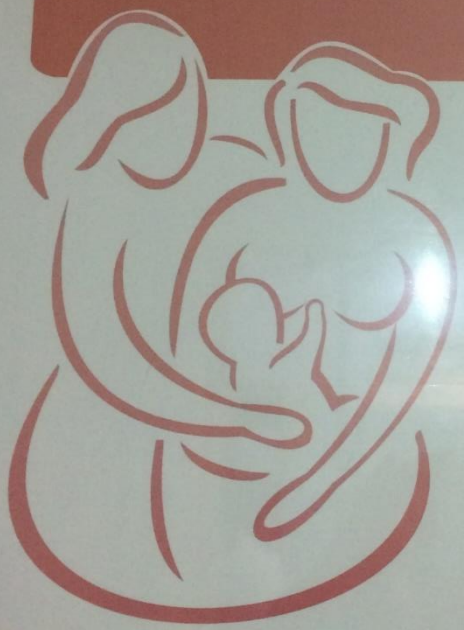
DOULA: "Mulher que serve a outra".

Quem é?

Voluntária, com habilidades para cuidar e ajudar outra mulher que está dando a luz. A Doula transmite segurança à mulher para que o parto e o nascimento ocorram da melhor forma possível.

Algumas características:

Sexo feminino
Maior de 21 anos
Ter disponibilidade para 12 horas semanais
(plantão diurno ou noturno)



Faça parte desta iniciativa!

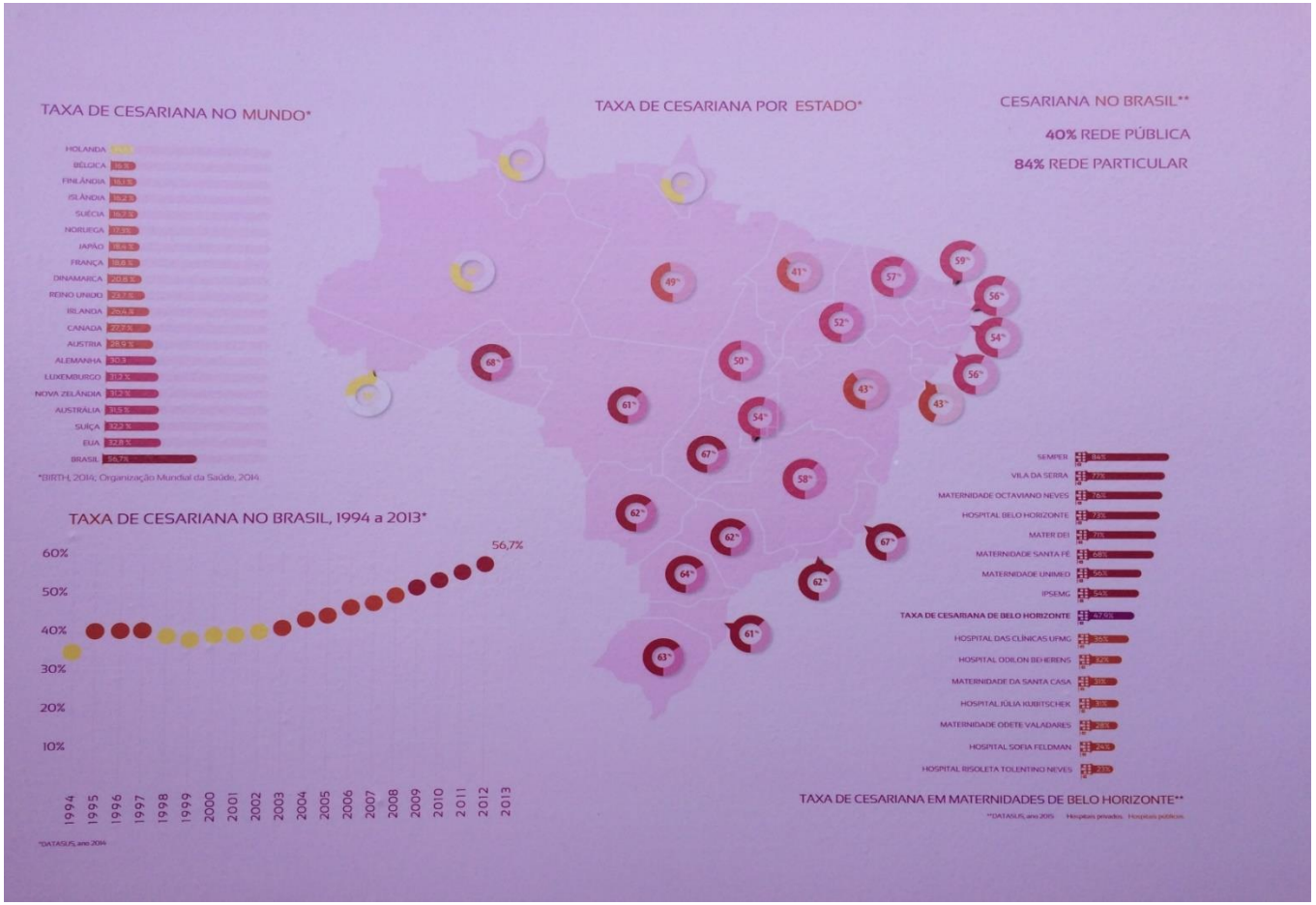
A "Doula Comunitária" apoia a humanização do parto e nascimento, o seu caráter natural e fisiológico. O suporte emocional durante o trabalho de parto pela Doula e pelo acompanhante melhora a assistência para a mulher e para o bebê.

Capacitação pela Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Sofia Feldman
Inscrições: Informações - 156 | Comissão Perinatal Tel : 3277-5053 (das 14h às 18h)
E-mail: bhpelopartonormal@pbh.gov.br

SUS

PREFEITURA BELO HORIZONTE
www.pbh.gov.br

ANNEXE 11 : taux de césarienne dans le monde, au Brésil, dans l'Etat du Minas Gerais et dans la ville de Belo Horizonte



Source : photographie prise par la chercheure en 2016 lors de l'exposition *Sentidos do Nascer* au *Parque das Mangabeiras*, Belo Horizonte.

ANNEXE 12 : affiches de l'exposition *Sentidos do Nascer*

Les professionnels entourant la naissance au Brésil :

1. « OBSTETRIZ »

Professionnelle de santé formée en obstétrique. Cours supérieur. Formation de l'université de São Paulo.

2. « PARTEIRA TRADICIONAL »

Femme possédant un savoir et une expérience pratique à partir de connaissances traditionnelles.

3. « ENFERMEIRA OBSTETRA »

Formée en sciences infirmières (cours supérieur) et spécialisée en obstétrique.

Que font-ils ?

Ils prennent soin du bébé et de la femme enceinte à bas risque pendant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale. Ils participent aux soins de la femme enceinte à haut risque conjointement avec le médecin « obstetra ».

4. « DOULA »

Femme dédiée à soutenir une autre femme qui accouche. Ayant ou non une formation ou réalisé des études.

Que fait-elle ?

Accompagne la femme, ses accompagnants et sa famille avec support émotionnel, information et soutien pour aider dans la bonne évolution de l'accouchement.

5. « OBSTETRA »

Médecin spécialisé en obstétrique.

Que fait-il ?

Il prend soin de la femme enceinte pendant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale et du bébé pendant l'accouchement. Il s'occupe des problèmes de l'accouchement et prend soin de la femme enceinte à haut risque.

6. « PEDIATRA »

Médecin spécialisé en pédiatrie.

Que fait-il ?

Il prend soin du bébé principalement quand il se produit un quelconque problème à la naissance.

A HISTÓRIA DO NASCIMENTO

Como você gostaria de ter vindo ao mundo? Por muitos e muitos anos essa pergunta não faria qualquer sentido. Durante milênios, bebês nasceram em suas próprias casas em um ritual restrito às mulheres. A partir do século XVIII, de evento domiciliar auxiliado por parteiras, as mulheres da alta sociedade inglesa passaram a ser atendidas por médicos. O pensamento iluminista levou para o nascimento os princípios da lógica e da razão: o corpo é uma máquina (defeituosa) e o médico, o seu mecânico.

A concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto e os fatores emocionais e os desejos das mulheres passaram a ser negligenciados. Mulheres e filhos foram separados. A mulher passou a parir deitada em função da conveniência médica. Essa simples intervenção desencadeou outras várias para corrigir o corpo da mulher, tratado como incapaz de parir de forma autônoma.

Somente no fim do século XIX as gestantes foram atraídas para o hospital, em grande parte por causa da cesariana para partos "complicados". Mas as senhoras "de bem" tinham seus filhos em casa. O hospital era para pobres, mulheres sem lar estabelecido, mães solteiras e prostitutas. O parto hospitalar se consolidou há apenas 50 anos. No Brasil, as mulheres passaram a ter duas alternativas: um parto vaginal cheio de intervenções desnecessárias ou a cirurgia de extração do feto, que desde 2009 predomina como a forma de nascer dos brasileiros.

Como resposta surgem os movimentos pela humanização da assistência ao parto, que reivindicam a qualidade na assistência e o direito ao parto respeitoso. Impulsionam assim as políticas públicas de promoção do parto normal e a implementação da assistência baseada no protagonismo e autonomia da mulher, nos direitos humanos, nas evidências científicas, na segurança. Buscam reafirmar toda a sabedoria e os mistérios dos sentidos de parir e nascer.

CESARIANA

Só em último caso

Uma exceção que virou regra. A cesariana existe para salvar vidas quando uma situação adversa impede o parto normal. A Organização Mundial de Saúde estima que a cirurgia seja necessária para 15% dos nascimentos, mas no Brasil os índices são muito superiores a essa recomendação: 56,7% dos bebês nascem por meio desta cirurgia e, nos hospitais particulares, a taxa supera 80%. Este fenômeno tem sido chamado de epidemia, pelos riscos que traz à saúde.

Entre tantas justificativas sem fundamentação técnica – "cordão enrolado no pescoço", "sofrimento fetal", "não tem dilatação" – vemos os riscos da cesariana para a mãe e para o bebê serem ignorados. Ao mesmo tempo, essa cirurgia de grande porte ganha, equivocadamente, status de parto moderno, tecnológico, controlado e seguro. Tanta desinformação nos faz testemunhar hoje o aumento do número de crianças prematuras no país (12,5%, quase o dobro do recomendado) e a dificuldade em reduzir a mortalidade materna.

A cesariana é uma técnica cirúrgica que retira o bebê do ventre da mãe após serem cortadas sete camadas – da pele ao útero. Além de uma recuperação mais difícil e da dor, ela aumenta a chance de infecções, hemorragias e hérnias, pode lesionar órgãos, dificulta a amamentação e o vínculo entre mãe e filho e impõe maior risco na gravidez seguinte. Para o bebê, além do risco de ser prematuro ou imaturo (retirado antes do trabalho de parto e antes de estar pronto para nascer), pode ocasionar cortes acidentais, separação da mãe, dificuldade respiratória, dificuldade para amamentar e necessidade de internação. No futuro, essa criança está mais propensa a desenvolver doenças crônicas como obesidade, diabetes, hipertensão, asma e alergias.

O corpo feminino é preparado para dar à luz, o tempo de cada mulher é único e a fisiologia do parto precisa ser respeitada. O lugar da cesariana é o da excepcionalidade.

DE QUEM É O PARTO?

O corpo da mulher é preparado para parir, mas o excesso de cesarianas e de intervenções no parto normal tem minado a crença social nessa capacidade. Apesar de ser um processo fisiológico do corpo feminino, o trabalho de parto e o parto em si têm sido equivocadamente creditados ao médico ou ao profissional de saúde.

Dar à luz é tarefa da mulher. É a contração ritmada do útero que desencadeia a dilatação do colo uterino e a descida do bebê pela pelve. Quando essa dilatação se completa, a mãe sente a necessidade de fazer força que, junto com as contrações, possibilitam a saída do bebê e da placenta pelo vagina. Os profissionais de saúde acompanham, ao seu lado, com apoio e assistência caso necessário. O trabalho é da mulher.

A cesariana não é considerada parto por se tratar de uma cirurgia de grande porte que extrai o bebê do útero da mãe. Quando bem indicada, salva vidas. E é esse o seu lugar, não de substituição ao parto normal.

Viver ativamente a experiência do parto é um direito a mulher. Informada e respaldada por evidências científicas, a mulher deve ter liberdade para escolher onde, com quem e como quer viver este momento, consentir ou não sobre os procedimentos recomendados pelos profissionais de saúde.

Mulher, parto, direito e protagonismo. Palavras que se juntam para empoderar mulheres e transformar a forma de nascer, promover saúde, respeitar a autonomia e o corpo feminino e acolher com segurança e amor as novas vidas.

PARTO NORMAL

A mulher sabe parir

O parto normal acontece espontaneamente e o bebê nasce, na maioria das vezes, sem necessidade de qualquer intervenção sobre o corpo da mulher; 85% das mulheres podem ter parto normal. Entretanto, com a mudança do local do parto nas últimas décadas, houve um rápido incremento de inúmeras práticas para iniciar, corrigir, acelerar ou regular o processo fisiológico do parto de forma a racionalizar e organizar o trabalho no hospital.

Os altos níveis de intervenções *"inúteis, inoportunos, inadequados e/ou desnecessários, têm resultado em riscos adicionais para mulheres e bebês"*[1]. A raspagem de pelos, a lavagem intestinal, o jejum, a solidão, a imobilização, a posição ginecológica, o uso de hormônios artificiais para acelerar o parto e o corte da vagina (episiotomia), em conjunto com a falta de autonomia da mulher, criaram o cenário de um parto sofrido, solitário e traumático. O parto no Brasil é anormal, violento e responsável por um contrassenso: a cesariana agendada, sem real necessidade, surge como alternativa pretensamente segura para muitas mulheres.

O respeito, a dignidade e qualidade na assistência ao parto precisam ser recuperados. A mulher tem direito a uma boa experiência de parir – o **bom parto**. Deve ter autonomia em suas escolhas, desde o local do parto (parto domiciliar planejado, centro de parto normal ou hospital) até as práticas de cuidado.

Neste novo cenário a equipe é multidisciplinar com a participação da enfermeira obstetra/obstetriz e da doula. O parto ocorre em quarto individual com banheiro e são utilizadas as técnicas de alívio da dor, até hoje sonegadas na maior parte dos serviços. Os fatores emocionais, expectativas e a vivência do parto são importantes, as especificidades da mulher e sua integridade corporal são valorizadas. A satisfação com o parto é essencial. O ritmo individual rege a evolução do parto e a mulher dirige seu próprio corpo, tem liberdade para se movimentar, se alimentar e para escolher a posição de parir. O parto é da mulher! E, assim, o parto passa a ter um novo sentido.

A DOR DO PARTO

Se o parto dói? Sim, sempre doeu. Desde os primórdios da humanidade. A dor, além de sinalizar que o bebê está pronto para nascer, é importante para que a mulher volte sua atenção para dentro de si mesma. A dor do parto desliga os sentidos do mundo, distancia o corpo do que é desnecessário, ajuda a dimensionar a relevância do que é trazer à luz uma nova vida. Que dor é essa? É forte como a sinceridade da natureza do corpo feminino, apto para parir, para fazer girar a roda da vida. É intensa como o prazer de sentir o filho nos braços após a atuação de uma enxurrada de hormônios que o trabalho de parto proporciona. Essa dor faz sentido? Talvez seja a única que faça. Ela é a certeza de que chegou a hora, que mãe e filho estão prontos para dar continuidade à conexão da vida fora do útero. E quando chega o filho, toda mulher entende a essência da vida, os sentidos do nascer.

Plano de parto

Para atender suas necessidades no parto é fundamental o registro prévio dos seus desejos e expectativas. O acompanhamento do parto deverá iniciar quando as contrações estão regulares e o colo do útero apresenta-se fino e dilatado. Em caso de perda de líquido ou sangue, mesmo sem contrações, a gestante deve procurar assistência de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1. Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:
( ) Marido/ parceiro/ pai do bebê ( ) Mãe
( ) Filha (o) ( ) Amigos
( ) Outros familiares ( ) Doula
( ) Nenhum ( ) Outros:_____

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pêlos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.

2. Deseja usar supositório de glicerina?
( ) Sim ( ) Não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

3. Métodos para alívio da dor que deseja ter como opção
( ) Massagens ( ) Respiração profunda
( ) Exercícios de relaxamento com bola do nascimento
( ) Banho de banheira ou de chuveiro
( ) Anestesia com medicamentos
Outros: _____

4. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Líquidos que deseja ingerir:
( ) Sucos de frutas ( ) Chás
( ) Gelatina
( ) Outros: _____

5. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.
( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher.

6. Em qual posição deseja ter o parto?
( ) Sentada/ Cócoras
( ) Deitada com cabeceira elevada
( ) De lado
( ) Outras: _____

Em poucos casos pode ser necessário o corte da vagina. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto da mãe durante toda a internação hospitalar.

7. Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:
( ) Pelo profissional
( ) Por você mesma
( ) Pelo marido/ parceiro/pai do bebê
( ) Outros

Após a primeira hora de vida, administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:

Nascer é sofrer?

Quanto tempo dura uma gestação? Em média 40 semanas mas varia para cada bebê: alguns nascem com 38, outros com 42...O sinal de que o bebê está pronto para nascer é dado pelo trabalho de parto, não há outra forma.

E o parto? Dura em média 12 horas, alguns bem menos, outros bem mais. É o tempo que o bebê necessita para fazer a transição e se adaptar à vida fora do útero. Nessas horas do trabalho de parto ele recebe hormônios da mãe que finalizam sua maturação, dos pulmões, do cérebro... A ocitocina é o principal: é o hormônio das contrações uterinas, da sexualidade feminina, do aleitamento materno e do apego entre mãe e filho. Por isso é chamado o hormônio do amor.

A pressa do mundo contemporâneo contaminou a forma de nascer. Suprimir ou acelerar o trabalho de parto e nascer sem a ocitocina natural da mãe vai na contramão das necessidades físicas e emocionais da mulher e do bebê.

Retirar o bebê por meio de uma cirurgia programada antes do trabalho de parto e sem indicação pode resultar em um bebê *prematuro* (antes de 37 semanas) ou *imaturo* (o bebê é retirado antes de seu pleno desenvolvimento), o que aumenta os riscos à sua saúde e o seu desenvolvimento neuro-psico-afetivo.

Acelerar o parto também tem consequências. O "sorinho" com ocitocina artificial que se usa com este fim pode provocar dor e diminuir a oxigenação para o bebê. Comumente se diz que o bebê sofre no parto normal, mas muitas vezes isto decorre das intervenções desnecessárias e não pelo parto em si. Sofrimento para a mãe e para o bebê quando não se respeita a normalidade do processo.

Parto é emoção e promoção de saúde. Tudo que o bebê precisa nessa hora é do aconchego, do cheiro, do calor, do colo, da pele da mãe, do leite materno. Assim ele recebe proteção para doenças da infância e vida adulta, como asma, alergias, obesidade, hipertensão e diabetes.

Humanizar o nascimento é não artificializar e não predeterminar ou controlar o tempo. É dar sentido ao nascer, deixar a vida acontecer. Parto e nascimento não combinam com pressa.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Marcas no corpo, feridas na alma

A violência obstétrica é a violência na assistência à mulher durante o parto. No Brasil atinge uma em cada quatro mulheres. É invisível por que não é reconhecida, nem mesmo pelas mulheres, por desconhecerem as boas práticas no parto. E muitas vezes a mulher é responsabilizada pelo problema: "ela não colaborou", "não se comportou", "está nervosa".

Reproduz a cultura de invasão do corpo da mulher com atendimento desrespeitoso e intervenções desnecessárias no parto, sem informá-la e sem o seu consentimento. Deixa marcas não apenas no corpo, mas traumas para toda a vida. Exames de toque repetitivos, pressão sobre a barriga para empurrar o bebê, uso de hormônios para acelerar o trabalho de parto e o corte da vagina são alguns exemplos. Ainda: a imobilização da mulher no leito, a obrigatoriedade de parir deitada, não ter privacidade, gritar com ela e não deixá-la gritar. Submeter a mulher a uma cesariana desnecessária, sem a devida explicação dos riscos que ela e seu bebê estão correndo. Separar mãe e filho e fazer procedimentos desnecessários com o bebê.

Sem testemunhas – porque as pessoas se calam ou porque a mulher sequer teve acompanhante no parto – e sem o conhecimento da sociedade, a violência no parto atinge dois seres vulneráveis ao mesmo tempo, mãe e bebê.

O parto é um momento de alegria, de prazer. A dor fisiológica é suportável. Mas a dor da violência não. Deixa profundas marcas.

ANNEXE 13 : présentation du début de notre recherche doctorale lors du 7ème FIFPSS, Mai 2016, Québec

Maïeutique et interculturalité : analyse de l'activité de formation au Brésil et en France

Julie Bourdin*, Thierry Ardouin**

Laboratoire CIVIIC en Sciences de l'Éducation, Université de Rouen (France)

julie-bourdin@hotmail.fr

TEMPORALITÉ DE LA RECHERCHE DOCTORALE

Année 2014-2015 :
Détermination du sujet de recherche
Élaboration du questionnement général de la recherche

Année 2015-2016 : Phase exploratoire
Approfondir l'intelligibilité du questionnement général de la recherche
Approfondir sa pertinence
Approfondir sa faisabilité

Année 2016-2017 :
Recueil du matériel d'étude au Brésil pendant 4 mois
Analyse et exploitation du recueil des données

CONTEXTE
UNE PRATIQUE UNIVERSELLE : l'obstétrique-maïeutique
UN OBJECTIF COMMUN : améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Diminuer les mortalités et morbidités maternelles et infantiles
- Diminuer la médicalisation de l'accouchement

FI : Formation initiale
FC : Formation Continue

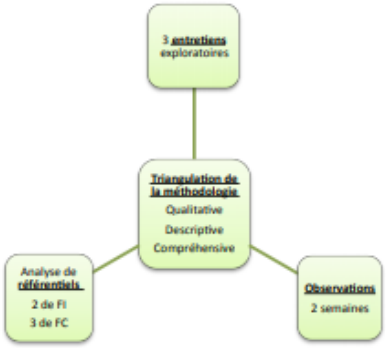
- DÉCRIRE
- ANALYSER ET COMPRENDRE
- CARACTÉRISER

l'activité des formations initiales et continues en sciences maïeutiques

QUESTIONS DE RECHERCHE
Une triple interrogation :
① Comment s'identifient les pratiques de formation en maïeutique ?
② Quelles spécificités socio-culturelles est-il possible de mettre au jour ?
③ Quelles sont les opportunités afin de poursuivre et dynamiser les échanges en pédagogie de la santé ?

① Liance
② Déliance
③ Reliance

MATÉRIEL ET MÉTHODE



RÉSULTATS

Pays	Formation initiale		Formation continue	
	Similitudes	Spécificités	Similitudes	Spécificités
BRÉSIL	Universités publiques gratuites Formations universitaires Reposent sur le principe de l'alternance Référentiels de formation	Formation assurée dans des facultés de soins infirmiers Infirmières spécialisées en obstétrique 7 années d'étude Référentiel de formation	Référentiels métier et compétences	Référentiel métier et compétences Infirmières spécialisées en obstétrique Développement, amélioration et renforcement de compétences Programme fédéral : Réseau Cigogne Programme estadual : Mères du Minas
FRANCE		Formation assurée dans des écoles de sages-femmes pas encore toutes intégrées à l'université Sages-Femmes 5 années d'étude Référentiel de formation		Référentiel métier et compétences Sages-Femmes Mise à jour, actualisation et perfectionnement des connaissances Obligation nationale (DPC)

DISCUSSION

Similitudes retrouvées dans les référentiels de formation et les référentiels métiers et compétences :
- Universalité de la pratique de l'obstétrique-maïeutique

Mais aussi des **spécificités** permettant d'identifier les opportunités d'échanges en FI et FC :
- Humanisation de l'accouchement
- Analyse et interprétation de tracés cardio-tocographiques
- Raisonnement clinique
- Gestuelle professionnelle

Origines socio-culturelles des ces similitudes et spécificités ?

Confirmation que **notre recherche mobilise** :
- Les théories de l'activité
- L'interculturalité
- La reliance sociale

Confirmation de la **démarche méthodologique** :
- Entretiens
- Observations
- Analyse des référentiels

CONCLUSION, OUVERTURES ET PERSPECTIVES

Phase exploratoire centrée sur **l'activité et les pratiques de formation**

Maintenant penser l'articulation **« travail-formation »** en prenant appui sur notre cadre conceptuel :
- Activité professionnelle
- Pratiques professionnelles

Recentrage de l'objet de la recherche sur le Brésil uniquement ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bolle De Bal, M. Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés* 2003/2 (n° 80), pp. 99-131.
Champy-Remoussenard, P. Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs* 2005/2 (n° 8), pp. 9-50.
Dasen, P. R. (2002). *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation.* Bruxelles : De Boeck Supérieur.
Parent, F., & Jouquan, J. (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative.* Bruxelles : De Boeck.

* *Doctorante en Sciences de l'Éducation, sage-femme enseignante*
** *Directeur de thèse, Professeur des Universités*

7ème FORUM INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PÉDAGOGIE DES SCIENCES DE LA SANTÉ
Mai 2016, Hôtel PUR de Québec (Québec), Canada

AFF 02

ANNEXE 14 : temporalités de la Thèse 2014-2022

	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Années	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8
Activité de recherche	Inscription en thèse Réflexion sur l'objet d'étude Début de la problématisation : délimitation du sujet de recherche avec dimension internationale France-Brésil (regard croisé) Début de la phase exploratoire de la recherche : porte d'entrée par la formation ? par l'activité professionnelle ? par	Poursuite de la phase exploratoire de la recherche : resserrage du sujet d'étude au Brésil en se centrant sur la formation et l'activité professionnelle Début d'élaboration du cadre conceptuel et de la lecture sur les concepts Début d'élaboration de la	Récolte des données au Brésil d'octobre 2016 à février 2017 avec soutien de la faculté en soins infirmiers de l'UFMG Début de transcription des données Début d'écriture de la méthodologie Ecriture chapitre dans « Le champ de la formation et de la professionnalisation des adultes »	Poursuite transcription des données Participation aux séminaires doctorants Participation à la réunion de rentrée de l'ED HSRT 556 Cours dispensés au sein du M2 IESET (23HTD) et M2 PEPAD (1.5 HTD)	Poursuite transcription des données	Poursuite transcription des données Ecriture de l'introduction Début d'écriture de la problématisation	Fin transcription des données Fin d'écriture de la problématisation Ecriture sur les concepts Ecriture de la méthodologie Analyse des données Ecriture des résultats Ecriture de la discussion Ecriture de la conclusion et	Dépôt de la Thèse Préparation de la soutenance Soutenance en Mars 2022

	l'interculturalité ? Formation ED « Mener sa thèse comme un projet » en janvier et juin 2015 Participation aux journées scientifiques CIVIIC et de l'Axe 1 Participation aux séminaires doctorants Participation à une soutenance de Thèse	méthodologie Candidature pour une bourse à la mobilité internationale (REFEB) Participation aux Doctoriales 14 octobre 2015 Participation à l'évaluation du laboratoire CIVIIC par le HCERES le 03 novembre 2015 à Caen Formation ED « Maitriser sa communicati	Ouvrage collectif Axe 1 du CIVIIC Participation aux séminaires doctorants Cours dispensés au sein du M2 IESET (23HTD) et M2 PEPAD (1.5 HTD)				des perspectives Relectures et corrections Mise en page des annexes Participation à la journée de présentation des Thèses en cours au Thème 2 du CIRNEF le 31 mai 2021 Participation à la Journée d'études en partenariat inter laboratoires LIRTES – CIRNEF avec le soutien de EPALE/Erasmus + Education Formation « Intercultural	

		on professionnelle auprès des acteurs du monde socio-économique » en février 2016 Présentation sous forme de poster au 7ème Forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé à Québec en mai 2016 Participation aux séminaires doctorants Cours dispensés au sein du M2 IESET					ité, compétence et approche interculturelle en formation professionnelle » 15 juin 2021 à l'UPEC Participation à l'évaluation du laboratoire CIRNEF par le HCERES le 22 juin 2021 à distance par Zoom	

		(23HTD) et M2 PEPAD (1.5 HTD)						
Activité professionnelle	Sage-Femme formatrice à 100% au sein du DESF de Rouen Missions professionnelles avec le Brésil en 2013 et 2015 Changement de Direction du DESF en 2015	Mission professionnelle au Brésil en 2015 Départ du DESF en octobre 2016 : organisation de l'activité professionnelle pour dégager du temps pour le doctorat	Mise en disponibilité de la FPH pour aller effectuer la récolte de données au Brésil Sage-Femme clinicienne à 80% au CHU de Rouen à partir de mars 2017 : organisation de l'activité professionnelle pour dégager du temps pour le doctorat	Départ du CHU en juillet 2018	ICUS à 100% au CHUV de Lausanne à partir d'août 2018	ICUS au CHUV de Lausanne Covid-19	ICUS au CHUV de Lausanne Covid-19 Période off de 3 mois pour écrire la Thèse du 01er avril 2021 au 04 juillet 2021	ICUS au CHUV de Lausanne Covid-19
Dimension personnelle	Déménagement en juin 2014 vers Rouen après divorce	Cours de portugais Départ du DESF difficile	Retour du Brésil extrêmement douloureux	Déménagement en juillet 2018 vers Lausanne	Déménagement en juin 2019 vers Yverdon-les-Bains	Opération cardiaque de mon frère	Retour en France pour l'écriture de la Thèse	

ANNEXE 15 : calendrier des activités lors des quatre mois passés au Brésil

ATIVIDADES PROGRAMADAS/ACTIVITÉS			
DATAS/DATES	**HOSPITAIS/HÔPITAUX**	**REFERÊNCIAS/RÉFÉRENCE**	**OBSERVAÇÕES/OBSERVATIONS**
17/10/16	Projeto na Faculdade	Comitê de Ética Plataforma Brasil	Avec Luana et Taisa Submetido a plataforma *Falta assinatura da folha rosto
18/10/16	Projeto na Faculdade	Luana	Enviado ao LEP/HSF Preenchido requisitos HRTN (protocolo + carta de anuência)
19/10/16	Hospital Das Clinicas Projeto na Faculdade	Kelly Luana Elysângela	8h30 14h : cours avec Elysângela et séminaire de recherche Concert Marta 20h30
20/10/16	Projeto na Faculdade	Luana Elysângela	Méthodo +++ Observations et entretiens Plataforma
21/10/16	Aula Inaugural *CEEO* – EEUFMG	Kleyde	8h-18h Projeto ; entrevistas ; observaçao
22/10/16	Aula Inaugural *CEEO* – EEUFMG	Kleyde	
24/10/16	Projeto na Faculdade	Luana	*Aguarda folha de rosto assinada por Érika HSF
25/10/16	Hospital Sofia Feldman	Fernanda et Kelly	Visite mater et cours parto Casa da gestante
26/10/16	Projeto na Faculdade	Luana Plataforma Brasil – Luana e Taisa	
27/10/16	Hospital Universitário UFMG	Débora 7H30-12H00	14h : Conférence Yves Schwartz (Bus 51, école d'ingénieur, campus Pampulha)

28/10/16	FERIADO		
31/10/16	Doutorado na Faculdade		
01/11/16	Doutorado na Faculdade	Kleyde et Luana	Organisation du programme des jours à venir Présentation des grilles d'observation
02/11/16	FERIADO		
03/11/16	Hospital Sofia Feldman	Kelly	RDV à 7h00 devant la porte de l'HDC
04/11/16			Matin : police fédérale avec Corinne AM : faculté, échanges divers
07/11/16	Doutorado na Faculdade	Luana et Kleyde	Imprimer et relire TCLE Redonner livres à Elysangela Faire rapport d'étonnement garde Sofia Feldman
08/11/16	Thèse sur les violences obstétricales	Kleyde	14h00 Occupation de l'école d'infirmières par les étudiants contre le PEC 241 (réformes du pays touchant la santé et l'éducation)
09/11/16			08h00 : police fédérale avec Corinne Début démarches HDC et Risoletta Guides d'entretiens PPT pour Salvador
10/11/16	IV Congresso Brasileiro de Enfermagem neonatal	Kelly, Juliana, Taisa, Elysângela	18h30 Départ pour Salvador PPT pour Salvador Guides d'entretiens
11/11/16	IV Congresso Brasileiro de Enfermagem neonatal	Kelly, Juliana, Taisa, Elysângela	
12/11/16	IV Congresso Brasileiro de Enfermagem neonatal	Kelly, Juliana, Taisa, Elysângela	18h30 Retour de Salvador
14/11/16			Maison Marta

15/11/16	FERIADO		
16/11/16			Maison Marta
17/11/16	Projeto	Luana	Bibliothèque Faculté
18/11/16			Maison Marta
21/11/16	Projeto	Luana	Démarches pour Risoleta et HC
22/11/16			Maison Marta
23/11/16	Projeto	Luana	Dépôt des documents à Risoleta RDV bibliothèque 9h00 Retour Kleyde
24/11/16			Maison Marta Prison Betim
25/11/16			13h : Tatouage Départ en retraite de Bruno ERFPS Maison Marta
28/11/16			Maison Marta 18h00 : goûter chez Corinne
29/11/16	Projeto	Kleyde	16h00 : RDV Kleyde Faculté
30/11/16	Projeto	Kleyde et Luana	14h-17h : séminaire doctorants
01/12/16			Dépôt projet pour le comité d'éthique de Risoleta 18h00 : RDV avec Corinne
02/12/16	Ementa Projeto		18h00 : Conférence Isabelle Brabant Sofia Feldman Amphi Sabia do Centro de Capacitaçao
03/12/16	Parque das Mangabeiras	Kleyde	Visite de l'exposition Sentidos do Nascer
05/12/16			14h00 : Rencontre avec Isabelle BRABANT à HC Ementa
06/12/16			15h : Cours avec Clarisse 17h30 : CV IESET MLM Représentations sociales

07/12/16	Projeto		Récupérer docs Andressa Photocopies TCLE, guides entretiens et grilles observations Ementa Marta
08/12/16	Projeto FERIADO	Tânia	9h : RDV HC avec Tânia Dépôt des docs à HC
09/12/16	Projeto	Luana	Revision des TCLE pour Sofia
12/12/16			Revue de la littérature Partie I de la méthodo
13/12/16	Projeto	Luana	Récupérer la lettre d'acceptation de Tânia = lecture par la Profa Marta VDTE de l'HC du projet puis signature de la lettre par Tânia puis passage au comité d'éthique Suite de la revue de la littérature
14/12/16	Pesquisa	Kleyde	HSF : réunion pour l'Aprimoramento Voir Ana-Paula, la coordinatrice de SF
15/12/16	Pesquisa	Kleyde	Présentation recherche à HSF 10h30 Photocopier TCLE HSF
16/12/16	Présentation des TCC	Debora	Lire entretiens
19/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	Appeler Tânia pour HC Réponse du comité d'éthique de Risoleta = cette semaine
20/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	Kleyde passe au VDTE de l'HC
21/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
22/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	Mail à TA pour le tenir informé de l'avancement de la thèse et lui souhaiter de bonnes fêtes
23/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
24/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
25/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	

26/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
27/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
28/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
29/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
30/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
31/12/16	Coleta de dados	Sofia Feldman	
01/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	
02/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	Police fédérale
03/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	
04/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	13h30 : RDV Rosângela HRTN pour organisation collecte des données
05/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	
06/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	
07/01/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	
08/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
09/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	Entretien Sintia à Sofia à 19h
10/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
11/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
12/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
13/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
14/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
15/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
16/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
17/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
18/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
19/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
20/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
21/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
22/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
23/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
24/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
25/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	

26/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
27/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
28/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
29/01/17	Coleta de dados	Risoleta Tolentino Neves	
30/01/17	Mise au point méthodologique	Kleyde	9h30 : RDV avec Kleyde
31/01/17	Synthèse des 4 mois de recherche (début) et autres mises au point	Maison	
01/02/17	Présentation avancée recherche	Thierry Ardouin	11h00 : Skype Thierry ARDOUIN
02/02/17	CV IEST à 17h30	Maison	Consulat de France
03/02/17	Coleta de dados	UFMG	
04/02/17	Coleta de dados	UFMG	
05/02/17	Préparation réunion du 7 février	Maison	
06/02/17	Préparation réunion du 7 février et début rédaction Méthodo	Maison	
07/02/17	Réunion *CEEO II*	Kleyde	14h00 : réunion *CEEO II*, salle 415
08/02/17	Déménagement	Maison	Réunion comité d'éthique de l'HC
09/02/17	Coleta de dados	Sofia Feldman	Entretiens Tatiany, Kelly et Jordânia
10/02/17	Coleta de dados	UFMG	8h30 : entretien Torcata à l'école
11/02/17	Lecture chapitre Antonio		
12/02/17	Note scientifique REFEB		
13/02/17	Coleta de dados Modifications chapitre ouvrage axe 1	UFMG	11h00 : entretien Danielly (*CEEO*) à l'école Passer faire un bisou à Tânia HC
14/02/17	Ouvrage axe 1		
15/02/17			Prochaine réunion de coordination du *CEEO*
16/02/17			
17/02/17	Coleta de dados	UFMG	
18/02/17	Coleta de dados	UFMG	
19/02/17			Retour Avion 12H25

Post-Doc : voir pour une bourse avec Corinne.

Projet de recherche CNPq : rendre pour Avril un projet de recherche sur l'extension de ma recherche à plusieurs régions du Brésil. Prendre comme modèle ce que nous avons déposé sur la Plataforma Brasil pour ma recherche.

Xème COBEON du 01er au 04 Novembre 2017 à Campo Grande, capitale de l'État Mato Grosso do Sul.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORANDA: JULIE BOURDIN

ANNEXE 16 : acceptation de la recherche à l'HSF

- Carta de Anuência

HOSPITAL Sofia Feldman
cuidados de mãe pra filho

www. sofiafeldman.org.br 31. 3408 2200 Fax: 31. 3408 2218
Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi
Belo Horizonte / MG - CEP 31844-130

Para: Julie BOURDIN
Université de Rouen

Estimadas,

Atendendo à solicitação de autorização para implementar o projeto de pesquisa: *"Análise da atividade profissional e de formação das enfermeiras especializadas em obstetrícia no Brasil"* nesta Instituição, comunico-lhe que não há nenhum impedimento para tal. No entanto, essa autorização está condicionada à apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) como instituição co-participante na Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Drª. Erika da Silva Dittz
Integrante da LEP/HSF

Dra. Raquel Aparecida Lima
Vice- Diretora Clínica HSF

Belo Horizonte, 19 de Outubro de 2016.

A saúde é direito de todos e dever do Estado.
Artigo 196 - Constituição Federal de 1988

- Parecer

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil

Pesquisador: Elysangela Dittz Duarte
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 61415316.0.0000.5132
Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.865.734

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa de doutorado de abordagem qualitativa sob orientação da Dra Kleyde Ventura. O estudo se propõe a analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como as formações e a educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural. O cenário desta investigação será o pre-parto e sala de parto da Maternidade do Hospital Sofia Feldman. Os participantes do estudo serão Enfermeiras Obstétricas que atuam na atenção ao parto e nascimento nesta instituição, Especializandas em Enfermagem Obstétrica que se encontram em formação na Instituição e puérperas assistidas pelas participantes. O critério de inclusão é o profissional atuar na instituição por pelo menos 2 anos. Como critério de exclusão é puérperas se encontrar em estado grave de saúde ou menores de 18 anos, e pessoas que não aceitem participar do projeto. A pesquisa será realizada em duas etapas: a primeira será a observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy-Remoussenard, 2005) de Enfermeiras Obstétricas. Para essa etapa será elaborada uma lista com os nomes daquelas que atendem ao critério de inclusão no estudo. Em seguida será realizado um sorteio para determinar a ordem pela qual elas serão convidadas a participar do estudo. À primeira Enfermeira Obstétrica sorteada será feita a apresentação do estudo e o convite para a participação e obtenção do TCLE. Será realizado então a observação de sua pratica em diferentes plantões,

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiafeldman.org.br

tanto na sala de parto quanto na sala de pre-parto a fim de ver a mudança em duas áreas definidas (pré e intra-parto). A cada dia, antes do início das observações, será solicitado o Consentimento das Parturientes presentes nos espaços observados. Não será observado o atendimento realizado pela Enfermeira Obstétrica a uma mulher que não concordar com a observação. Considerando que a formação de Enfermeira Obstétrica também é parte desta investigação, serão observados também os Especializandos de Enfermagem Obstétrica que estiverem sob a preceptoria da Enfermeira Obstétrica participante do estudo. Para isto também será solicitado previamente o TCLE para o Especializando antes do inicio de cada plantão. Será utilizada a filmagem como forma de registro das observações diretas. As pesquisadoras argumentam que isso se deve ao fato de não se perder nenhum detalhe da prática profissional e da formação, e também pela não familiaridade cultural com o espaço e ações, para que seja executada uma correta interpretação de cada situação. Para tornar os registros mais discretos e não interferir as pacientes, profissionais, professores e estudantes, eles serão feitos utilizando um Ipad, devido ser um objeto familiar aos participantes e sem luz. As gravações serão interrompidos a qualquer momento, se for percebido algum desconforto ou constrangimento para o paciente, família, Enfermeira Obstétrica ou Especializando. As gravações serão especificamente interrompidas no momento do parto, a fim de preservar a intimidade do evento para a mulher e sua família.

A segunda será a realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da primeira etapa. Os Especializandos, Enfermeira Obstétrica serão convidados a participar de uma entrevista semiestruturada. O mesmo convite será feito à mulheres que tenham sido assistidas pela Enfermeira Obstétrica respeitando para este convite um período de pelo menos 6 horas de pós parto. Para todos será solicitado o TCLE antes da realização da entrevista, a qual será gravada e posteriormente transcrita. As pesquisadoras informam que as entrevistas serão interrompidas de acordo com o critério de saturação dos dados.

Os dados coletados serão sistematizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como as formações e a educação permanente em maiêutica no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa nao envolve testes ou procedimentos. O risco envolvido na pesquisa diz respeito aos procedimentos de coleta de dados atraves da observação utilizando a filmagem e a entrevista. As

pesquisadoras explicitaram que irão oferecer informações sobre a pesquisa e assegurar o anonimato e privacidade dos participantes, sendo que a mesma somente será realizada após consentimento dos mesmos e interrompida de acordo com a decisão dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As solicitacoes feitas foram atendidas pelos pesquisadores

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Folha de rosto

Projeto Detalhado

Termo de consentimento

Carta de anuência da Instituição cenário da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Voto pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/12/2016 13:29:52	Erika da Silva Dittz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.pdf	01/12/2016 13:18:33	Erika da Silva Dittz	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813417.pdf	18/11/2016 15:04:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MODIFICADO_NOV_2016.pdf	18/11/2016 15:01:41	Luana Karla Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_NOV_2016.pdf	18/11/2016 14:50:26	Luana Karla Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Sibylle_Emilie_Vogt.pdf	03/11/2016 13:36:42	Luana Karla Leite	Aceito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiafeldman.org.br

Outros	Curriculo_Taisa_Paula_Goncalves.pdf	03/11/2016 13:35:29	Luana Karla Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Karla_Leite.pdf	03/11/2016 13:33:35	Luana Karla Leite	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO_JULIE.pdf	26/10/2016 10:09:16	Luana Karla Leite	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_JULIE.pdf	26/10/2016 10:08:57	Luana Karla Leite	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Julie_Bourdin.pdf	26/10/2016 10:01:27	Luana Karla Leite	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto_Julie.pdf	26/10/2016 09:24:00	Luana Karla Leite	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_de_dados.pdf	24/10/2016 11:19:18	Luana Karla Leite	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Erika da Silva Dittz
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiafeldman.org.br

ANNEXE 17 : acceptation de la recherche à l'HRTN

- Carta de Anuência

HOSPITAL
RISOLETA TOLENTINO NEVES

RQU NEP Ver. 00/2013

Carta de Anuência Setorial

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil", sob a responsabilidade das pesquisadoras Kleyde Ventura de Sousa, CPF: 741.156.937-20 e Julie Bourdin, passaporte número 11AA36891 a ser executado na maternidade, mas especificamente no pré-parto, quartos PPP e salas cirúrgicas, além do Alojamento Conjunto da instituição.

Estou de acordo com a sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo NEPE (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão).

Rosângela Lima
Enfermeira COREN-MG: 84458
Coordenadora de Enf. Maternidade
HRTN/FHOEMG

Assinatura e Carimbo

Belo Horizonte, 29 de 11 de 2016.

Hospital Risoleta Tolentino Neves
Rua das Gabirobas, 01 Vila Clóris CEP 31744-012 Belo Horizonte – MG
Telefone (31) 3459-3200 Fax: 34593229

- Parecer

HOSPITAL
RISOLETA TOLENTINO NEVES

Parecer de Projeto de Pesquisa

Belo Horizonte, 30 de Dezembro de 2016.

Processo Nº 38/2016

Título do Projeto: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

Pesquisadores: Julie Corinne Sophie Bourdin e Kleyde Ventura de Souza.

Descrição/Objetivos:
Trata-se de uma pesquisa de doutorado qualitativa relativa à análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. A pesquisa conta com o apoio do Réseau Français d'Études Brésiliennes (REFEB) que promove trabalhos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, que inclui a prática assistencial, assim como as suas formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural. O pressuposto discute que a prática da maiêutica é universal, mas as especificidades socioculturais no Brasil, por sua extensão geográfica e diversidade cultural, podem apresentar distinções nesta atividade. Busca-se, notadamente, responder às interrogações seguintes: como se identificam as práticas dos profissionais em maiêutica? Como se identificam as práticas de formação em maiêutica? Quais especificidades socioculturais são possíveis de serem atualizadas?

Relevância:
Os resultados obtidos pela pesquisa poderão colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada à população.

Metodologia:
Será cenário desta investigação a Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, mais especificamente o pre-parto e sala de parto. Critérios de inclusão Enfermeiras Obstétricas que atuem na instituição por um tempo maior ou igual a um ano, puérperas atendidas na Instituição

de saúde que tiveram assistência prestada por Enfermeiras Obstétricas atuantes no Hospital, professores/coordenadores e estudantes da maiêutica que aceitem participar do projeto. Critérios de exclusão puérperas em estado grave de saúde ou menores de 18 anos e pessoas que não aceitem participar do projeto. A pesquisa será realizada em duas etapas após revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy-Remoussenard,2005); (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I. Utilizar-se-á para a análise dos dados a técnica de Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin (2009).

Equipe de Pesquisadores:

O projeto cita a pesquisadora Kleyde Ventura de Souza como responsável operacional pelo projeto. Pesquisadora Orientadora: Kleyde Ventura de Souza. Pesquisadoras Auxiliares: Luana Karla Leite e Elysângela Dittz Duarte. Profissional da Instituição Risoleta Tolentino Neves vinculado a pesquisa: Rosângela Lima.

Financiamento/Custos:

Todo o custeio discriminado no projeto será financiado pelo Réseau Français d'Études Brésiliennes (REFEB).

Aspectos Éticos

O estudo não envolve intervenção, apenas observação e entrevista semi- estruturada. O público alvo da pesquisa será informado do estudo, por meio de consentimento livre e informado, podendo aderir ou não ao estudo. Não há para o mesmo risco adicional. O participante pode ter dificuldade de compreensão durante as entrevistas, ou sentir-se emocionado ou constrangido para responder determinada questão. No entanto, todos os participantes serão respeitados no seu direito de resposta. As entrevistas serão guiadas por roteiro semi-estruturado, sendo que as perguntas serão readaptadas, se necessário, para facilitar o entendimento dos participantes. Os mesmos cuidados serão observados também durante a observação direta. O termo de consentimento encontra-se anexado, adequado ao trabalho proposto e será objeto de análise pelo COEP.

Parecer: Favorável a realização da pesquisa na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

HOSPITAL
RISOLETA TOLENTINO NEVES

O Colegiado do Nepe informa que não é permitida a impressão de prontuários e demais documentos necessários para a pesquisa nas impressoras do HRTN.

Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

- Termo de Compromisso

HOSPITAL
RISOLETA TOLENTINO NEVES

Termo de Compromisso

Eu, Julie Corinne Sophie BOURDIN, RNE (*) CRF nº G306519-2 responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil, nº 38/2016, me comprometo a fornecer ao NEPE do HRTN um relatório semestral sobre o andamento da pesquisa, um relatório final e, ainda, informar e apresentar todas as publicações que levem o nome do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Belo Horizonte, 22 de Dezembro de 2016

* RNE : Registro Nacional de Estrangeiro

ANNEXE 18 : acceptation de la recherche à l'UFMG

- Parecer

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS- ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 4º andar - Bairro Santa Efigênia CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

PARECER

Título do projeto de pesquisa: "Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. "
Interessados: Prof. Dr. Kleyde Ventura de Souza
Relatora: Prof. Dr. Bruna Figueiredo Manzo

HISTÓRICO

Recebi para análise e parecer, o projeto intitulado: "Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil" de interesse da professora Kleyde Ventura de Souza, orientadora da estudante de doutorado da Université de Rouen, Julie Bourdin. O pressuposto discute que a prática da maiêutica é universal, mas as especificidades socioculturais no Brasil, por sua extensão geográfica e diversidade cultural, podem apresentar distinções nesta atividade. Busca-se, notadamente, responder às interrogações seguintes: como se identificam as práticas dos profissionais em maiêutica? Como se identificam as práticas de formação em maiêutica? Quais especificidades socioculturais são possíveis de serem atualizadas? relativa à análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. A pesquisa conta com o apoio do Réseau Français d'Études Brésiliennes (REFEB) que promove trabalhos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, que inclui a prática assistencial, assim como as suas formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural. Será cenário desta investigação a Maternidade do Hospital das Clínicas, mais especificamente o pre-parto e sala de parto. Serão participantes do estudo Enfermeiras Obstétricas que atuam na atenção ao parto e nascimento nesta Instituição, residentes/especializandos em Enfermagem Obstétrica que se encontram em formação na Instituição, coordenadores/professores de curso desses cursos e puérperas assistidas pelas participantes. A pesquisa será realizada em duas etapas após revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy- Remoussenard, 2005); (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I. Utilizar-se-á para a análise dos dados a técnica de Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin (2009).

MÉRITO

O projeto está bem justificado, os objetivos estão claros e a metodologia apropriada. Considero o estudo relevante por utilizar um referencial teórico que articule a prática assistencial e formação, buscando apreender e analisar especificidades socioculturais.

CONCLUSÃO

Diante do exposto sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa, SMJ da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 30 de Novembro de 2016

Profª Drª Bruna Figueiredo Manzo

Relatora do parecer pela Câmara Departamental do EMI

Profa. Lenice de Castro M. Villela
Chefe do Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública/EEUFMG

Aprovado em "ad referendum" da Câmara Departamental do EMI em 01/12/16

ANNEXE 19 : inscription du chercheur sur « *Plataforma Lattes* »

Currículo Lattes

Dados gerais Formação Atuação Produções +

Julie Bourdin

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9493997324259995

Última atualização do currículo em 16/10/2016

Possui mestrado em Sciences de l'éducation pela Université de Rouen(2013). Atualmente é Sage-Femme da Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Tem experiência na área de Medicina. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome

Julie Bourdin

Nome em citações bibliográficas

BOURDIN, J.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2014

Doutorado em andamento em Sciences de l'Education.
Université de Rouen, UR, França.
Orientador: .

2012 - 2013

Mestrado em Sciences de l'éducation.
Université de Rouen, UR, França.
Título: Evaluation et professionnalisation : quelle reliance ?,Ano de Obtenção: 2013.
Orientador: ARDOUIN Thierry.

Atuação Profissional

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, CHU%20ROUEN, França.

Vínculo institucional

2010 - Atual

Vínculo: Formal labor contract, Enquadramento Funcional: Sage-Femme

Áreas de atuação

1.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.

Idiomas

Francês

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Inglês

Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produções

Produção bibliográfica

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 29/11/2016 às 8:53:45

Baixar Currículo Imprimir Currículo

ANNEXE 20 : dépôt du projet de recherche sur la « *Plataforma Brasil* »

- Présentation de la recherche (version définitive du 21.12.16)

Comitê de ética

Plataforma Brasil

Pesquisa de doutorado de Julie BOURDIN

Título

Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

Concepção

Trata-se de uma pesquisa qualitativa relativa à análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. Para condução dessa pesquisa, objetiva-se efetuar uma revisão da literatura que permita melhor conhecer o contexto de cenário brasileiro. Serão efetuadas entrevistas semiestruturadas com Enfermeiras Obstétricas, puérperas, professores/coordenadores e estudantes da maiêutica e observações de práticas profissionais e de formação tendo como referencial a Teoria da Atividade. Esse Referencial teórico compreende três níveis de análise: a) nível macro, que corresponde ao contexto das políticas de saúde e de educação; b) nível intermediário, que compreende as instituições envolvidas na formação e na prática das Enfermeiras Obstétricas e, c) nível micro, que se refere a prática assistencial e de formação específica das Enfermeiras Obstétricas.

Palavras-chave

Enfermeiras Obstétricas, atividade profissional, atividade de formação, interculturalidade, Brasil.

Introdução

Embora o Brasil tenha alcançado progressos consideráveis sobre a saúde materna e infantil na última década, os desafios ainda são grandes nesta área e esta é uma das preocupações de saúde pública deste país. O Governo Federal e o Ministério da Saúde iniciaram uma política de saúde perinatal focada na melhoria da qualidade dos cuidados para mães e crianças e contando com profissionais qualificados de cuidados perinatais, sendo

desenvolvida em todo o território nacional por meio da Rede Cegonha (RC). A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com base no princípio da humanização, e na busca pela garantia dos direitos das mulheres, recém-nascidos e crianças. Ela inclui o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, fornecendo um novo modelo que acompanha a gravidez, parto, nascimento e saúde da criança.

O Brasil tem atualmente três milhões de nascimentos por ano (a França contava com 800.000 em 2015). A mortalidade infantil é de 18 por 1.000 nascidos vivos (contra 3,3 na França, em 2014), enquanto a meta da ONU era de 15,7 óbitos infantis por 1000 nascidos-vivos. A mortalidade materna é de 72,5 por 100.000 nascidos-vivos (contra 10,3 na França), enquanto a meta da ONU é de 35 mortes maternas por 100.000 nascidos-vivos. Grande parte das mortes neonatais ocorrem durante o período neonatal precoce (0-6 dias), sendo 40% no primeiro dia de vida, e mais especificamente, um número significativo nas primeiras horas de vida. Dessa forma, considera-se como fundamental para a sobrevivência e qualidade de vida da mulher e da criança, o acesso oportuno e a qualidade de atendimento, já que a maioria das mortes são por causas evitáveis. Paradoxalmente, o Brasil enfrenta crescente medicalização do parto, mas não diminuem os indicadores de mortalidade e morbidade em relação a mãe e filho. Para ilustrar isso, tomamos o exemplo de cesarianas realizadas no Brasil associado com o de partos assistidos por médicos; 98% dos nascimentos ocorrem no sector hospitalar sendo que 88% são realizados por médicos. As taxas de cesariana estão a aumentar de 52% em 2010 para 56% em 2012, por exemplo. A vontade política no Brasil visa desenvolver modelos de apoio que enfatizam comportamentos gerais benéficos para a gravidez, o parto e o nascimento por considerá-los como positivos e experiências enriquecedoras para as mulheres e suas famílias. Em relação ao parto e nascimento, uma das outras medidas de política Rede Cegonha é integrar as Enfermeiras Obstétricas cada vez mais com as equipes multidisciplinares das maternidades e dos Centros de Partos Normais (CPN) para humanizar ainda mais o cuidado em torno do parto e nascimento, que devem ser considerados como fenômenos fisiológicos e sociais. Estes novos dispositivos intra e peri-hospitalares aparecem na Resolução n.º 478, de 14 de Abril de 2015. Para iniciar esta mudança, é solicitado pelo Governo Federal que os profissionais perinatais, incluindo Enfermeiras Obstétricas façam parte do cenário de nascimento do país. Para isso, as recomendações são para uma mudança urgente na formação e na prática do cuidado humanizado com os profissionais, incluindo um uso racional da tecnologia. Essa mudança deve ser feita em nível individual, mas também deve envolver micro e macro dimensões relacionadas com as políticas organizacionais e institucionais que requeiram o apoio de organismos oficiais (política de saúde pública do país). Uma colaboração multidimensional é, portanto, essencial para esta grande mudança social. Experiências em diferentes escalas já foram realizadas como na cidade do Rio de Janeiro, na cidade e no estado de São Paulo e Belo Horizonte.

Em 1999, o Ministério da Saúde, Faculdades de Enfermagem, instituições de saúde e da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes (ABENFO) comprometeram-se a capacitar estes atores estratégicos de mudança. Esta capacitação foi benéfica para a formação de Enfermeiras Obstétricas, e também para a sua inclusão no âmbito do trabalho de acompanhamento e do parto. No entanto, novas estratégias devem ser implementadas para melhorar o desempenho destes profissionais. Com estas vontades políticas, o Brasil se prepara também para publicar as suas orientações nacionais sobre o parto normal e a humanização do parto, resultado de uma longa colaboração multi-profissional com base na Medicina Baseada em Evidências. Gostaríamos de fazer de agora em diante um desvio semântico do termo "maiêutica", a fim de facilitar a compreensão do leitor. De fato, deve-se precisar qual "maiêutica" será tratada no projeto. "Maiêutica" provém do grego *maieutikê* que designa a arte de fazer partos. Dessa forma, o projeto encontra-se inserido no contexto da maiêutica Socrática, apesar de haver uma ligação evidente entre o método de instrução filosófica de Sócrates e a arte dos nascimentos que era exercida por sua mãe, Fenárete, parteira. Na França a maiêutica é a disciplina médica exercida pelas parteiras, como propôs em 2011 a comissão de terminologia e de neologia com sede no Ministério da Saúde. Para esta investigação o termo maiêutica será utilizado para se referir ao conjunto das práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa de doutorado qualitativa relativa à análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. A pesquisa conta com o apoio do Réseau Français d'Études Brésiliennes (REFEB) que promove trabalhos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, que inclui a prática assistencial, assim como as suas formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural. Será cenário desta investigação a Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, mais especificamente o pre-parto e sala de parto. Serão participantes do estudo Enfermeiras Obstétricas que atuam na atenção ao parto e nascimento nesta Instituição, residentes/especializandos em Enfermagem Obstétrica que se encontram em formação na Instituição, coordenadores/professores de curso desses cursos e puérperas assistidas pelas participantes. A pesquisa será realizada em duas etapas após revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy- Remoussenard, 2005); (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I. Utilizar-se-á para a análise dos dados a técnica de Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin (2009).

Pressuposto Teórico e Questões norteadoras

O pressuposto discute que a prática da maiêutica é universal, mas as especificidades socioculturais no Brasil, por sua extensão geográfica e diversidade cultural, podem apresentar distinções nesta atividade.

Busca-se, notadamente, responder às interrogações seguintes: como se identificam as práticas dos profissionais em maiêutica? Como se identificam as práticas de formação em maiêutica? Quais especificidades socioculturais são possíveis de serem atualizadas?

Objetivo principal

Analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como sua prática assistencial, formações e educação permanente em maiêutica no Brasil.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, orientada por meio de uma abordagem intercultural. Para garantir o rigor científico do trabalho, este será desenvolvido em duas etapas. Antes, será realizada revisão de literatura conduzida para aprofundar o conhecimento do contexto da Enfermagem Obstétrica, as suas formações, bem como o lugar da profissão no campo da assistência perinatal no Brasil. Também, serão estudados os regulamentos e legislações que permeiam a atuação e formações destes atores. Mas o quadro conceitual desta pesquisa também indica que a análise dessa ocupação não pode ser feita independentemente dos contextos em que atua, portanto, parte desse estudo será em torno da análise do contexto referente à política de saúde geral e perinatal no Brasil e aspectos econômicos associados. Isto permitirá também estudar o nascimento histórico, social, cultural, demográfico e epidemiológico no Brasil. O estudo será realizado em duas etapas. Na etapa I serão realizadas observações diretas e na etapa II, entrevistas semiestruturadas com os participantes selecionados na etapa I, a saber: Enfermeiras Obstétricas, residentes e especializandos em Enfermagem Obstétrica, professores/coordenadores e as puérperas assistidas por Enfermeiras Obstétricas. Inicialmente serão identificados as Enfermeiras Obstétricas que atuam na Instituição há pelo menos 1 ano. Será elaborada uma lista com os nomes daquelas que atendem a este critério. Em seguida será realizado um sorteio para determinar a ordem pela qual elas serão convidadas a participar do estudo. À primeira Enfermeira Obstétrica sorteada será feita a apresentação do estudo e o convite para a participação e obtenção do TCLE (APÊNDICE 1). Será realizado então a observação de sua prática em diferentes plantões, tanto na sala de parto quanto na sala de pre-parto, a fim de ver a mudança em duas áreas definidas (pré e intra-parto). A cada dia, antes do início das observações, será solicitado o Consentimento das Parturientes (APÊNDICE 4) presentes nos espaços observados e assistidas pelas Enfermeiras Obstétricas participantes do estudo. Não será observado o atendimento realizado pela Enfermeira Obstétrica a uma mulher que não concordar com a observação. Considerando que a formação de Enfermeira Obstétrica também é parte desta investigação, serão observados também os residentes/especializandos de Enfermagem Obstétrica que estiverem sob a preceptoria da Enfermeira Obstétrica participante do estudo. Para isto, também será

solicitado previamente o TCLE para o residente/especializando antes do início de cada plantão (APÊNDICE 1 e APÊNDICE 2). As observações diretas serão filmadas, a fim de não se perder nenhum detalhe da prática profissional e da formação, e também pela não familiaridade cultural com o espaço e ações, para que seja executada uma correta interpretação de cada situação. Ser capaz de visualizar e reproduzir as imagens representa uma garantia de qualidade e rigor científico no contexto particular do pesquisador estrangeiro. No entanto, para tornar os registros mais discretos e não interferir as pacientes, profissionais, professores e estudantes, eles serão feitos utilizando um Ipad, devido ser um objeto familiar aos participantes e sem luz. As gravações serão interrompidas a qualquer momento, se for percebido algum desconforto ou constrangimento para a parturiente, família, Enfermeira Obstétrica, professores/coordenadores ou residentes/especializandos. As gravações serão especificamente interrompidas no momento do parto, a fim de preservar a intimidade do evento para a mulher e sua família. Será mantido o mesmo procedimento para a inclusão de novos participantes no estudo. A observação direta, incluindo-se a filmagem será interrompida quando as informações reunidas apresentarem uma natureza redundante. O conteúdo da filmagem será disponibilizado para os participantes do estudo caso seja seu interesse.

Durante o processo de observação os residentes/especializandos, professores/coordenadores, Enfermeiras Obstétricas serão convidados a participar de uma entrevista semiestruturada. O mesmo convite será feito à mulheres que tenham sido assistidas pela Enfermeira Obstétrica respeitando para este convite um período de pelo menos 6 horas de pós parto. A realização da entrevista está prevista para durar cerca de 20-30 minutos. Para todos os participantes será solicitado o TCLE antes da realização da entrevista (APÊNDICE 3 e APÊNDICE 4). A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. O anonimato das pessoas será assegurado. As entrevistas serão interrompidas também de acordo com o critério de saturação dos dados.

O período programado para a realização o estudo é de um mês na Instituição. No entanto, é desejável que este estudo também seja realizado em outros lugares e regiões do país a ter uma leitura mais geral e abrangente das atividades profissionais e de formação.

Critérios de inclusão

Enfermeiras Obstétricas que atuem na instituição por um tempo maior ou igual a 1 ano, puérperas atendidas na Instituição de saúde que tiveram assistência prestada por Enfermeiras Obstétricas atuantes no Hospital, professores/coordenadores e estudantes da maiêutica que aceitem participar do projeto.

Critérios de exclusão

Puérperas em estado grave de saúde ou menores de 18 anos e pessoas que não aceitem participar do projeto.

Riscos

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O participante pode ter dificuldade de compreensão durante as entrevistas, ou sentir-se emocionado ou constrangido para responder determinada questão. No entanto, todos os participantes serão respeitados no seu direito de resposta e as entrevistas serão guiadas por roteiro semiestruturado, sendo que as perguntas serão readaptadas, se necessário, para facilitar o entendimento dos participantes. Os mesmos cuidados serão observados também durante a observação direta.

Benefícios esperados

Os resultados obtidos pela pesquisa poderão colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada à população. Será garantida a privacidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos, mesmo que as informações sejam de banco de dados e estejam sob responsabilidade da Instituição. A participação será voluntária, sendo do direito do participante desistir em qualquer etapa do estudo.

Método de análise de dados

As entrevistas semiestruturadas serão analisadas conforme categorias, divididas em temas, segundo Bardin (2009). Dessa forma, cada entrevista será analisada de maneira longitudinal seguida por análise transversal, a fim de evidenciar as especificidades e as similaridades de cada uma delas. Procederemos a análise das observações com a ajuda de uma grade de leitura.

Perspectivas

Ao término das análises das atividades profissionais e das atividades de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil, confrontaremos o contexto do cenário brasileiro ao contexto francês a fim de interrogar a mobilidade dos profissionais da maiêutica.

Referências

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.BRASIL.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas. Montevidéu: CLAP/SMR, 2014.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. Disponível em: <file:///C:/Users/Tat%C3%A1%20Gon%C3%A7alves/Downloads/RBGO%20INDICADORES%20MATERNO-INFANTIS2011.pdf>. Acesso em outubro de 2016.

Patricia Champy-Remoussenard, Les théories de l'activité entre travail et formation, *Savoirs* 2005/2 (n° 8), p. 9-50.

- Consentements auprès des participants de la recherche

APÊNDICE 1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa - TCLE
(Enfermeiras Obstétricas – Residentes/Especializandos)

OBSERVAÇÃO

Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

A pesquisa tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como sua prática assistencial, formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural.

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que será realizada em duas etapas apos revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy-Remoussenard, 2005) (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I.

Este termo se refere a primeira etapa do estudo, onde será observada sua pratica em diferentes plantões, tanto na sala de parto quanto na sala de pre-parto a fim de ver a mudança em duas áreas definidas (pré e intra-parto). A cada dia, antes do início das observações, será solicitado o Consentimento das Parturientes presentes nos espaços observados e assistidas pelas Enfermeiras Obstétricas participantes do estudo. Não será observado o atendimento realizado pela Enfermeira Obstétrica (EO) a uma mulher que não concordar com a observação. Considerando que a formação de EO também é parte desta investigação, serão observados também os residentes/especializandos de Enfermagem Obstétrica que estiverem sob a preceptoria da EO participante do estudo. Para isto também será solicitado previamente o TCLE para o residente/especializando antes do inicio de cada plantão. As observações diretas seram filmadas, a fim de não perder nenhum detalhe da prática profissional e da formação e tendo em vista a não familiaridade cultural com o espaço e ações, para que seja executada uma correta interpretação de cada situação. Ser capaz de visualizar e reproduzir as imagens representa uma garantia de qualidade e rigor científico no contexto particular do pesquisador estrangeiro. No entanto, para tornar os registros mais discretos e não interferir as parturientes, profissionais e estudantes, eles serão feitos utilizando um Ipad, devido ser um objeto familiar aos participantes e sem luz. As gravações serão interrompidos a qualquer momento, se for percebido algum desconforto ou constrangimento para a mulher e sua família, EO ou residente/especializando. As gravações serão especificamente interrompida no momento do parto, a fim de preservar a intimidade do evento para a mulher e sua família.

CONFIDENCIALIDADE
A participação na pesquisa será absolutamente voluntária. A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a (o) participante assim decidir. As informações prestadas pelas observações são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. O conteúdo da filmagem será disponibilizado para os participantes do estudo caso seja seu interesse.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada à população. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da observação. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para a (o) observada (o) e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou a pessoa demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados. Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde N° 466/12.

Eu declaro ter sido informada (o) e concordo em participar, como voluntária (o), desta pesquisa.

_____ _____

Assinatura da Pesquisadora Assinatura do Participante

Pesquisadoras responsáveis: Julie Corinne Sophie Bourdin
Kleyde Ventura de Souza

Hospital Sofia Feldman – Rua Antônio Bandeira, 1060 – Tupi – Belo Horizonte – MG Cep: 31844-130
Kleyde Ventura de Souza e Julie Corinne Sophie Bourdin: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 – 4º andar. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025 email:julie-bourdin@hotmail.fr
Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 2
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa - TCLE
(Professores/Coordenadores – Residentes/Especializandos)

OBSERVAÇÃO

Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

A pesquisa tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como sua prática assistencial, formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural.

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que será realizada em duas etapas apos revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy-Remoussenard, 2005) (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I.

Este termo se refere a primeira etapa do estudo, onde será observada sua pratica. Antes do início das observações, será solicitado o Consentimento das residentes/especializandos presentes nos espaços observados. As observações diretas seram filmadas, a fim de não perder nenhum detalhe da prática da formação e tendo em vista a não familiaridade cultural com o espaço e ações, para que seja executada uma correta interpretação de cada situação. Ser capaz de visualizar e reproduzir as imagens representa uma garantia de qualidade e rigor científico no contexto particular do pesquisador estrangeiro. No entanto, para tornar os registros mais discretos e não interferir as professores e estudantes, eles serão feitos utilizando um Ipad, devido ser um objeto familiar aos participantes e sem luz. As gravações serão interrompidos a qualquer momento, se for percebido algum desconforto ou constrangimento para o professor ou residente/especializando.

CONFIDENCIALIDADE
A participação na pesquisa será absolutamente voluntária. A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a (o) participante assim decidir. As informações prestadas pelas observações são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. O conteúdo da filmagem será disponibilizado para os participantes do estudo caso seja seu interesse.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS
O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada à população. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da observação. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS
O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para a (o) observada (o) e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou a pessoa demande confirmação

sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados. Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde N° 466/96.

Eu declaro ter sido informada (o) e concordo em participar, como voluntária (o), desta pesquisa.

_____ _____

Assinatura da Pesquisadora Assinatura do Participante

Pesquisadoras responsáveis: Julie Corinne Sophie Bourdin
Kleyde Ventura de Souza

Hospital Sofia Feldman – Rua Antônio Bandeira, 1060 – Tupi – Belo Horizonte – MG Cep: 31844-130
Kleyde Ventura de Souza e Julie Corinne Sophie Bourdin. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 – 4º andar. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025 email:julie-bourdin@hotmail.fr
Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 3
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa - TCLE
(Enfermeiras Obstétricas – Residentes/Especializandos – Professores/Coordenadores)

ENTREVISTA

Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

A pesquisa tem como objetivo analisar a atividade das Enfermeiras Obstétricas, assim como sua prática assistencial, formações e educação permanente em maiêutica no Brasil por meio de uma abordagem intercultural.

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que será realizada em duas etapas apos revisão da literatura para melhor conhecimento do objeto de estudo no contexto brasileiro: (Etapa I) observação da prática profissional e de formação, orientada pela Teoria da Atividade (Champy-Remoussenard, 2005) (Etapa II) realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da etapa I.

Este termo se refere a segunda etapa do estudo, as entrevistas, que serão norteadas por um roteiro semiestruturado, gravadas e, posteriormente, transcritas. Nesse momento, os pesquisadores investigarão sobre: como se identificam as práticas dos profissionais em maiêutica, como se identificam as práticas de formação em maiêutica e quais especificidades socioculturais são possíveis de serem atualizadas.

Você terá liberdade para responder as questões que lhe forem feitas, como também para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE
A participação na pesquisa será absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que a (o) participante não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a (o) participante assim decidir. As informações prestadas pelas entrevistadas são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS
A realização da entrevista está prevista para durar cerca de 20-30 minutos. O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada à população. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da entrevista. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS
Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para a (o) entrevistada (o) e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou a (o) entrevistada (o) demande confirmação

sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados. Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde N° 466/12.

Eu declaro ter sido informada (o) e concordo em participar, como voluntária (o), desta pesquisa.

_____ _____

Assinatura da Pesquisadora Assinatura do Participante

Pesquisadoras responsáveis: Julie Corinne Sophie Bourdin
Kleyde Ventura de Souza

Hospital Sofia Feldman – Rua Antônio Bandeira, 1060 – Tupi – Belo Horizonte – MG Cep: 31844-130
Kleyde Ventura de Souza e Julie Corinne Sophie Bourdin. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 – 4º andar. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025 email:julie-bourdin@hotmail.fr
Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 4
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa - TCLE (Parturientes/Puérperas)

OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA

Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

Eu, estou sendo convidada a participar de um estudo denominado Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil. Cujos objetivos são: analisar as atividades de Enfermeiras Obstétricas e residentes/especializandos durante o atendimento as mulheres e sua família.

E Este termo se refere a primeira e segunda etapa do estudo: observação e entrevista. As observações seram filmadas durante toda assistência prestada a mim no trabalho de parto e parto, a fim de não perder nenhum detalhe da prática profissional e da formação e tendo em vista a não familiaridade cultural com o espaço e ações, para que seja executada uma correta interpretação de cada situação. Pois ser capaz de visualizar e reproduzir as imagens representa uma garantia de qualidade e rigor científico no contexto particular do pesquisador estrangeiro. No entanto, para tornar os registros mais discretos e não interferir na minha assistência, as gravações serão feitas utilizando um Ipad, devido ser um objeto familiar e sem luz. As gravações serão interrompidos a qualquer momento, se for percebido algum desconforto ou constrangimento para a mim e minha sua família, enfermeira obstétrica ou residente/especializando. As gravações serão especificamente interrompida no momento do parto, a fim de preservar a intimidade do evento. E as entrevistas, serão norteadas por um roteiro semiestruturado, gravadas e, posteriormente, transcritas. Nesse momento, os pesquisadores investigarão sobre: como se identificam as práticas dos profissionais em maiêutica, como se identificam as práticas de formação em maiêutica e quais especificidades socioculturais são possíveis de serem atualizadas.

Terei liberdade para responder as questões que me forem feitas, como também para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE
A minha participação na pesquisa será absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso eu assim decidir. As informações prestadas nesta entrevistada são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nossos nomes não serão associados a elas. O conteúdo da filmagem será disponibilizado para todos os participantes deste estudo caso seja de interesse.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS
A realização da entrevista está prevista para durar cerca de 20-30 minutos. O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na atividade profissional e formação das Enfermeiras Obstétricas, assim, auxiliando na melhoria da formação de tais profissionais e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada à população. Um mínimo de desconforto

poderá acontecer, tendo em vista a realização da entrevista. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para a entrevistada e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou a entrevistada demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável por um dos endereços e contatos telefônicos abaixo fornecido. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados. Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde N° 466/12.

Diante destes esclarecimentos, declaro ter recebido todas as informações necessários sobre o estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Compreendida a natureza e o objetivo do já referido, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico/material, a receber ou a pagar, por minha participação.

_____ _____

Assinatura da Pesquisadora Assinatura do Participante

Pesquisadoras responsáveis: Julie Corinne Sophie Bourdin
Kleyde Ventura de Souza

Hospital Sofia Feldman – Rua Antônio Bandeira, 1060 – Tupi – Belo Horizonte – MG Cep: 31844-130
Kleyde Ventura de Souza e Julie Corinne Sophie Bourdin. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 – 4º andar. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025 email:julie-bourdin@hotmail.fr
Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

- Instruments de la collecte des données

I – Entrevistas semiestruturadas

A) Profissionais

- Quanto tempo você é Enfermeira Obstétrica?
- Por que você escolheu esta profissão?
- Que você pensa sobre o reconhecimento social da Enfermeira Obstétrica?
- Qual a sua perspectiva em relaçao a Enfermagem Obstétrica?
- Há quantos anos você atua como Enfermeira Obstétrica nessa instituição?
- Conte-me sobre experiências desafiadoras para sua prática assistencial como Enfermeira Obstétrica no seu cotidiano. Poderia detalhar uma delas?
- Quais são os desafios que você enfrenta em relação à sua prática, em seu cotidiano profissional?
- Você conhece as competencias essenciais do exercício da obstetrícia propostas pela International Confederation of Midwives (ICM) e como essas competências se aplicam à sua prática profissional?
- Como você atualiza seus conhecimentos para uma prática segura e culturalmente sensível às necessidades e demandas as mulheres?
- Você conhece as politicas publicas nas áreas de atenção obstétrica e neonatal no Brasil e como considera que essas políticas impactam na sua prática profissional?
- Você acha que o modelo assistencial do serviço onde atua influencia na sua prática profissional ?

B) Usuárias

- Por que você buscou esse serviço (hospital/maternidade; Centro de Parto Normal) para o seu atendimento (asssitência ao parto)?
- Você tinha um plano de parto ? Se sim, conte-me sobre como ele foi feito, se você o apresentou aos profissionais que atenderam, se o que você planejou foi atendido ou não e como você se sentiu em relação a essa experiência?
- Como você se sente em relação à assistência/cuidado recebido no seu parto e no nascimento do seu bebê? Acha que poderia ser diferente e como o hospital poderia

contribuir para essa mudança?

- Conte-me sobre a experiência de ter sido assistida por uma Enfermeira Obstétrica no seu parto?

C) Professores/Coordenadores de curso de formação em Enfermagem Obstétrica

- Qual é sua formação profissional?
- Há quanto tempo você é preceptor/professor/coordenador de cursos de formação em Enfermagem Obstétrica?
- Você pode me dizer sobre como compreende o seu papel/atuação como professor na sua Universidade (Graduação em Enfermagem) e a relação com o seu papel/atuação como professor em cursos de formação em Enfermagem Obstétrica?
- Que você pensa acerca das diretrizes para formação em Enfermagem Obstétrica no Brasil? Considera que elas estão adequadas ou poderiam ser modificadas, considerando o atual contexto brasileiro?
- Fale- me sobre o que você pensa das diferentes modalidades de formação em Enfermagem Obstétrica no Brasil , destacando as dificuldades e potencialidades.
- Que tipo de apoio você recebe para desenvolver uma formação de qualidade?
- Quais são os desafios que você enfrenta na implantação/desenvolvimento desses cursos?
- Você acha que o modelo assistencial do serviço onde atua como preceptora/professora e/ou coordenadora de curso influencia na formação dos especializandos e na sua autonomia como profissional formador?

D) Estudante (residentes em Enfermagem Obstétrica/especializandos em Enfermagem Obstétrica)

- Conte-me sobre as razões da sua escolha para a formação em Enfermagem Obstétrica?
- Conte-me sobre o que você pensa em relação à organização do à sua formação.
- Conte-me sobre as dificuldades e potencialidades de sua formação.
- Fale sobre que tipo de apoio você recebe para a sua formação (institucional; bolsa de estudo; apoio de familiares/amigos, outros). Poderia complementar falando sobre que tipo de apoio você considera que poderia ajudá-lo em sua formação?

- Quais são os desafios que você enfrenta no desenvolvimento de sua formação e quais as sua perpectivas para superação desses desafios?

- O que você acha do modelo assistencial vigente no Brasil e o que seria possível realizar para sua mudança?

II – Observaçoes

A) Enfermeiras Obstétricas do serviço

- Identificação das relações e interações entre as Enfermeiras Obstétricas do serviço, a equipe de Enfermagem e os integrantes da equipe multiprofissional.

- Identificação das práticas em acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Ministério da Saúde e os domínios, competências e habilidades para o exercício básico da obstetricia (ICM).

- Identificar as práticas assistênciais em consonância com as diretrizes de assistência ao parto normal (CONITEC)

- Identificar o modelo assistencial vigente na instituição

- Identificação das similaridades e diferenças entre as práticas assistências das enfermeiras brasileiras e as sage-femme da França.

- Identificação das especificidades sócio-culturais nas práticas profissionais do contexto do serviço em comparação ao contexto dos serviços na França.

- Identificação de práticas de apoio de estudantes.

B) Professores/Coordenadores de curso de formação em Enfermagem Obstétrica

- Identificação de metodologias de ensino teórico e prático e de investigação utiliadas na formação no contexto da instituição pesquisada.

- Identificação de aspectos comuns (organização, estrututura, currículo, avaliação) entre o Brasil e a França.

- Identificação das especificidades sócio-culturais nas práticas de formação no cenário investigado em comparação ao contexto francês.

- Folha de rosto

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Análise da atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Elysangela Dittz Duarte			
6. CPF: 010.863.416-78	7. Endereço (Rua, n.º): PROFESSOR ALFREDO BALENA CENTRO 190 sala 416 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30130100		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (31) 9970-9888	10. Outro Telefone:	11. Email: elysangeladittz@gmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
12. Nome: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde	13. CNPJ: 25.459.256/0001-92	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (31) 3408-2249	16. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Dr. João Batista M. C. Lima CPF: 314 578 196-00

Cargo/Função: Diretor Clínico

Data: 24 / 10 / 16 Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

- Calendrier de la thèse

CRONOGRAMA					
Atividade	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Elaboração do Projeto	X	X	-	-	-
Submissão ao Comitê de Ética	-	-	X	-	
Revisão da Literatura	X	X	X	X	-
Coleta de Dados	-	-	X	X	
Análise dos Dados	-	-	X	X	
Divulgação dos Resultados	-	-	-	-	X

- Budget de la recherche

CONSOLIDADO POR NATUREZA DE DESPESA	
Natureza de despesa	Valor R$
Materiais Escritório	2.000,00
Passagem e diárias	12.000,00
Alimentação e Transporte	4.000,00
Materiais de Informática	2.000,00
Gastos com Coletas de Dados	1.800,00
Total	21.800,00

ANNEXE 21 : guides d'entretiens de notre recherche

Introduction de nos entretiens

Français

Je vous remercie de votre participation à ce travail de recherche et acceptez-vous que les données de notre entretien soient utilisées dans ce travail ? Je vous rappelle que votre anonymat sera garanti lors de la retranscription des données. Cet entretien fait suite à l'observation à laquelle vous avez déjà participée et a pour but de continuer à analyser l'activité professionnelle et de formation des Infirmières Obstétricales au Brésil.

Je dois vous faire signer ce consentement en deux exemplaires. Un pour vous et l'autre pour moi.

Nous pouvons commencer ?

Brésilien

Obrigado por sua participação nesta pesquisa e você concorda que os dados de nossa entrevista sejam utilizados neste trabalho? Gostaria de lembrar que o seu anonimato será preservado durante a transcrição dos dados. Essa entrevista segue a observação da qual você já participou e pretende continuar a analisar a atividade profissional e de formação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil.

Eu preciso que você assine este consentimento em duplicata. Um para você e um para mim.

Podemos começar?

- Guide d'entretien auprès des professionnels (en français et en brésilien)

Données d'identification

Nom :
Sexe :
Formation académique :

Age :

Nombre d'années d'exercice en tant qu'infirmière spécialisée en obstétrique :

Nombre d'années d'exercice en tant qu'infirmière spécialisée en obstétrique dans cet établissement :

Lieu de l'entretien :
Date de l'entretien : Numéro de l'entretien :
Heure de début : Heure de fin : Durée :

Première partie : introduction (dictaphone déjà connecté).

- Remercier la personne pour sa participation à la recherche ainsi que pour son autorisation d'utiliser les données enregistrées au cours de l'entretien pour notre thèse de doctorat.
- Garantir l'anonymat.
- Clarifier le sujet de l'entrevue après la séquence d'observation.

Deuxième partie : la pratique professionnelle quotidienne en tant qu'infirmière spécialisée en obstétrique.

- J'aimerais que vous me parliez de votre pratique professionnelle quotidienne en tant qu'infirmière spécialisée en obstétrique.

Questions :

- Quelles sont les expériences positives/stimulantes de votre pratique professionnelle au quotidien ? Pouvez-vous m'en détailler une ?
- Quels sont les défis auxquels vous devez faire face dans votre pratique professionnelle au quotidien (sujets-activités-environnement) ?
- Pensez-vous que le modèle de soins du service dans lequel vous exercez influence votre pratique professionnelle ?

Objectif :

Identifier les points positifs et les difficultés liés à la pratique professionnelle au quotidien des infirmières obstétricales aux niveaux micro et méso.

Troisième partie : le métier d'infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil.

- J'aimerais que vous me parliez du métier d'infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil.

Questions :

- Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?
- Pensez-vous jouir d'une reconnaissance sociale ?
- Quelle(s) évolution(s)/perspectives espérez-vous pour votre métier ?
- Connaissez-vous les compétences essentielles à l'exercice de l'obstétrique proposées par la confédération internationale des sages-femmes (ICM : International Confederation of Midwives) et comment ces compétences sont mises en œuvre dans votre pratique professionnelle ?
- Comment actualisez-vous vos connaissances afin de prodiguer des soins sécuritaires et culturellement adaptés aux besoins et aux demandes des femmes ?

Objectif :

Identifier la place des infirmières obstétricales dans le champ de la périnatalité au Brésil et identifier les perspectives d'évolution de cette activité professionnelle en lien avec les facteurs de motivation des personnes interrogées.

Quatrième partie : politiques publiques de santé maternelle et néonatale au Brésil.

- J'aimerais que vous me parliez des politiques publiques dans les domaines des soins obstétricaux et néonataux au Brésil.

Question :

- Connaissez-vous les politiques publiques dans les domaines des soins obstétricaux et néonataux au Brésil et considérez-vous que ces politiques influencent votre pratique professionnelle ?

Objectif :

Déterminer auprès des personnes interrogées si elles connaissent la dimension politique (macro) dans laquelle s'inscrit leur activité professionnelle.

Cinquième partie : fin de l'entretien.

- Demander à la personne si elle souhaite ajouter quelque chose sur les sujets abordés lors de l'entretien ou si elle souhaite dire quelque chose qu'elle juge pertinent qui n'a pas été abordé.
- Remercier la personne de sa disponibilité et de son soutien à la réalisation de cette recherche.
- Mettre fin à l'enregistrement.

SYNTHESE

CATÉGORIES	ITEMS
1. Pratique professionnelle quotidienne des infirmières obstétricales	• Expériences positives. Détail. • Difficultés rencontrées/défis • Modèle de soin et son influence
2. Métier d'infirmière obstétricale au Brésil	• Motivation choix professionnel • Reconnaissance sociale • Evolution(s) du métier souhaitée(s) • Champ de compétences ICM et sa mise en œuvre • Modalités FC
3. Politiques publiques de santé brésiliennes maternelles et néonatales	• Connaissance de la dimension macro de leur activité professionnelle et de son influence
4. Autres	• … • …

Dados de Identificação

Nome:
Sexo:
Formação acadêmica:

Idade:

Tempo de trabalho como Enfermeira Obstétrica:

Tempo de trabalho como Enfermeira Obstétrica nesse lugar:

Local da entrevista:
Data: Número da entrevista:
Hora de início: Hora do término: Duração:

Parte I – Introdução *(Já com o gravador ligado)*.

- Agradecer à depoente pela participação e pedir autorização para a utilização da entrevista na tese de doutorado;
- Garantir o anonimato;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista depois da observação.

Parte II – A prática profissional quotidiana como enfermeiras especializadas em obstetrícia.

- Eu gostaria que você me falasse da sua prática profissional quotidiana como enfermeira especializada em obstetrícia.

Tópicos de orientação:

- Conte-me sobre experiências desafiadoras para sua prática assistencial como Enfermeira Obstétrica no seu cotidiano. Poderia detalhar uma delas?
- Quais são os desafios que você enfrenta em relação à sua prática, em seu cotidiano profissional?
- Você acha que o modelo assistencial do serviço onde atua influencia na sua prática profissional?

Objetivo:

Identificar os pontos positivos e as dificuldades ligados à prática profissional no quotidiano das enfermeiras obstétricas a nível micro e meso.

Parte III – A profissão de enfermeira especializada em obstetrícia no Brasil.

- Eu gostaria que você me falasse sobre a profissão de enfermeira especializada em obstetrícia no Brasil.

Tópicos de orientação:

- Por que você escolheu esta profissão?
- Que você pensa sobre o reconhecimento social da Enfermeira Obstétrica?
- Qual a sua perspectiva em relação a Enfermagem Obstétrica?

- Você conhece as competências essenciais do exercício da obstetrícia propostas pela International Confederation of Midwives (ICM) e como essas competências se aplicam à sua prática profissional?
- Como você atualiza seus conhecimentos para uma prática segura e culturalmente sensível às necessidades e demandas das mulheres?

Objetivo:

Identificar o lugar das enfermeiras obstétricas no campo da perinatalidade no Brasil e identificar as perspectivas de evolução dessa atividade profissional em laço com os fatores de motivação das pessoas entrevistadas.

Parte IV – Políticas públicas de saúde materno-neonatal no Brasil.

- Eu gostaria que você me falasse sobre as políticas públicas na área do atendimento em obstetrícia e neonatologia no Brasil.

Tópico de orientação:

- Você conhece as políticas públicas nas áreas de atenção obstétrica e neonatal no Brasil e como considera que essas políticas impactam na sua prática profissional?

Objetivo:

Determinar com as pessoas entrevistadas se elas conhecem a dimensão política (macro) na qual está inserida a sua atividade profissional.

Parte V – Fim da entrevista.

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado;
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da egressa na pesquisa;
- Finalizar a gravação.

SINTESE

CATEGORIAS	ITEMS
1. Pratica profissional quotidiana das enfermeiras obstétricas	• Experienças positivas/ detalhes. • Dificuldades enfrentadas /desafios • Modelo de cuidados e sua influência
2. Profissão de enfermeira obstétrica no Brasil	• Motivação da escolha profissional • Reconhecimento social • Evolução (oes) desejada (s) da profissão • Campo de competências ICM e a sua implementação • Modalidades FC
3. Políticas públicas brasileiras de saúde materna e neonatal	• Conhecimento da dimensão macro da sua atividade e da sua influencia
4. Outros	• … • …

- Guide d'entretiens auprès des patientes (en français et en brésilien)

Données d'identification

Nom :
Age :

Gestité : Parité : Avortement(s) :

Voie basse : Césarienne(s) :

Année(s) de naissance des enfants :

Lieux de naissance des enfants :

Accouchement(s) réalisé(s) par :

Lieu de l'entretien :
Date de l'entretien : Numéro de l'entretien :
Heure de début : Heure de fin : Durée :

Première partie : introduction (dictaphone déjà connecté).

- Remercier la personne pour sa participation à la recherche ainsi que pour son autorisation d'utiliser les données enregistrées au cours de l'entretien pour notre thèse de doctorat.
- Garantir l'anonymat.
- Clarifier le sujet de l'entrevue après la séquence d'observation.

Deuxième partie : la préparation de l'accouchement.

- J'aimerais que vous me parliez de la façon dont vous aviez préparé votre accouchement.

Questions :

- Pourquoi avez-vous choisi ce service (hôpital/maternité ; maison de naissance) pour votre accouchement ?
- Aviez-vous élaboré un projet de naissance ? Si oui, pouvez-vous m'indiquer comment il a été élaboré, si vous l'avez présenté aux professionnels qui vous ont accompagnée, si ce que vous aviez envisagé a été respecté ou non et ce que vous pensez de cet outil ?

Objectif :

Déterminer la façon dont les femmes se sont préparées à leur accouchement et si elles se sentent actrices de leur prise en charge au moment de l'accouchement.

Troisième partie : le vécu de l'accouchement.

- J'aimerais que vous me parliez de la façon dont vous avez vécu votre accouchement.

Questions :

- Comment avez-vous vécu l'accompagnement de votre accouchement et de la naissance de votre enfant ? Pensez-vous que cela aurait pu être différent et comment l'hôpital pourrait contribuer à ce changement ?
- Parlez-moi de votre expérience d'avoir été accompagnée par une infirmière obstétricale lors de votre accouchement et de la naissance de votre enfant ?

Objectif :

Connaître le sentiment des femmes après leur accouchement en lien avec le modèle de soin qu'elles ont reçu.

Quatrième partie : fin de l'entretien.

- Demander à la personne si elle souhaite ajouter quelque chose sur les sujets abordés lors de l'entretien ou si elle souhaite dire quelque chose qu'elle juge pertinent qui n'a pas été abordé.
- Remercier la personne de sa disponibilité et de son soutien à la réalisation de cette recherche.
- Mettre fin à l'enregistrement.

SYNTHESE

CATÉGORIES	ITEMS
1. Préparation de l'accouchement	• Choix de la maternité • Elaboration d'un projet de naissance
2. Vécu de l'accouchement	• Vécu de l'accouchement et identification du modèle de soins reçu • Vécu de l'accompagnement par une infirmière obstétricale
3. Autres	• … • …

Dados de Identificação

Nome:
Idade:

Gestação: Paridade: Aborto(s):

Parto normal: Cesariana(s):

Ano(s) de nascimento dos filhos:

Lugar de nascimento dos filhos:

Parto(s) realizado(s) por:

Local da entrevista:
Data: Número da entrevista:
Hora de início: Hora do término: Duração:

Parte I – Introdução *(Já com o gravador ligado)*.

- Agradecer à depoente pela participação e pedir autorização para a utilização da entrevista na tese de doutorado;
- Garantir o anonimato;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista depois da observação.

Parte II – Preparação do parto.

- Eu gostaria que você me falasse como você se preparou para o parto.

Tópicos de orientação:

- Por que você buscou esse serviço (hospital/maternidade; Centro de Parto Normal) para o seu atendimento (asssitência ao parto)?
- Você tinha um plano de parto ? Se sim, conte-me sobre como ele foi feito, se você o apresentou aos profissionais que atenderam, se o que você planejou foi atendido ou não e como você se sentiu em relação a essa experiência?

Objetivo:

Identificar como as mulheres se preparam para o parto e se elas se sentem atrizes do atendimento oferecido durante o parto.

Parte III – A experiência do parto.

- Eu gostaria que você me falasse como você vivenciou o seu parto.

Tópicos de orientação:

- Como você se sente em relação à assistência/cuidado recebido no seu parto e no nascimento do seu bebê? Acha que poderia ser diferente e como o hospital poderia contribuir para essa mudança?
- Conte-me sobre a experiência de ter sido assistida por uma Enfermeira Obstétrica no seu parto?

Objetivo:

Conhecer o sentimento das mulheres depois do parto em relaçao ao modelo de cuidados que elas receberam.

Parte IV – Fim da entrevista.

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado;
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da egressa na pesquisa;
- Finalizar a gravação.

SINTESE

CATEGORIAS	**ITEMS**
1. Preparação do parto	• Escolha da maternidade • Elaboração do plano de parto
2. Vivência do parto	• Vivência do parto e identificação do modelo de cuidados recebido • Vivência do atendimento da enfermeira obstétrica
3. Outros	• … • …

- Guide d'entretien auprès des professeurs/coordinateurs de formation (en français et en brésilien)

Données d'identification

Nom :
Sexe :
Age :

Formation académique et professionnelle :

Nombre d'années d'exercice en tant que précepteur, professeur ou coordonnateur d'une formation d'infirmière obstétricale :

Université :

Lieu de l'entretien :
Date de l'entretien : Numéro de l'entretien :
Heure de début : Heure de fin : Durée :

Première partie : introduction (dictaphone déjà connecté).

- Remercier la personne pour sa participation à la recherche ainsi que pour son autorisation d'utiliser les données enregistrées au cours de l'entretien pour notre thèse de doctorat.
- Garantir l'anonymat.
- Clarifier le sujet de l'entrevue après la séquence d'observation.

Deuxième partie : l'organisation politique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

- J'aimerais que vous me parliez de l'organisation politique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

Questions :

- Que pensez-vous des directives nationales concernant les formations des infirmières obstétricales au Brésil ? Considérez-vous qu'elles soient appropriées ou devraient-elles être modifiées compte tenu de contexte actuel brésilien ?
- Que pensez-vous des différentes formations des infirmières obstétricales au Brésil en mettant en évidence leurs difficultés et leurs potentialités ?
- Pensez-vous que le modèle de soins du service dans lequel vous travaillez comme précepteur/professeur/coordinateur de cours influence la formation des étudiantes infirmières obstétricales et leur future autonomie professionnelle en tant que professionnel formateur ?
- Quels sont les défis que vous devez relever concernant la mise en œuvre et le développement de ces formations ?
- Quels sont les soutiens sur lesquels vous pouvez compter pour développer des formations de qualité ?

Objectif :

Identifier et caractériser l'ingénierie politique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

Troisième partie : l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

- J'aimerais que vous me parliez de votre rôle dans la formation des infirmières obstétricales.

Question :

- Quel est votre rôle/participation dans votre université pour la formation des infirmières et la relation avec votre rôle/participation de professeur pour la formation des infirmières obstétricales ?

Objectif :

Caractériser les ingénieries de formation et pédagogique des formations des infirmières spécialisées en obstétrique au Brésil.

Quatrième partie : fin de l'entretien.

- Demander à la personne si elle souhaite ajouter quelque chose sur les sujets abordés lors de l'entretien ou si elle souhaite dire quelque chose qu'elle juge pertinent qui n'a pas été abordé.
- Remercier la personne de sa disponibilité et de son soutien à la réalisation de cette recherche.
- Mettre fin à l'enregistrement.

SYNTHESE

CATÉGORIES	ITEMS
1. Ingénierie politique des formations des infirmières obstétricales	• Directives nationales des formations et adéquation au contexte brésilien • Différents modèles de formations avec identification des difficultés et potentialités • Influence du modèle de soins sur la formation des étudiants et leur future autonomie professionnelle • Défis à relever pour la mise en œuvre et le développement des formations • Soutiens pour des formations de qualité
2. Ingénieries de formation et pédagogique des formations des infirmières obstétricales	• Rôles dans l'université et la formation des infirmières obstétricales
3. Autres	• … • …

Dados de Identificação

Nome:
Sexo:
Idade:

Formação acadêmica e profissional:

Tempo de trabalho como Professor/Coordenador de cursos de formação em Enfermagem Obstétrica:

Universidade :

Local da entrevista:
Data: Número da entrevista:
Hora de início: Hora do término: Duração:

Parte I – Introdução *(Já com o gravador ligado)*.

- Agradecer à depoente pela participação e pedir autorização para a utilização da entrevista na tese de doutorado;
- Garantir o anonimato;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista depois da observação.

Parte II – A organização política na formação das enfermeiras especializadas em obstetrícia no Brasil.

- Eu gostaria que você me falasse da organização política na formação das enfermeiras especializadas em obstetrícia no Brasil.

Tópicos de orientação:

- O que você pensa acerca das diretrizes para formação em Enfermagem Obstétrica no Brasil? Considera que elas estão adequadas ou poderiam ser modificadas, considerando o atual contexto brasileiro?
- Fale-me sobre o que você pensa das diferentes modalidades de formação em Enfermagem Obstétrica no Brasil, destacando as dificuldades e potencialidades.
- Você acha que o modelo assistencial do serviço onde atua como professora e/ou coordenadora de curso influencia na formação dos especializandos e na sua autonomia como profissional formador?
- Quais são os desafios que você enfrenta na implantação/desenvolvimento desses cursos?
- Que tipo de apoio você recebe para desenvolver uma formação de qualidade?

Objetivo:

Identificar e caracterizar a construção política dos cursos de enfermeiras especializadas em obstetrícia no Brasil.

Parte III – A engenharia de formação e a engenharia pedagógica dos cursos de enfermeiras especializadas em obstétrica no Brasil.

- Eu gostaria que você me falasse sobre o seu papel na formação das enfermeiras obstétricas.

Tópico de orientação:

- Você pode me dizer sobre como compreende o seu papel/atuação como professor na sua Universidade (Graduação em Enfermagem) e a relação com o seu papel/atuação como professor em cursos de formação em Enfermagem Obstétrica?

Objetivo:

Caracterizar as engenharias de formação e pedagógica dos cursos para Enfermagem especializados em obstetrícia no Brasil.

Parte IV – Fim da entrevista.

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado;
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da egressa na pesquisa;
- Finalizar a gravação.

SINTESE

CATEGORIAS	ITEMS
1. Engenharia política dos cursos de enfermagem obstétricas	• Diretrizes nacionais dos cursos e adequação ao contexto brasileiro • Diferentes modelos de cursos com identificação das dificuldades e potencialidades • Influência do modelo de cuidados sobre a formação dos estudantes e sobre a sua futura autonomia profissional • Desafios para a implementação et o desenvolvimento dos cursos • Apoios para cursos de qualidade
2. Engenharias de formação e pedagógicas dos cursos de enfermeiras obstétricas	• Papeis na universidade e na formação das enfermeiras obstétricas
3. Outros	• … • …

- Guide d'entretien auprès des étudiants (en français et en brésilien)

Données d'identification

Nom :
Sexe :
Age :

Formation académique :

Type de la formation suivie :
Année d'étude :

Lieu de l'entretien :
Date de l'entretien : Numéro de l'entretien :
Heure de début : Heure de fin : Durée :

Première partie : introduction (dictaphone déjà connecté).

- Remercier la personne pour sa participation à la recherche ainsi que pour son autorisation d'utiliser les données enregistrées au cours de l'entretien pour notre thèse de doctorat.
- Garantir l'anonymat.
- Clarifier le sujet de l'entrevue après la séquence d'observation.

Deuxième partie : organisation de la formation et évaluation de celle-ci par les étudiantes infirmières spécialisées en obstétrique.

- J'aimerais que vous me parliez de l'organisation de votre formation d'infirmière spécialisée en obstétrique et du vécu que vous en avez.

Questions :

- Que pensez-vous de l'organisation de votre formation ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au cours de votre formation et les potentialités de cette dernière ?
- Quels sont les défis que vous devez relever au cours de votre formation et que mettez-vous en œuvre pour les relever ?
- Quels sont les types de soutiens que vous recevez pour votre formation (institutionnel, bourse d'étude, soutien familial et amical, autre) ? Pouvez-vous préciser quel type de soutien pourrait vous être utile dans votre formation.

Objectif :

Identifier les points positifs et les difficultés liés à la formation des infirmières spécialisées en obstétrique aux niveaux micro et méso.

Troisième partie : la construction identitaire professionnelle de l'étudiante infirmière spécialisée en obstétrique au Brésil.

- J'aimerais que vous me parliez des raisons pour lesquelles vous avez choisi cette formation.

Questions :

- Pourquoi avez-vous choisi cette formation ?
- Que pensez-vous du modèle de soins actuel au Brésil en ce qui concerne l'obstétrique et la néonatalogie et que serait-il possible de faire pour le modifier ?

Objectif :

Identifier les facteurs de motivation pour la formation et évaluer la construction de l'identité professionnelle des étudiantes spécialisées en obstétrique.

Quatrième partie : fin de l'entretien.

- Demander à la personne si elle souhaite ajouter quelque chose sur les sujets abordés lors de l'entretien ou si elle souhaite dire quelque chose qu'elle juge pertinent qui n'a pas été abordé.
- Remercier la personne de sa disponibilité et de son soutien à la réalisation de cette recherche.
- Mettre fin à l'enregistrement.

SYNTHESE

CATÉGORIES	ITEMS
1. Organisation et évaluation de la formation	• Organisation de la formation • Difficultés et potentialités de la formation • Défis à relever et moyens mis en œuvre pour les relever • Soutiens à la formation présents et souhaités
2. Construction de l'identité professionnelle	• Motivation choix de la formation • Avis sur le modèle de soins actuel et les perspectives de modification de ce dernier
3. Autres	• … • …

Dados de Identificação

Nome:
Sexo:
Idade :

Formação acadêmica:

Tipo de formação:
Ano de estudo:

Local da entrevista:
Data: Número da entrevista:
Hora de início: Hora do término: Duração:

Parte I – Introdução *(Já com o gravador ligado)*.

- Agradecer à depoente pela participação e pedir autorização para a utilização da entrevista na tese de doutorado;
- Garantir o anonimato;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista depois da observação.

Parte II – Organização da formação e avaliação dessa formação pelas estudantes em enfermagem especializada em obstetrícia.

- Eu gostaria que você me falasse da organização de sua formação de enfermeira especializada em obstetrícia e da vivência que você tem.

Tópicos de orientação:

- Conte-me sobre o que você pensa em relação à organização de sua formação.
- Conte-me sobre as dificuldades e potencialidades de sua formação.
- Quais são os desafios que você enfrenta no desenvolvimento de sua formação e quais as sua perspectivas para superação desses desafios?
- Fale sobre que tipo de apoio você recebe para a sua formação (institucional; bolsa de estudo; apoio de familiares/amigos, outros). Poderia complementar falando sobre que tipo de apoio você considera que poderia ajudá-lo em sua formação?

Objetivo:

Identificar os pontos positivos e as dificuldades ligados à formação das enfermeiras especializadas em obstetricia a nivel micro e meso.

Parte III – A construção da identidade profissional da estudante enfermeira em obstetrícia no Brasil.

- Eu gostaria que você me dissesse porquê você escolheu esse curso.

Tópicos de orientação:

- Conte-me sobre as razões da sua escolha para a formação em Enfermagem Obstétrica?
- O que você acha do modelo assistencial vigente no Brasil e o que seria possível realizar para sua mudança?

Objetivo:

Identificar os fatores de motivação para o curso e avaliar a construção da identidade profissional das estudantes especializadas em obstetrícia.

Parte IV – Fim da entrevista.

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado;
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da egressa na pesquisa;
- Finalizar a gravação.

SINTESE

CATEGORIAS	**ITEMS**
1. Organização e avaliação da formação	• Organização da formação • Dificuldades e potencialidades da formação • Desafios para enfrentar e recursos usados para enfrenta-los • Apoios atuais e desejados para a formação
2. Construção da identidade profissional	• Motivação da escolha da formação • Opinião sobre o modelo atual de cuidados e as perspectivas de modificação
3. Outros	• … • …

ANNEXE 22 : grilles d'observations de notre recherche

- Des situations professionnelles avec les infirmières obstétricales et les étudiants

Date :
Nom :
Lieu(x) et contexte de la pratique :
Présence d'un étudiant :

Durée de l'observation :
Observation n°

Source : Approches méthodologiques. Campus FORSE (Formations et Ressources en Sciences de l'Éducation). CNED – Université Lyon 2 – Université de Rouen. Master professionnel Métiers de la Formation. Laurent LESCOUARCH – Danièle TRANCART.

Heure	Tâche	Verbal	Non Verbal	Relations autres professionnels	Pratique / au référentiel métier	Pratique / aux RPC	Identification du modèle de soins	Points communs avec la France	Spécificités socio-culturellles brésiliennes	Accompagnement des étudiants

- Des situations d'apprentissage avec les étudiants et professeurs/coordinateurs

Date :
Nom :
Lieu(x) et contexte :
Nombre d'étudiants :

Durée de l'observation :
Observation n°

Source : Approches méthodologiques. Campus FORSE (Formations et Ressources en Sciences de l'Éducation). CNED – Université Lyon 2 – Université de Rouen. Master professionnel Métiers de la Formation. Laurent LESCOUARCH – Danièle TRANCART.

Heure	Tâche	Verbal	Non Verbal	Identification des méthodes de formation théoriques et pratiques	Identification des méthodes de recherche en matière de formation (activité de recherche)	Points communs avec la France	Spécificités socio-culturellles brésiliennes

ANNEXE 23 : exemple d'analyse longitudinale de deux séquences d'observations de l'activité professionnelle (P2)

Caractéristiques de l'observation 1 **Polices noire, bleue et verte**	**Caractéristiques de l'observation 2** **Police rouge**
Date : 21/12/2016 Lieu et contexte de l'observation : garde de jour en salle d'accouchement à l'HSF Durée totale de l'observation : 11 heures et 30 minutes Divers : même contexte d'observation que pour P1. EO accompagnée d'une étudiante de la *Residência* (R2) de l'HSF en 2ème année (promotion 2015-2017). Patiente G2Pc1A0 de 24 ans à 40SA+2j. Utérus cicatriciel en travail spontané. Présentation céphalique. 1er accouchement en 2014. Patiente G1P0A0 de 20 ans à 38SA+6j. Travail spontané. Présentation céphalique. Grossesse normale. Patiente G1P0A0 de 17 ans à 38SA+5j. Travail spontané. Présentation céphalique. 4 consultations prénatales. Contexte social avec carnet de liaison.	Date : 28/12/2016 Lieu et contexte de l'observation : garde de jour en pré-travail à l'HSF Durée totale de l'observation : 09 heures et 15 minutes Divers : même contexte d'observation que pour P1. Prise en charge de plusieurs patientes simultanément. Au total, 7 patientes sur la totalité de la garde d'observation. Pas d'étudiante accompagnée lors de l'observation professionnelle.

Catégories	Items	Analyse
Accompagnement des patientes	*Présence continue ou discontinue*	Présence continue de l'EO même sous la douche, accompagnement +++. Présence continue de R2, accompagnement +++ du début à la fin de la prise en charge. Présence discontinue de l'EO mais est occupée à effectuer un autre accouchement pendant que sa collègue est partie manger. Présence continue de R2 et de l'EO mais parfois parlent entre elles. Accompagnement +++ par la doula également. Présence continue de l'EO dans l'unité (sauf au moment de sa pause repas) mais accompagnement de plusieurs patientes en même temps.

		L'EO reste plus particulièrement auprès d'une patiente après avoir diagnostiqué des ARCF à l'auscultation intermittente confirmées lors de la réalisation d'un CTG.
	Degré de proximité (verbal et non verbal)	Toutes les patientes ont été appelées par leur prénom. Elles possèdent un bracelet d'identification. Les prénoms des enfants ont été demandés à chaque fois. Discussions générales de la vie de tous les jours : relation professionnel-patiente différente de la France, peuple sociable +++. Beaucoup de rires et de bonne humeur. Prise en charge psychique importante, relationnel +++. EO rassure la patiente et son entourage. Le médecin félicite déjà les parents avant la naissance de l'enfant. Demande à la patiente le prénom de l'enfant. L'EO encourage de façon très douce la patiente au moment de la naissance de l'enfant. L'EO profite de la tentative de mise au sein de l'enfant pour féliciter une nouvelle fois la patiente. Pas d'aurevoir à l'EO au moment du transfert en suites de couches. Voix et attitude rassurantes de R2 au moment des efforts de poussées +++. Ambiance calme. Sécurise émotionnellement la patiente par son calme et ses paroles. En permanence. Equipe encourage, rassure et félicite la patiente durant les efforts de poussées et la naissance de l'enfant. L'EO félicite la patiente après la naissance de son enfant. Aurevoir à la patiente par R2 au moment du transfert en suites de couches.
	Communication *Information / Explication* *Participation à la décision*	Consentement libre et éclairé signé par la patiente et son compagnon pour l'autorisation de tentative d'accouchement voie basse post-césarienne. L'EO se présente au couple et me présente. Idem et présente en plus R2 et l'EA. L'EO prévient le couple qu'elle va prévenir le médecin de l'évolution non physiologique du travail. L'EO indique et explique à la patiente tout ce qu'elle fait. Idem pour R2 qui explique notamment le processus de l'accouchement au couple y compris la possible émission de matière fécale. Le médecin explique tout à la patiente sur la suite de l'accouchement et lui indique qu'il est présent en cas de besoin après son évaluation de 09h30. Demande à la patiente si elle n'est pas trop fatiguée. L'EO explique les étapes de la naissance à la patiente et propose à la mère de la patiente de s'installer assise à côté d'elle. L'EO propose à la mère de la patiente de regarder les cheveux du bébé (il en a beaucoup). L'EO indique toujours à la patiente le résultat de l'auscultation intermittente des BDC. L'EO et l'EA rassurent la patiente sur l'état néonatal de l'enfant à la naissance. L'EA explique ce qu'elle fait à la patiente (DD etc.).

		L'EO répond à toutes les questions que lui pose le couple après la naissance de leur enfant. Idem pour R2 qui donne également des explications au couple sur l'adaptation à la vie extra-utérine des enfants et la lactation. Placenta montré et expliqué à la patiente par l'EO après qu'elle lui ait proposé de le voir. Idem. L'EO donne les explications et les conseils en lien avec la déchirure à la patiente pendant la suture périnéale (résorption des fils, soins d'hygiène et de confort etc.). R2 puis toute l'équipe rassure beaucoup la patiente au moment des efforts de poussées et de la naissance de l'enfant. La patiente a apprécié accoucher dans l'eau. L'EO et R2 préviennent la patiente qu'elles vont l'incommoder avec la surveillance du PPI et la révision de la filière génitale. L'EO explique à la patiente la mobilisation sur le ballon. R2 explique à l'accompagnante de la patiente le déroulement d'un travail pendant que la patiente est sous la douche. Puis les redonne à la patiente quand elle est sortie de la douche. 17h10 : femme souriante, parle bien. L'EO et R2 répondent à toutes les questions que leur pose la patiente et son accompagnante sur la suite de l'évolution du travail. Questions nombreuses +++. L'EO donne des explications et des informations aux patientes concernant l'induction par Misoprostol comme la durée de l'induction qui peut être longue et donc fatigante, le fait de devoir rester allongée pendant une heure après la pose d'un Misoprostol et donc de devoir aller uriner avant. L'EO répond aux questions, donne des informations. La mère d'une patiente s'énerve auprès de l'EO de voir sa fille autant algique. L'EO lui explique que dans cette maternité, l'attitude n'est pas interventionniste et que les accouchements se font dans les lits et non sur une table en position gynécologique. Une RAPDE est effectuée sans explication ni consentement de la patiente par la seconde EO de l'unité.
	Pudeur / Intimité	L'EO demande à ce que l'on ferme les fenêtres et les rideaux pendant les EE. Ambiance tamisée. Passage de plusieurs personnes dans la salle d'accouchement. Assurée par la doula. Préservée au maximum pour cette observation. L'autre EO de l'unité (non observée pour notre recherche) crie pour parler à tout le monde y compris aux patientes à travers les rideaux. Confidentialité ?
	Relation de confiance	Présente. Présente. Présente. Absente.

Accompagnement des étudiants	*Autonomie*	Beaucoup d'autonomie laissée à R2 par l'EO qui est en parallèle dans une autre salle d'accouchement pour y effectuer un accouchement. L'EO prévient R2 de la situation et lui indique de l'appeler en cas de besoin. R2 autonome +++. Idem +++.
	Documents de formation	Pour chaque accompagnement et naissance, les étudiantes doivent remplir un suivi d'actes et de prise en charge « Registre de prise en charge de l'accouchement ».
Pratique sage-femme	*Documentation clinique*	EO complète le partogramme et s'aperçoit de l'évolution non physiologique du travail : pose d'un diagnostic grâce à cet outil. Les EO précisent toujours la présence ou non de décélérations. L'EO réalise ses papiers post-accouchement avant le transfert de la patiente en suites de couches et durant la surveillance du PPI. R2 réalise ses papiers post-accouchement avant le transfert de la patiente en suites de couches et durant la surveillance du PPI dans la salle d'accouchement. Reste avec la patiente. 16h15 : partogramme non débuté. Documentation écrite sur dossier papier de chaque patiente. Tableau blanc récapitulatif des cas des patientes présentes dans l'unité de pré-travail. L'EO relit tous les dossiers des patientes dont elle s'occupe et refait une synthèse de chaque situation clinique en recalculant notamment l'âge gestationnel grâce à une application sur son téléphone portable personnel afin d'être sûre qu'il n'y ait pas d'erreurs avant les interventions de déclenchement du travail. L'EO débute rapidement le partogramme d'une patiente en travail avant son transfert en salle d'accouchement.
	Surveillance fœtale	Auscultation intermittente aux 30 minutes du RCF avec appareil à ultrasons. Pas de décélérations identifiées pendant le travail. Auscultation intermittente aux 5 minutes du RCF avec appareil à ultrasons pendant les efforts de poussées. 10h23 : BDC lents à l'oreille. Pas d'action. 10h30 : BDC normaux. Surveillance intermittente des BDC avec appareil à ultrasons par R2 toutes les 5 minutes depuis 12h30 : normaux. BDC normaux post RSPDE. 16h15 : surveillance intermittente des BDC avec appareil à ultrasons pendant 10 minutes à l'arrivée de la patiente en salle d'accouchement. BDC normaux. Puis auscultation intermittente aux 30 minutes du RCF avec appareil à ultrasons pendant le travail y compris sous la douche. BDC toujours normaux.

		Auscultation intermittente des BDC toutes les 30 minutes environ avec appareil à ultrasons en dehors des CTG ou après une intervention (RAPDE, mise en place d'ocytocine, mise en place d'un Misoprostol, évaluation de la dynamique utérine etc.). Surveillance réalisée même si la patiente est sous la douche. Des auscultations intermittentes sont notées dans les dossiers des patientes mais non réalisées. Réalisation des CTG avant induction du travail pendant environ 20 minutes : OK mais avec attente que le seul et unique CTG se libère donc parfois uniquement BDC car forte activité. Réalisation d'un CTG en DLG en cas de décélérations identifiées aux auscultations intermittentes : OK. L'EO recherche une étiologie à ces ARCF (raisonnement clinique) : réalise un TV et recherche une hypertonie. Récupération du RCF sur un mode tachycarde. Prévient un médecin et celui-ci demande de poursuivre l'enregistrement mais la seconde EO de l'unité retire le CTG 10 minutes plus tard sans en avertir sa collègue en estimant que le RCF est normal et que les ARCF sont la conséquence de compressions funiculaires => attitude non sécuritaire. L'EO observée s'énerve contre sa collègue d'avoir fait ceci. Elle remet le CTG à la patiente dès que possible soit 50 minutes plus tard. La patiente retire elle-même son CTG 10 minutes plus tard pour aller sous la douche mais l'EO lui remet le CTG. Fait valider le tracé au médecin. Auscultation intermittente des BDC toutes les 10 minutes environ avec appareil à ultrasons en cas de facteurs de risques identifiés (ARCF par exemple) et sur indication du médecin car situation non physiologique (dépassement du champ de compétences de l'EO).
	Surveillance dynamique utérine et tonus utérin	Evaluation clinique intermittente de la dynamique utérine en même temps que l'auscultation intermittente fœtale. 16h15 : évaluation clinique intermittente de la dynamique utérine à l'arrivée de la patiente en salle d'accouchement => 2CU/10'/30'', CU espacées, tonus physiologique. 17h10 : CU courtes. 18h00 : CU espacées, 1CU/10'/25'', tonus physiologique. Evaluation clinique intermittente de la fréquence et de la durée des CU sur 10 minutes. Evaluation clinique également du tonus utérin. Surveillance réalisée même si la patiente est sous la douche.
	Surveillance évolution du travail	Prise de connaissance du dossier de la patiente de la part de l'EO. Evolution non physiologique du travail : CAT conjointe avec le médecin (TV à 09h00). 08h55 : l'EO souhaite voir le médecin de garde mais il est occupé et un autre médecin la renvoie vers le médecin de garde. Attente de la disponibilité du médecin de garde. 09h30 : passage du médecin de garde pour évaluation de la situation clinique. Palper abdominal. Femme à dilatation complète, PC en OP. Evolution physiologique du travail.

		11h16 : col à 8-9cms, 80%, centré, souple et PdE intacte. 14h30 : col à 4-5ms, 80%, centré, mou et PdE intacte. Patiente redoute les TV. 15h30 : mise en place de 2g de Cefazolina en IV lente dans 100cc de NaCl0.9% puis 1g toutes les 06h00 pour portage urinaire de Strepto B. 18h00 : femme se repose dans son lit puis s'endort. L'unité de pré-travail est gérée en toute autonomie par les EO alors qu'il s'agit beaucoup de la gestion de pathologies. Elles ont des protocoles pour les guider, notamment pour les déclenchements. Elles choisissent en autonomie le mode d'induction du travail mais les prescriptions sont assurées par les médecins de garde. Réalisation des TV par les EO en toute autonomie. Une patiente semble commencer à pousser et l'EO demande au mari de la patiente de l'appeler si sa femme pousse réellement. Pas de place de disponible en salle d'accouchement à ce moment-là car beaucoup d'activité partout dans la maternité. La patiente est finalement transférée en salle d'accouchement 20 minutes plus tard où elle y accouchera 15 minutes après son arrivée. Une patiente a disparu de l'unité, l'EO la cherche. La patiente algique dont la mère se plaignait de la PEC de sa fille est transférée en salle d'accouchement 25 minutes plus tard. Devant l'agressivité de la mère de la patiente et de son compagnon, l'EO prend sur elle +++. Il ne s'agissait pas de l'une de ses patientes mais de l'une des patientes de sa collègue partie se reposer.
	PEC douleur	Douche proposée par l'EO. Massage lombaire pendant la CU par la mère de la patiente et la doula. Femme algique pendant les EE et la naissance. Femme algique pendant la délivrance et la révision de la filière génitale. Anesthésie locale faite par l'EO pour la suture périnéale avec de la xylocaïne 20mL. Demande à la patiente de lui indiquer si elle a de nouveau mal au cours de la suture pour refaire une anesthésie si besoin. Femme dans la baignoire et sous protoxyde d'azote (N2O). La satisfaction des patientes est évaluée après l'utilisation de ce gaz par un questionnaire. R2 mouille en permanence le ventre de la patiente. Femme algique pendant les efforts de poussées. R2 lui indique que sans APD c'est normal qu'elle sente les choses. La fait respirer en lui indiquant qu'elle sait que la douleur des CU est difficile. R2 valide le ressenti de la patiente. Femme crie beaucoup au moment des derniers efforts de poussées et du dégagement de la tête fœtale puis de l'enfant. Femme algique pour l'expulsion. Femme algique pendant la délivrance.

		Femme algique avec EVA à 6/10 et fatiguée. Douche proposée à la patiente avec mobilisation sur le ballon ce qui amuse la patiente (semble immature). Bain après la douche. Femme se détend bien dans le bain. Femmes algiques. Une femme hurle et pleure après une RAPDE non justifiée médicalement. Une autre patiente ayant entendu les hurlements de cette patiente demande à l'EO comment cela va se passer pour elle. L'EO tente de la rassurer. Les femmes s'entendent mutuellement souffler à travers les rideaux. Soulagement de la douleur par les douches. L'EO donne des explications à propos de la gestion de la douleur par les douches aux femmes en travail. Massage lombaire avec de l'huile neutre mélangée aussi à de l'huile essentielle de lavande par l'EO et les accompagnants des patientes.
	Gestuelle de l'accouchement *Gestion des efforts de poussées* *Gestion de la délivrance* *Suture périnéale*	08h40 : femme commence à pousser spontanément à la CU. 09h30 : femme continue de pousser spontanément à la CU. L'EO s'installe pour la naissance. A chaque effort de poussée, l'EO se contorsionne pour observer la progression de la tête fœtale (femme sur banquinho). L'EO encourage la patiente pendant les EE mais ne lui indique pas comment pousser. Elle la laisse faire spontanément. 10h00 : passage spontané du médecin de garde pour savoir si tout va bien. L'EO s'assoit par terre pour la suite des EE. Ambiance calme et tamisée. 10h10 : femme pousse entre 4 et 5 fois sur la CU. Femme fatigue et se repose entre les CU. 10h28 : PC au petit couronnement. La mère de la patiente lui indique que le bébé va bientôt arriver mais la femme se retient de pousser car est algique. Mais la patiente dit qu'elle pousse malgré tout. 10h30 : dégagement de la tête fœtale millimètre par millimètre en attendant les CU. Pas de maintien de la tête fœtale par l'EO. 10h35 : naissance en douceur. Saignements maternels par terre (pas de poche de recueil) semblant abondants. 10h39 : l'EO demande à la patiente de se remettre dans le lit d'accouchement. 10h45 : inspection du cordon par l'EO qui ne bat plus donc cordon coupé par le père après que l'EO ait demandé qui souhaitait couper le cordon. Cordon clampé avec des élastiques. 10h47 : délivrance effectuée par l'EO après explications à la patiente. Clampage, pression abdominale et traction du cordon. Placenta complet après examen de ce dernier par l'EO. 10h49 : révision de la filière génitale par l'EO en toute autonomie. Déchirure grade 1.

		10h55 : suture périnéale par l'EO avec du fil 2-0, matériel de suture avec le matériel d'accouchement dans le même plateau. Suture par surjet fil unique pour ce qui peut être recousu ensemble. Pas d'éclairage en particulier. 11h05 : suture terminée, femme se réinstalle comme elle le souhaite. 13h30 : la patiente est dans la baignoire. R2 prête pour l'accouchement. Demande à la patiente de respirer et de se reposer entre les CU. La femme pousse spontanément à la CU. 13h45 : RSPDE => LAC avec beaucoup de vernix. 13h50 : patiente s'auto-examine pour sentir la progression de la tête de son enfant. R2 fait respirer la patiente. 13h55 : la patiente verbalise qu'elle pense qu'elle va mourir. R2 et une nouvelle EO la rassurent. Respire et se repose entre les CU sur lesquelles elle pousse toujours spontanément comme elle le souhaite. 14h05 : la patiente sent la tête de son bébé avec sa main. Continue de respirer doucement entre les CU. EO revient dans la salle. La patiente se met à pousser en dehors des CU, l'équipe lui explique de le faire au moment des CU pour avoir plus de force. Progression petit à petit de la tête fœtale. 14h10 : femme panique un peu car sent de plus en plus la tête de son enfant. Toute l'équipe la rassure. Pas de maintien de la tête fœtale par R2 qui se dégage millimètre par millimètre. 14h13 : tête dégagée et attente de la prochaine CU pour pousser. EO rassure la patiente qui est algique. 14h16 : passage d'un circulaire. 14h17 : naissance de l'enfant. 14h20 : afflux de sang dans l'eau du bain. 14h32 : femme sort du bain avec son bébé dans les bras. 14h34 : cordon coupé par le père et clampé par des élastiques installés sur les pinces Kocher servant à clamper le cordon. 14h38 : délivrance par expression abdominale et traction du cordon (clamp rapproché). Pas de manœuvre de refoulement utérin pour s'assurer du décollement placentaire. Placenta complet. 14h40 : examen de la filière génitale => périnée intact. 14h43 : femme réinstallée et couverte avec son bébé sur elle. Les accouchements rapides et inopinés sont assez fréquents dans cette unité notamment par manque de place en salle d'accouchement. Une patiente prise en charge par l'EO observée accouche rapidement dans son lit dans l'unité de pré-travail pendant que l'autre EO ne l'aide pas. Pas possible de passer la patiente en salle d'accouchement car l'activité y est trop importante à ce moment-là. Délivrance complète. Suture périnéale (déchirure grade 1) faite par l'EO sous AL. Tout est réalisé dans l'unité de pré-travail.
	PEC néonatale	EA prépare la table de réanimation/accueil du nouveau-né. Elle la change à la demande de l'EO car ne fonctionne pas (elle ne chauffe pas).

		10h35 : présence abondante de LAM, accueil peau à peau, beaucoup de sécrétions à la naissance, enfant ne pleure pas. Enfant séché et stimulé par l'EO. Parents inquiets et demandent à l'EO ce qu'il se passe. Elle leur répond qu'il y a beaucoup de sécrétions et qu'ils ne doivent pas être inquiets mais la patiente repose la question une nouvelle fois. 10h38 : pédiatres appelés par l'EA mais rassure la patiente en disant que c'est normal. Enfant couvert sur le ventre de sa mère. Apgar 9/10. 10h45 : le père demande à l'EO si c'est normal que la tête de son enfant soit déformée. L'EO lui explique pourquoi il a la tête déformée. 11h05 : l'EO met au sein l'enfant mais a toujours des sécrétions. Nouvelle tentative plus tard. 11h10 : bracelet d'identification mis à l'enfant par l'EA. 11h20 : l'EO demande à la pédiatre s'il faut faire quelque chose devant les sécrétions persistantes de l'enfant. Lui répond d'attendre. 11h45 : soins au nouveau-né sous la rampe chauffante effectués par l'EA après une heure de peau à peau (ce sont les recommandations à l'HSF). Vitamine K faite en IM (pas de saccharose avant l'injection). Collyre. Cordon enveloppé dans une compresse. Poids : 3400grs, taille : 49cms, PC : 36cms. Enfant laissé seul sur la table de réanimation non sécurisée par les barrières. Habillage du nouveau-né : enfant bien couvert et emmailloté dans une couverture. 13h35 : R2 prépare la table de réanimation néonatale. 14h17 : accueil peau à peau de l'enfant. L'enfant ne pleure pas. L'EO prend son pouls au cordon. Cyanose généralisée. Beaucoup de vernix. 14h18 : l'EO essuie la tête de l'enfant qui se met à pleurer un peu. Apgar 8/9. 14h20 : l'EO couvre la tête de l'enfant. Les parents, heureux, arrosent leur fille dans la baignoire. 14h25 : bracelet d'identification mis à l'enfant encore dans l'eau. 14h30 : enfant rose et couvert sur sa mère. 14h45 : mise au sein de l'enfant par R2. La maman parle beaucoup à sa fille. 15h00 : soins au nouveau-né effectués par l'EA. Vitamine K faite en IM (pas de saccharose avant l'injection). Collyre. Cordon enveloppé dans une compresse. Poids : 2790grs, taille : 48cms, PC : 31cms. Habillage du nouveau-né : enfant bien couvert et emmailloté dans une couverture. Femme a beaucoup de vêtements pour le bébé qui est une fille. Enfant né dans l'unité de pré-travail => Poids : 3085grs, taille : 49cms, PC : 33cms. Apgar 10/10. Prescriptions pour l'enfant : - AM libre et à la demande - Données vitales toutes les 06h00 - Collyre - Vitamine K en IM

		- Communiquer les anomalies
	Surveillance maternelle pendant le travail et le PPI	Surveillance du PPI réalisée par l'EA, normale pour la patiente : toutes les 15 minutes pendant 2h00 puis toutes les 06h00 comprenant la prise des constantes maternelles, la surveillance des saignements et des lochies et de la rétraction utérine. 12h22 : transfert dans le service des suites de couches à pied avec enfant dans les bras de la patiente et accompagnés par EA. Le traitement prescrit par l'EO pour la sortie de la salle d'accouchement vers le service des suites de couches est : - Paracétamol toutes les 06h00 mais posologie ? et Spasfon 10mg 1cp PO toutes les 06h00 si spasmes utérins - Alimentation libre - Soutien à l'AM qui est à la demande - Déambulation - Communiquer les anomalies Surveillance du PPI également réalisée par l'EO après la suture périnéale : rétraction utérine normale. Les durées d'hospitalisation en suites de couches sont : - 24h00 pour le risque habituel et la casa do parto normal - 48h00 pour le haut risque - 48h00 pour un Strepto B positif - 48h00 pour une prééclampsie sans critères de gravité - 72h00 pour une prééclampsie avec critères de gravité 13h35 : prise des constantes maternelles par EA. 14h39 : globe utérin fait par EO. Surveillance normale. 14h43 : constantes maternelles prises par EA. Surveillance du PPI réalisée par l'EA, normale pour la patiente. 16h00 : transfert dans le service des suites de couches à pied avec enfant dans les bras de la patiente et accompagnés par EA.
Recommandations de bonnes pratiques Evidence Based Practice	*Mobilisation pendant le travail et position d'accouchement*	L'EO propose des exercices de mobilisation pendant la CU et de verticalisation à la patiente. La patiente s'accroupit spontanément à la CU. Patiente debout sur le lit d'accouchement car se mobilise spontanément. L'EO propose à la patiente d'être sur le banquinho pour l'accouchement mais la femme refuse malgré les encouragements de sa mère et de la doula. Le partenaire de la patiente lui soutient le dos car la patiente est assise sur le lit. L'EO lui demande si cette position assise lui convient et la patiente répond que oui. La doula propose à la patiente la position de Gaskin (4 pattes) mais avec le haut du corps allongé sur le

		dossier du lit relevé permettant de se reposer un peu et d'effectuer en même temps le massage lombaire. Mais la femme finit par se remettre semi-assise dans le lit comme elle le souhaite. Banquinho à DC et début des efforts de poussées avec conjoint dans le dos de la patiente. La patiente se met debout spontanément dans la baignoire. Puis la patiente s'installe spontanément en position gynécologique dans la baignoire pour la naissance imminente de son enfant. Ballon sous la douche. Femme va marcher après le bain pour accélérer le travail car veut accoucher +++. Verticalisation. Des patientes marchent.
	Alimentation et boisson pendant le travail	Femme boit et mange une salade de fruits pendant le travail. Femme boit de l'eau pendant les efforts de poussées. 11h10 : le partenaire revient après l'accouchement avec à manger pour sa conjointe. Femme mange un repas normal. 14h45 : idem que ci-dessus. Femme mange une salade de fruits dans l'après-midi et de la gélatine sous la douche. 18h30 : femme a faim, souhaite manger. Femmes mangent des repas normaux si elles le peuvent et le souhaitent. Pas de restrictions hydriques (jus de fruits etc.). Collations servies.
	Voie veineuse périphérique	Le matériel de pose est minimaliste et se trouve dans une boite que l'EA va chercher quand elle doit poser une voie veineuse périphérique lors de l'accueil d'une patiente en salle d'accouchement. VVP mise en place pour la patiente à son entrée en salle d'accouchement avec un obturateur. Voies veineuses périphériques posées par les EA avant de débuter les provocations ou au début de celles-ci ou avant les transferts en salle d'accouchement.
	Interventions (ocytocine, amniotomie, épisiotomie, Kristeller)	Les modes d'induction et/ou de stimulation du travail sont l'amniotomie, l'administration d'ocytocine IV (5UI dans 500cc de NaCl 0.9%) et l'administration de Misoprostol 25µg par voie vaginale toutes les 4h00. Induction du travail 6h00 post-RSPDE sans mise en travail spontané sous couverture antibiotiques. Débit d'ocytocine débuté à 6mL/H puis doublé à chaque augmentation dans des délais variés. Pas d'augmentation du débit si dynamique utérine jugée suffisante (4CU/10'). Une RAPDE est effectuée sans justification médicale par la seconde EO de l'unité.
	Délivrance dirigée	EA prépare la DD pendant les EE. 10h41 : 10UI d'ocytocine réalisées en IM dans le bras gauche de la patiente par l'EA. 14h20 : 10UI d'ocytocine réalisées en IM dans le bras droit de la patiente. 10UI d'ocytocine réalisées en IM.

Collaboration avec les autres professionnels / intervenants	*Médecins (obstétricien, pédiatre, anesthésiste)*	EO prévient le médecin de garde de l'évolution non physiologique du travail dès le début de la garde après avoir complété le partogramme : CAT conjointe d'effectuer un TV à 09h00. Très bonne collaboration entre l'EO et le médecin. Discussion des cas cliniques des patientes en cas de déclenchement du travail avec le médecin de garde qui prescrit le mode d'induction du travail. Transmissions des cas cliniques également au résident de GO par l'EO. L'EO transmet et signale les anomalies diagnostiquées au médecin qui détermine ensuite les CAT car ce n'est plus du ressort du champ de compétences de l'EO. Un médecin (très peu cordial et très peu courtois) qui n'est pas le médecin de garde passe évaluer la situation de la patiente dont le fœtus présente des ARCF : collaboration tendue entre ce dernier et l'EO. Détermine alors les CAT et les modes de surveillance pour la patiente et son fœtus. Collaboration étroite en cas de situations pathologiques (validation des tracés en cas d'ARCF par exemple).
	Infirmières (obstétricales, assistancielles)	L'EA réalise les soins infirmiers auprès de la patiente (prise des constantes maternelles pendant le travail, surveillance du post-partum immédiat, pose des voies veineuses périphériques, réalisation et administration des antibiotiques, des perfusions, de la DD etc.) mais réalise également les soins de nursing (soins d'hygiène et de confort auprès de la mère et du nouveau-né). Elle prépare également le matériel (table de réanimation) pour l'accueil du nouveau-né et le matériel de suture périnéale pour l'EO. Rôle de l'EA idem que ci-dessus. Les EO se remplacent mutuellement pendant les pauses et les repas des unes et des autres ce qui implique qu'il n'y a pas toujours de continuité du même professionnel auprès de la patiente y compris au moment de la naissance. Cette situation a été observée à plusieurs reprises. Je comprends qu'il y a un conflit entre les EO et les obstetriz mais je ne sais pas pour quelles raisons. Professionnels polyvalents qui vont dans plusieurs secteurs de la maternité. Plusieurs employeurs sur la même semaine pour une même personne. Les EA assurent le transfert des patientes en salle d'accouchement. L'EA réalise les soins infirmiers auprès de la patiente : pose des voies veineuses périphériques, réalisation et administration des antibiotiques et des perfusions (ocytocine). Les EO échangent et partagent leurs avis sur les prises en charge de leurs patientes : échanges de pratiques notamment en cas de diagnostic d'anomalies (ARCF par exemple). Les EO se remplacent mutuellement pendant les repas (30 minutes) ou les absences des unes et des autres et gèrent donc entièrement seule l'unité de pré-travail en l'absence de leur collègue. Ce qui a été

		beaucoup le cas pour l'EO observée dans notre recherche car sa collègue EO s'est beaucoup absentée (pour des raisons peu justifiées) durant la garde laissant ainsi le soin à sa collègue de réaliser son travail à sa place et la plaçant dans une situation non sécuritaire devant la charge de travail qu'elle ne pouvait assurer seule (8 patientes présentes dans les 8 lits de l'unité + 2 en attente dans le couloir). De plus, cette EO a demandé plusieurs fois à l'EO observée de réaliser des actes à sa place (BDC) ou parce qu'elle ne savait pas les effectuer (pose d'un CTG sur une gémellaire par exemple). Mauvaise collaboration et tension entre les deux EO de l'unité de pré-travail : l'une d'entre elles (celle ne faisant pas partie de notre recherche) fait preuve d'attitudes non professionnelles envers les patientes (violence obstétricale) et dangereuses et d'aucune collégialité envers sa collègue. Elle prend notamment des décisions concernant les patientes de sa collègue sans l'en avertir (ingérence) mais l'EO observée pour notre recherche la laisse faire pour ne pas qu'il y ait de conflit. Ces décisions sont, par ailleurs, dangereuses pour la mère et l'enfant. Elle lui emprunte également son matériel de surveillance fœtale (appareil à ultrasons) et ne l'aide pas quand elle fait un accouchement dans l'unité de pré-travail. L'EO observée tente d'aller chercher de l'aide auprès de ses collègues des admissions et de la salle d'accouchement (en me demandant de rester seule dans l'unité en attendant) devant l'absentéisme de sa collègue dans l'unité et la charge de travail mais personne ne peut venir l'aider. Elle finit alors par croiser la coordinatrice de la maternité et l'avertit que la seconde EO est partie se reposer alors que la charge de travail est importante. Elle lui demande de l'aide mais rien ne se passe pendant 35 minutes. Quand de l'aide finit par arriver pour l'EO, c'est aussi à ce moment là que la seconde EO revient de sa pause de plus d'une heure et dit en riant que si l'EO est débordée par l'activité c'est parce qu'elle est une jeune EO ayant peu de pratique. L'EO observée est très triste de ce commentaire. La coordinatrice ayant assisté à tout ceci ne dit rien. Lors de l'arrivée d'une patiente de la casa da gestante dans l'unité de pré-travail, l'EO de la casa da gestante fait les transmissions concernant la patiente mais semble ne pas si bien connaitre que ça le dossier de la patiente qu'elle transfère.
	Accompagnant	Patiente accompagnée de sa mère et de son compagnon. Très soutenants et aidants au moment des EE et de la naissance de l'enfant en encourageant +++ et discutant avec la patiente. Très émus les deux par la naissance de l'enfant. La mère de la patiente filme le père au moment où il coupe le cordon. Patiente accompagnée de son mari. Patiente accompagnée de son amie. Les femmes sont accompagnées de leurs maris, de leurs mères et d'inconnues.

		Accompagnants aidants qui soutiennent les patientes algiques (respiration, massages lombaires). Accompagnants partenaires de soin quand l'EO leur demande de lui signaler que leur femme pousse par exemple. La mère d'une patiente s'énerve auprès de l'EO de voir sa fille autant algique. Se plaint de la PEC. Le compagnon de la patiente est lui aussi agressif pour la même raison.
	Doula	Présente dans la salle d'accouchement en plus de la mère et du compagnon de la patiente. Participe au massage lombaire de la patiente. Essuie le visage de la patiente, rôle de soutien. Propose à la patiente des positions durant le travail et l'accouchement. Présente dans la salle d'accouchement en plus du compagnon de la patiente. Donne le N2O. 17h05 : doula entre dans la salle d'accouchement. Elle assure la pudeur et le confort de la patiente. Elle représente une présence et un soutien pour la patiente. Rôle d'aide.
Modèle de soins	*Technocratique* *Humaniste* *Holistique*	Humaniste. Humaniste. Humaniste. Technocratique avec violence obstétricale de la part de la 2ème EO non observée pour notre recherche.
Autre	*Hygiène*	TV réalisé avec des gants en vinyle non stériles par le médecin. L'EO met ses gants vinyles pour l'accouchement vraiment qu'au dernier moment. Met également une charlotte pour l'accouchement. Idem pour R2. Le système d'aspiration néonatal passe de salle en salle d'accouchement. Naissance sur banquinho mais sans bac de récupération dessous (sang et matière fécale par terre). L'EO met des gants stériles pour la délivrance et la révision de la filière génitale. Idem pour R2. Placenta jeté dans un sac poubelle spécial. Idem. L'EO met des gants stériles et un masque pour la suture périnéale. Utilisation d'une passoire dans la baignoire. Quasiment tous les professionnels ont du vernis à ongles. TV réalisés avec des gants stériles et avec du savon dessus. Le CTG passe de patiente en patiente sans être nettoyé entre les patientes. Idem pour les appareils à ultrasons pour les auscultations intermittentes des BDC.
	Excuses	L'EO, triste et malheureuse, s'excuse au bord des larmes auprès de moi à la fin de la garde concernant le déroulement de cette journée. La prise en charge des patientes n'a pas été de qualité mais elle a fait tout ce qu'elle a pu en gérant quasiment seule cette unité durant toute la journée, avec une activité importante et des cas pathologiques. Pleure face à la violence obstétricale dont a fait preuve sa collègue.

ANNEXE 24 : exemple d'analyse longitudinale d'une séquence d'observation de l'activité de formation (C3 et C4)

Caractéristiques de l'observation	Précisions diverses
Date : 18/02/2017 Lieu et contexte de l'observation : observation d'une évaluation intermédiaire du *CEEO II* par les étudiantes dans la salle de cours 411 de l'école en soins infirmiers de l'UFMG. Durée totale de l'observation : 4 heures	14 étudiantes sont présentes mais toutes les étudiantes n'ont pas assisté à tout le cours. Cette évaluation est réalisée 4 mois après le début de la formation qui en compte 12 au total. L'une des coordinatrices est également infirmière obstétricale à l'HSF et à l'HC.

Catégories	Items	Analyse
Ingénierie pédagogique	*Théorie (méthodes, EBP)*	
	Pratique (méthodes, achat du matériel)	
	Relation pédagogique *Dynamique du groupe*	Les étudiantes arrivent petit à petit après l'heure du début du cours. Toutes les étudiantes n'assisteront pas à cette évaluation de la formation. 9 étudiantes présentes sur 19 au début du cours. L'une des coordinatrices explique le contenu de la matinée en guise d'introduction. Une étudiante demande la confirmation que cette évaluation n'est qu'à destination de la coordination de la formation (notamment en ce qui concerne l'évaluation orale et écrite des précepteurs), la réponse est oui. L'une des coordinatrices prend ses notes sur un ordinateur portable. L'autre sur du papier. Elles répondent parfois aux remarques des étudiantes. Elles ont fini, à la fin du cours, par apporter des éléments de réponse et de compréhension aux étudiantes sur ce qui a été dit oralement. Ce sont souvent les mêmes étudiantes qui s'expriment et prennent la parole (6 sur 14 étudiantes).

		Les étudiantes prennent la parole sans difficultés. Discussion très ouverte et calme au début de l'évaluation. Bonne ambiance. Quand il y a des désaccords entre les étudiantes, le ton monte. Une étudiante se coupe les ongles pendant le cours mais globalement l'attention est bonne. Peu d'apartés entre étudiantes. Une étudiante est particulièrement capable de faire preuve d'analyse dans les propos qu'elle rapporte. Elle possède une distance analytique par rapport aux éléments que les autres n'ont pas.
	Cas cliniques	
	Logistique (mobilier, disposition du mobilier, équipements et matériel)	Un café d'accueil a été préparé par deux des coordinatrices du *CEEO* comme moment de convivialité : café, coca, jus de fruits, gâteaux et pains de fromage. De la musique a été mise en fond sonore dans la salle de cours. Elle a été arrêtée au moment du début du cours. Chaises disposées en rond.
Ingénierie de formation	*Conception des formations (dispositifs, alternance, administratif)*	L'une des coordinatrices insiste sur le fait que l'HSF est l'un des seuls hôpitaux dans lequel les professionnels sont formés au préceptorat et que les professionnels des hôpitaux universitaires qui reçoivent de l'argent sur leur salaire pour faire de l'enseignement ne présentent pas de différence en termes de comportements par rapport aux précepteurs de l'HSF.
	Evaluation des formations (théorie, pratique, précepteurs)	Cette évaluation intermédiaire de la formation par les étudiantes a été préparée la veille par les deux coordinatrices présentes ce jour et un autre professeur de l'UFMG. Elle a pour objectif de permettre aux organisateurs de la formation d'adapter, d'orienter et d'ajuster le contenu de la formation au plus près des besoins des étudiantes. L'outil d'évaluation écrit (présenté dans les annexes de notre travail) est expliqué par le professeur de l'UFMG ayant participé à la préparation de cette évaluation la veille. Cet outil d'évaluation a été élaboré en partenariat avec les étudiants lors de leurs cours de méthodologie de recherche et balaie aussi bien l'évaluation des cours théoriques que les apprentissages pratiques avec les précepteurs (un modèle similaire est utilisé pour l'évaluation des précepteurs de la *Residência* de l'HSF). Les deux coordinatrices sont là pour aider les étudiantes à remplir le document d'évaluation et répondre à leurs questions. Elles leur expliquent que cette évaluation est ouverte et importante d'autant plus qu'elles savent que cette formation est exigeante et difficile pour elles. Une évaluation orale est également réalisée et en voici les résultats ci-dessous.

		<u>Evaluation des cours théoriques</u> : - Jusqu'ici 4 disciplines ont été dispensées. Elles ne s'articulent pas nécessairement bien entre elles mais elles sont jugées indispensables par les étudiantes. - Les cours sont parfois trop rapides et les étudiantes n'ont pas le temps de prendre des notes. De ce fait, elles souhaiteraient pouvoir avoir le contenu des cours pour pouvoir les étudier après. - D'autres aimeraient avoir une liste d'articles à lire avant les cours afin de les préparer et de mieux les structurer. - Concernant le projet de formation-intervention et les cours de méthodologie, une étudiante indique qu'elle aimerait que ces cours soient mieux structurés et que les différents intervenants ne se contredisent pas entre eux. Elle estime que les professeurs ont beaucoup parlé mais n'ont pas beaucoup structuré leurs cours. <u>Evaluation des apprentissages pratiques</u> (les étudiantes n'ont été en stage qu'à l'HSF pour le moment) : - Les étudiantes estiment qu'il serait bénéfique pour elles que les précepteurs apportent des éléments théoriques quand elles ne comprennent pas ce qu'il se passe en pratique pour ne pas rester seules à uniquement observer. En effet, le précepteur laisse parfois l'étudiante seule dans son coin sans l'encadrer. - Une étudiante explique que c'était difficile d'aller en stage sans avoir eu beaucoup de théorie avant. Aurait aimé avoir plus de théorie avant ou pouvoir lire des protocoles avant d'aller en stage. A malgré tout apprécié son stage mais le manque de théorie lui a fait défaut. - Les étudiantes indiquent que les précepteurs sont plus ou moins enclins à les tutorer. Certains restent auprès de la patiente avec l'étudiant et donc forment l'étudiant (même si le médecin doit intervenir dans la situation) tandis que d'autres laissent l'étudiant seul avec la patiente. Dans le dernier cas, elles se posent la question de l'apprentissage et n'aiment vraiment pas cette situation d'autant plus que l'HSF est censé être la référence de l'accouchement normal au Brésil. Elles préfèreraient alors suivre l'ensemble de l'activité du précepteur dont l'activité peut se partager entre plusieurs patientes mais, en tant qu'étudiantes, elles ne peuvent assurer la prise en charge que d'une seule patiente à la fois. Même si cela peut être adapté en fonction du cas de la patiente, du nombre d'étudiants et de l'activité générale de la garde. - Une étudiante raconte, émue, qu'on lui a demandé seule d'évaluer l'activité cardiaque du fœtus et la dynamique utérine maternelle mais sans qu'on lui apprenne à reconnaitre et identifier les ARCF. Et le fœtus présentait des décélérations qu'elles ne savaient pas identifier. Elle a ainsi eu le sentiment de mal faire son travail et ce fut une expérience très difficile pour elle. - Certaines étudiantes n'hésitent pas à donner des noms de précepteurs qu'elles estiment « bons » ou « mauvais ». Cette évaluation revient aussi à juger les valeurs professionnelles du précepteur

		(exemple : qu'il aille ou non dormir la nuit en fonction de l'activité). Il est arrivé à une étudiante que le précepteur s'en aille dormir sans la prévenir ce qui fait qu'elle ne savait pas si elle pouvait aussi aller dormir. Manque de communication. - Les étudiantes se posent la question de l'apprentissage du toucher vaginal et du consentement de la patiente pour être examinée deux fois. De plus, faut-il confronter les résultats du toucher devant la patiente ? - Une étudiante précise que les remarques formulées sont en rapport avec le service et non la personne qui ne fait que s'adapter au fonctionnement de l'institution dans laquelle elle exerce. - Les étudiantes comprennent parfaitement que leur formation passe au second plan quand l'activité est trop dense. - Les étudiantes apprécient quand le précepteur demande aux étudiantes ce qu'elles savent déjà et explique et demande pourquoi il fait cela afin de donner accès à l'étudiant à sa pratique. Elles apprécient également observer la relation entre l'infirmière obstétricale et la patiente pour apprendre mais elles ressentent aussi le besoin de pratiquer ce qu'elles observent. <u>Stratégies de remédiation ou apports des coordinatrices de la formation</u> : - Une étudiante explique, que suite à un problème avec un précepteur, elle en a discuté avec et qu'après les choses allaient mieux entre elles et que leur relation a été meilleure par la suite. Cette attitude de maturité est encouragée par les coordinatrices de la formation. - La relation pédagogique dépend de l'étudiant et du précepteur. Certains précepteurs sont de très bons cliniciens mais ne savent pas communiquer leur pratique aux étudiantes. - Parfois les vécus des étudiants sont très différents alors qu'il s'agit du même précepteur. - Les étudiantes ne peuvent pas être laissées seules pour effectuer la surveillance des BCF et de la dynamique utérine si elles ne savent pas le faire. Cela nécessite donc d'aller en discuter avec le précepteur et de partager avec lui la réalité de leurs acquis et besoins. Elles doivent communiquer leurs attentes et objectifs d'apprentissage au précepteur afin de ne pas passer 12h00 à se dire qu'elles veulent partir. Il est important de communiquer sur ce que l'on sait faire et sur ce que l'on ne sait pas faire. - En ce qui concerne les différences de valeurs dans les normes biologiques des cours théoriques, l'une des coordinatrices explique que ces normes peuvent varier en fonction des institutions de soins et qu'il faut s'adapter. - Les coordinatrices vont œuvrer pour que les étudiantes puissent avoir les supports des cours théoriques.

		<u>Points positifs identifiés</u> (au moment où l'une des coordinatrices effectue cette synthèse, les étudiantes se moquent d'elle en lui indiquant qu'elle a fait comme l'un des professeurs des cours de méthodologie c'est-à-dire beaucoup écrire sur son ordinateur) : - Le préceptorat direct - Les apports théoriques pendant le préceptorat Les coordinatrices n'ont pas été surprises par les propos des étudiantes. Elles s'attendaient à cela à 90%. Maintenant que cette confirmation est faite, elles vont pouvoir agir auprès de leurs collègues préceptrices. Pour les cours théoriques, un interlocuteur unique parmi les étudiantes est désigné pour continuer à faire remonter auprès de la coordination du cours leurs difficultés.
	Socialisation professionnelle (messages professionnels, parcours et partage d'expériences et de savoirs, compétences ICM, collaboration pluriprofessionnelle)	L'une des coordinatrices rappelle la réalité de l'activité des infirmières obstétricales à l'HSF qui est intense et le stress auquel elles doivent faire face mais précise que cela ne justifie pas un comportement inadéquat de la part des précepteurs. Elle précise également que les précepteurs de l'HSF doivent s'adapter au modèle de la formation selon les modalités du *CEEO* alors que le modèle de formation auquel ils sont le plus habitués est celui de la *Residência*. La coordinatrice générale du *CEEO II*, qui a fait son apparition durant le cours, rappelle que l'un des objectifs de la formation est de créer du « leadership » dans leurs futures institutions (cela nécessite de l'énergie et de la motivation). Que cela nécessite aussi de communiquer et négocier en permanence en s'appuyant sur des documents de soutien qui justifient la pratique des infirmières obstétricales et leurs compétences afin de favoriser leur insertion dans le champ de la périnatalité. Elle explique aux étudiantes qu'elle va leur envoyer le référentiel des compétences de la sage-femme de l'ICM afin qu'elles puissent être en mesure de définir l'identité de la sage-femme. Processus de construction de la professionnalité : compétences et valeurs. Elle leur indique également qu'elles doivent évaluer ces compétences durant et après le *CEEO*. Ce document va également être envoyé aux deux coordinatrices de la formation. Discours politique et féministe. Elle indique aussi que les évaluations des étudiantes doivent aider l'HSF à progresser tout en insistant sur la particularité de cet établissement qui représente un modèle contre-hégémonique en adoptant une prise en charge centrée sur la patiente. Elle indique enfin qu'il n'y a pas de formation idéale. Le travail en équipe multiprofessionnelle est prôné par les coordinatrices de la formation surtout en ce qui concerne les prises en charge de patientes à haut risque. Il faut travailler le changement de posture pour assurer le changement du modèle de soins en lien avec l'accouchement au Brésil mais ceci ne peut se faire seul, cela doit se faire en équipe pluridisciplinaire.

		Une étudiante demande si la coordination du cours peut intervenir auprès de leurs institutions respectives pour qu'elles puissent y exercer en tant qu'infirmière obstétricale pendant leur formation et quand elles retournent y travailler entre les cours théoriques et pratiques. Demande de soutien. La coordination répond qu'elles peuvent faire une lettre mentionnant l'importance de la pratique en tant qu'infirmière obstétricale et mentionnant également leurs compétences. A la fin du cours, jeu de cohésion de groupe. Des ballons (contenant chacun un mot) ont été gonflés et lancés en l'air. L'objectif du jeu est de ne laisser tomber au sol aucun ballon. Tout ceci en musique. Si quelqu'un laisse tomber un ballon par terre alors il est éliminé. Puis quand tous les ballons sont tombés, chaque personne en prend un et le perce afin de lire le mot qui a été glissé à l'intérieur. La personne doit alors s'exprimer sur ce à quoi ce mot lui fait penser ou sur ce qu'il signifie pour elle. L'une des coordinatrices prend des notes sur ce que disent les étudiantes. Notre mot était « *trabalho* » (travail).
Ingénierie politique	*Politiques de santé publique soutenant les formations*	
	Promotion des formations	
Activité de recherche	*Communication à des congrès internationaux*	
	Formation-intervention (CEEO)	
	Recherche-intervention	
Autre	*…*	

ANNEXE 25 : analyse transversale des séquences d'observations de l'activité de formation

Catégories	Items	PROF1	PROF2	P2	Professeurs	Coordinateurs	C3 et C4
Ingénierie pédagogique	*Théorie (méthodes, EBP)*	Cours magistral avec support power-point de 25 diapositives. Diapositives très peu chargées. Beaucoup d'explications à l'oral. Si les diapositives passent trop vite, les étudiantes demandent à revenir dessus. Cours basé sur les recommandations internationales (preuves scientifiques) de prise en charge de la grossesse.	Cours magistral avec support power-point de 59 diapositives. Support de cours testé par le professeur au début du cours. Le support de cours n'est pas laissé aux étudiantes (ni en version papier, ni en version numérique). Diapositives plus chargées que lors de l'observation n°1. Le professeur lit les diapositives et va un peu plus	Cours magistral avec support power-point de 78 diapositives. Diapositives plus ou moins chargées. Il y a 15 jours, l'une des coordinatrices du cours ne savait pas encore qui dispenserait ce cours. Le professeur a été invitée pour donner ce cours. Le professeur lit les diapositives et va vite. Plusieurs étudiantes prennent en photos les diapositives car support de cours non laissé aux étudiantes. Parfois les étudiantes			

		Des points spécifiques liés au contexte brésilien sont abordés dans le cours comme : la prescription en préventif dès 20SG de fer per os, la réalisation systématique d'une électrophorèse de l'hémoglobine, la prise en charge des cas de Dengue, de Zika etc. Insiste sur le rôle du carnet de suivi prénatal et sur la qualité de son remplissage. Illustre beaucoup des points	loin en expliquant certains points de la diapositive. Le cours débute par des définitions de termes comme « autonomie », « empowerment », « sensibilisation, accueil et humanisation de la prise en charge ». Les sources scientifiques de ces définitions sont données. Cours basé sur les preuves scientifiques en présentant les études scientifiques à l'origine des recommandations du cours. Références	demandent d'attendre et d'aller moins vite. D'autres finissent par ne plus suivre le cours, parler et se montrer entre elles du matériel de suture créant un brouhaha. A plusieurs reprises, une étudiante du groupe fait « chut ». Cours basé sur les preuves scientifiques en présentant les études scientifiques à l'origine des recommandations du cours. Références bibliographiques présentes avec le nom de l'auteur et la date de réalisation de l'étude. <u>Thèmes abordés</u> : préparation périnéale (massage			

		théoriques abordés par une anecdote professionnelle. <u>Thèmes abordés</u> : diagnostic de la grossesse, suivi en termes de nombre de consultations au cours de la grossesse, calcul de l'âge gestationnel, déroulement de la première consultation de grossesse (explique les questions à poser lors de l'interrogatoire mais pas de présentation précise de cet interrogatoire), vaccination de la femme enceinte (Influenza, Hépatite B	bibliographiques présentes. <u>Thèmes abordés</u> : positions d'accouchement favorisant l'aide de la gravité, la sensation de poussée et la rapidité d'expulsion (Banquinho qui réduit aussi les ARCF par diminution de la compression des gros vaisseaux, augmente également l'ouverture du détroit inférieur et la verticalisation du fœtus et réduit enfin les déchirures périnéales), mobilisation pendant le	périnéal prepartum), technique de protection du périnée pendant les efforts expulsifs, technique de poussées (spontanées par la femme en douceur, sans violence et en toute autonomie), exercices de contraction périnéale, anatomie périnéale, classification des déchirures périnéales selon le RCOG et responsabilités des différents intervenants dans leurs réfections, facteurs de risques de déchirures périnéales, épisiotomie, positions d'accouchement, techniques d'anesthésies pour			

		etc.), examens sanguins à réaliser au cours des 1er, 2nd et 3ème trimestres de la grossesse, conseils hygiéno-diététiques et entretien avec le partenaire de la femme pendant la grossesse. A la fin du cours, la thématique du cours du lendemain est présentée (ce sera un autre professeur).	travail (aide de l'accompagnant, ballon qui aide à la mobilisation du bassin mais aussi à la descente fœtale), prise en charge de la douleur (par massages lombaires, utilisation d'eau chaude), plan/projet de naissance, accouchement dans l'eau (présentation des études scientifiques qui en font un sujet controversé) et antibioprophylaxie per-partum contre le strepto B. Les questions des étudiantes portent sur la physiologie de	la réfection périnéale, matériel chirurgical utilisé pour la réfection périnéale comprenant aussi les différents types de fils et d'aiguilles de suture, conseils d'utilisation et de manipulation de ce matériel qui est stérile, techniques chirurgicales de suture périnéale selon l'ACOG 2007 (continue et/ou discontinue), soins périnéaux après une suture périnéale et explications maternelles sur la procédure. Parfois le professeur pose des questions aux étudiantes pour les faire participer au cours. Passage de plusieurs vidéos			

			l'accouchement et du nouveau-né. En effet, une étudiante m'indique en aparté qu'elle trouve que les cours théoriques sont trop pratiques. Pour elle, il lui manque du contenu théorique expliquant la physiologie des choses. Elle trouve que les professeurs, qui sont des professionnels, font parfois trop part et basent trop leurs interventions sur leurs expériences professionnelles.	(en anglais ou portugais) sur du matériel de simulation expliquant les techniques de suture périnéale, les erreurs les plus fréquentes dans la manipulation du matériel et la technique de réalisation des nœuds manuels. Une étudiante dit ne rien voir sur l'une des vidéos.			
	Pratique (méthodes,				5 professeurs pour 18		

	achat du matériel)				étudiantes. Les deux professeurs du cours théorique du matin sont aussi présents pour la partie pratique. Les 18 étudiantes sont divisées en 5 groupes mais inégaux en nombre : 2 – 3 – 4 – 4 – 5 personnes. Il y a un professeur par groupe. A la fin du cours, un professeur finit par être auprès de deux groupes car l'un des professeurs assure le nettoyage de la pièce au fur et à mesure du cours. Ce professeur finira par demander aux étudiantes de		

					rendre le matériel emprunté et partira avant la fin du cours. Chaque étudiante a environ versé 10 reais pour l'achat du matériel de suture servant au cours. Et en plus de ceci, certaines étudiantes ont ramené du matériel (fils de suture notamment) de leurs institutions de travail. Les explications portent sur la façon de manipuler et tenir le matériel chirurgical et de suturer. Parfois les		

					professeurs accompagnent le geste des étudiantes, parfois elles font de la démonstration. Elimination des aiguilles dans les conteneurs à aiguilles. Apprentissage du surjet avec fil de suture sur le côté des berges. Apprentissage du surjet simple. Apprentissage des points séparés. Apprentissage des différents plans de suture avec apprentissage de la vérification de la profondeur de la suture du plan		

					musculaire afin de s'assurer qu'un thrombus ne pourra s'y former. Apprentissage de l'économie de matériel (surtout en ce qui concerne les fils). Un professeur apprend particulièrement à son groupe la réalisation du surjet intradermique en rentrant la boucle terminale pour l'esthétique. Un autre professeur apprend également à son groupe à faire les points à l'intérieur et un surjet continu à		

					l'intérieur (intradermique). Mais ces deux professeurs n'adoptent pas tout à fait la même technique de suture. Finalement, un autre professeur demandera à ce dernier professeur de lui apprendre la technique du surjet intradermique (il n'y a alors plus beaucoup d'étudiantes dans la pièce). Les autres professeurs les regardent à ce moment-là. Le professeur utilisant une autre technique de suture ne relève pas que leurs		

					techniques sont différentes. Dextérité plus ou moins développée en fonction des étudiantes. Une étudiante prend des photos avec son téléphone mais a ses gants aux mains, sales. Les étudiantes prennent des photos et se filment aussi. Il fait chaud dans la pièce, le ventilateur est allumé et fait parfois voler les cheveux des étudiantes qui ne sont pas toujours attachés.		
	Relation pédagogique	Modèle d'un cours	Les étudiantes arrivent petit à	Les étudiantes arrivent petit à	L'une des coordinatrices	Prises de notes manuscrites pour les	Les étudiantes arrivent petit à petit

	Dynamique du groupe	magistral avec professeur se tenant debout en face des étudiantes assis. Les étudiantes peuvent interrompre le professeur à n'importe quel moment. Il y a beaucoup d'interactions entre le professeur et les étudiantes, entre les étudiantes elles-mêmes. Les étudiantes posent des questions pour expliquer des situations cliniques qu'elles ont rencontrées. Elles font ainsi le lien entre la pratique et la théorie. Elles s'écoutent parler	petit après l'heure du début du cours. Les étudiantes ont créé un groupe WhatsApp pour leur promotion incluant l'une des coordinatrices de la formation. Les étudiantes posent beaucoup de questions comme lors de l'observation n°1. Mais il y a parfois beaucoup de brouhaha et le professeur demande aux étudiantes de moins parler entre elles pour que tout le monde puisse	petit après l'heure du début du cours. 11 étudiantes au début du cours et 18 à la fin. Les étudiantes mangent pendant le cours. L'une des coordinatrices de la formation embrasse certaines étudiantes. Elle interrompt le cours un peu plus tard pendant 5 minutes pour apporter les feuilles d'émargement et présenter le professeur aux étudiantes. Elle fait de plus passer une feuille aux étudiantes sur laquelle elles inscrivent une somme d'argent qu'elles donnent pour l'achat du matériel de suture qui servira à leur cours pratique	du cours prend des photos de la séance pratique en plus d'assurer une partie de l'accompagnement des étudiantes durant ce cours pratique. Relation pédagogique individuelle. Un professeur passera davantage de temps auprès d'une seule étudiante qui présente des difficultés plus importantes que les autres. Ses points s'améliorent au fur et à mesure de la pratique. Beaucoup de conseils et d'explications de la part de	participantes sauf une qui prend directement ses notes sur son ordinateur portable. Bons échanges entre tous les membres de la réunion.	après l'heure du début du cours. Toutes les étudiantes n'assisteront pas à cette évaluation de la formation. 9 étudiantes présentes sur 19 au début du cours. L'une des coordinatrices explique le contenu de la matinée en guise d'introduction. Une étudiante demande la confirmation que cette évaluation n'est qu'à destination de la coordination de la formation (notamment en ce qui concerne l'évaluation orale et écrite des précepteurs), la réponse est oui. L'une des coordinatrices prend ses notes sur un ordinateur

		mutuellement. Groupe très participatif. Elles peuvent également sortir de la salle de cours pour aller aux toilettes pendant le cours ou encore aller chercher de l'eau ou encore répondre à leurs appels téléphoniques (y compris le professeur). La porte de la salle de cours reste donc ouverte en permanence. Elles peuvent également manger pendant le cours et se maquiller malgré le fait	s'entendre. A plusieurs reprises il est difficile d'entendre la voix du professeur car les étudiantes parlent beaucoup entre elles. Pour autant, il y a aussi beaucoup d'interactions avec le professeur mais elle doit hausser la voix. Les étudiantes chargent leurs téléphones portables pendant le cours, se maquillent ou mangent. Font également des recherches professionnelles en lien avec le cours sur	l'après-midi même. Le professeur indique aux étudiantes qu'elles peuvent l'interrompre si elles ont des questions ou besoin de précisions. Les étudiantes posent quelques questions en début de cours puis beaucoup plus à partir de la moitié du cours. Les étudiantes vont et viennent en dehors de la salle de cours. Tout comme un autre professeur qui participera au cours pratique sur la réfection périnéale de l'après-midi et qui répond aussi aux questions que les étudiantes posent, conjointement avec le professeur	tous les professeurs. Beaucoup d'échanges et d'interactions entre tout le monde.		portable. L'autre sur du papier. Elles répondent parfois aux remarques des étudiantes. Elles ont fini, à la fin du cours, par apporter des éléments de réponse et de compréhension aux étudiantes sur ce qui a été dit oralement. Ce sont souvent les mêmes étudiantes qui s'expriment et prennent la parole (6 sur 14 étudiantes). Les étudiantes prennent la parole sans difficultés. Discussion très ouverte et calme au début de l'évaluation. Bonne ambiance. Quand il y a des désaccords entre les étudiantes, le ton monte. Une étudiante se coupe les ongles

		qu'il y ait des pauses. Plusieurs étudiantes sont arrivées en retard. Le cours peut être également interrompu par des personnes de la faculté (professeurs, coordinateurs) qui entrent dans la salle de cours pour distribuer un document aux étudiantes qui n'a rien à voir avec la thématique du cours en question. Le cours s'arrête pendant ce temps. Beaucoup de mouvements des étudiantes dans la salle de cours qui se	leurs téléphones ou s'occupent d'éléments personnels sur leurs téléphones. Une étudiante quitte le cours spontanément avant sa fin. Pour les autres étudiantes, elles commencent à ranger leurs affaires avant la fin du cours.	qui dispense le cours. Interventions spontanées du second professeur pendant le cours de sa collègue. Le cours finit par être dispensé à deux professeurs mais sans tension ni gêne entre les deux, puisque parfois elles se posent aussi des questions entre elles. Ce second professeur intervient dans les cours de la *Residência* de l'HSF. Le professeur principal sort de la salle de cours et répond à son téléphone pendant 5 minutes pour revenir avec l'une des coordinatrices du cours pour indiquer le prix à payer (environ 10 reais par personne) pour le matériel de			pendant le cours mais globalement l'attention est bonne. Peu d'apartés entre étudiantes. Une étudiante est particulièrement capable de faire preuve d'analyse dans les propos qu'elle rapporte. Elle possède une distance analytique par rapport aux éléments que les autres n'ont pas.

		déplacent pour aller charger leur téléphone. Les étudiantes passent beaucoup de temps sur leurs téléphones et les réseaux sociaux. Parfois vont plutôt aller chercher sur internet des informations sur le cours qu'elles vont ensuite partager avec le reste du groupe, y compris le professeur. Apprentissage mutuel, entraide, convivialité. A la fin du cours, quand une étudiante range ses affaires et commence à		suture. Font la collecte d'argent pendant la pause. Pendant le temps où le professeur était sorti, les étudiantes sont revenues sur des dispositives du cours pour terminer leur prise de notes, d'autres se sont maquillées, ont parlé, se sont montrées des photos ou ont tapoté sur leurs téléphones. Le cours reprend sans que toutes les étudiantes ne soient revenues de la pause.			

		manger un gâteau, le professeur la regarde et l'étudiante ressort ses affaires. Elle finira, malgré tout, par quitter le cours avant la fin de celui-ci.					
	Cas cliniques	Des exercices de calcul de terme sont effectués pendant le cours. Des applications sur Smartphone sont recommandées par le professeur. Présentation de cas cliniques d'interprétation de résultats sérologiques en fonction des taux d'IgG et d'IgM.	Présente un modèle de plan/projet de naissance.				

		Réalisation de cas cliniques qui sont dictés aux étudiantes (pas de support papier car le professeur n'a pas eu le temps de finaliser certains cas cliniques. Improvise un peu pour certains). Le professeur pose des questions sur ces cas et les étudiantes y répondent. Le professeur reprend et complète les réponses des étudiantes et fait évoluer le cas clinique. Le professeur demande des éléments de l'interrogatoire, des examens					

		à prescrire, des éléments de conduite à tenir et de prise en charge etc. Pas de traces écrites, cas cliniques traités uniquement oralement. Bonne participation des étudiantes qui sont impliquées. Les cas cliniques permettent un approfondissement des notions théoriques vues sur la matinée : réalisation de l'examen clinique lors d'une consultation de suivi de grossesse, posologies du traitement par					

		fer per os etc. Mise en pratique du cours autour d'échanges et de questions pratiques. Certains étudiants trouvent que 4 cas cliniques c'est trop long.					
	Logistique (mobilier, disposition du mobilier, équipements et matériel)	Grande salle de cours qui résonne avec des ventilateurs allumés qui font du bruit. C'est parfois difficile de tout entendre. Salle de cours classique avec chaises individuelles équipées de tablettes pour écrire. Chaises en rangées horizontales et verticales comme ceci :	Même salle de cours que pour l'observation n°1. Les étudiantes réorganisent la salle de cours pour se rapprocher le plus possible du professeur. Finissent par être éparpillées un peu partout dans la salle. Ventilateur en bruit de fond. Finalement, une étudiante l'arrêtera	Même salle de cours que pour les observations n°1 et n°2. Les étudiantes reprennent quasiment les mêmes places. Même disposition des tables dans la salle.	Les étudiantes ont ramené une planche à découper car elles travaillent sur des langues de bœuf. Il y a une langue de bœuf par étudiante pour s'exercer à la suture périnéale. Plusieurs incisions et sutures sur la même langue de bœuf. Une incision plus profonde de la langue de	Tables individuelles installées en rond. <u>Convivialité</u> : eau, café et gâteaux durant la réunion.	Un café d'accueil a été préparé par deux des coordinatrices du *CEEO* comme moment de convivialité : café, coca, jus de fruits, gâteaux et pains de fromage. De la musique a été mise en fond sonore dans la salle de cours. Elle a été arrêtée au moment du début du cours. Chaises disposées en rond.

		X X X X X X X X X X X X 3 étudiantes ont, malgré cette disposition, spontanément pris leur chaise pour se rapprocher du 1er rang et se mettant contre le mur en demi-cercle. Ordinateur avec rétroprojecteur et tableau blanc.	spontanément pour mieux entendre le cours.		bœuf permet de simuler un plan musculaire, en plus du plan cutané. Les étudiantes et les professeurs ont ramené le haut d'une tenue de travail. Les tables sont protégées par des plastiques. Les étudiantes peuvent s'asseoir au cours du cours si elles le souhaitent. Ont commencé debout puis se sont assises pour certaines au fur et à mesure du cours. Le matériel à disposition des		

					étudiantes et professeurs est : des gants, des fils de suture, un ciseau, un porte-aiguille et une pince anatomique. Le fil de suture viendra à manquer en fin de cours et les fils trouvés en fin de cours sont peu propices à la suture sur plusieurs plans car trop fins. Les étudiantes participent au rangement et au nettoyage de la salle et du matériel à la fin du cours.		
Ingénierie de formation	*Conception des formations (dispositifs, alternance, administratif)*	Les étudiantes reviennent d'une période de stage à l'HSF. Elles possèdent des feuilles de	Feuilles d'émargement par ½ journée de formation théorique.	Pour venir faire cours, les professeurs aussi praticiens, échangent leurs gardes pour	Une heure de cours théorique est payée 120 reais pour le professeur. En comparaison,	Cette réunion (débutée avec 30 minutes de retard) regroupe les tuteurs de l'UFMG dans le cadre du *CEEO II*. Elle regroupe également des étudiantes boursières qui avaient	L'une des coordinatrices insiste sur le fait que l'HSF est l'un des seuls hôpitaux dans lequel les professionnels sont

		suivi de leurs activités cliniques (suivis de travail, accouchements etc.) pour pouvoir répondre à l'exigence minimale de formation clinique. Les cours théoriques sont organisés les vendredis de 08h00 à 18h00 et les samedis de 08h00 à 12h00, tous les 15 jours. Entre temps, elles sont soit en stage, soit dans leurs institutions de travail où elles exercent dans leurs services de soins.		pouvoir se libérer pour le cours.	une garde de 12h00 à l'HSF est rémunérée 700 reais. Ce cours ayant été donné collectivement par plusieurs professeurs, ils seront un peu moins payés que les 120 reais par heure de cours.	préparé l'ordre du jour et les documents nécessaires à la réunion. Elles enregistrent également la réunion et prennent des notes. Elles sont un support administratif et organisationnel pour la coordinatrice générale du *CEEO II*. <u>Ordre du jour de la réunion</u> : - Rapports de la coordination du *CEEO II* - Rapports des tuteurs - Discussion à propos du document en annexe « Instruments d'évaluation – Références de l'évaluation » du *CEEO*, en cours de validation - Elaboration de la cartographie des IFES qui présentent le plus de difficultés avec l'incorporation de la méthodologie	formés au préceptorat et que les professionnels des hôpitaux universitaires qui reçoivent de l'argent sur leur salaire pour faire de l'enseignement ne présentent pas de différence en termes de comportements par rapport aux précepteurs de l'HSF.

		Chaque institution essaie d'envoyer deux professionnelles en formation en même temps mais ce n'est pas toujours possible.				du cours proposée afin de discuter de stratégies de soutien à ces IFES : cet élément est l'un des accords de la réunion de Salvador. Suggestions : rencontres online (skype) et/ou en présentiel entre les tuteurs de l'UFMG et les coordinateurs/professeurs. - Présentation de la liste des questions en suspens en lien avec les documents demandés aux IFES (planifications de l'enseignement et calendrier des disciplines) : lister les coordinateurs qui n'ont pas encore envoyé ces documents ou dont les documents nécessitent des ajustements.	

						- Cours de l'Aprimoramento pour les infirmières obstétricales : présentation des dates des cours et des critères pour la réalisation des cours. Détermination des places par IFES et services respectifs. Date limite pour les candidatures et l'envoi des documents. - Projet « Qualification de la prise en charge obstétricale et néonatale dans les Hôpitaux Universitaires » - Projet de recherche sur le *CEEO* à annexer à la Plataforma Brasil - Programmation du prochain atelier pour l'évaluation du développement du *CEEO*	

						- Détermination des dates et horaires pour les réunions ordinaires du *CEEO* Réunion introduite par la coordinatrice générale du *CEEO II* qui indique que c'est la première réunion de l'année et qu'il s'agit de penser la forme pédagogique du *CEEO II*. Elle pleure en remerciant certaines participantes d'être présentes. La réunion sera également clôturée par la coordinatrice générale du *CEEO II*. La coordinatrice générale du *CEEO II* explique la lettre de présentation et d'information aux infirmières obstétricales pour intégrer le programme de formation de l'Aprimoramento. Tout le monde n'a pas la même version du document. Discussion sur cette lettre et approbation de celle-ci après amélioration du texte. Discussion	

						également de l'organisation pratique du recrutement et de la sélection des participantes et des institutions pour cette formation. Répartition des tâches entre les participantes de la réunion. Tout l'ordre du jour de la réunion ne peut être traité, de ce fait, la coordinatrice générale du *CEEO II* demande aux participantes de la réunion si elles souhaitent particulièrement aborder un point précis. Une participante aborde un point concernant une évaluation qu'elle a réalisé d'un établissement de santé. En effet, elle a rencontré des difficultés dans le remplissage de l'outil d'évaluation de cette maternité. Le groupe tente de répondre aux questions de leur collègue. Il s'agit d'une expérimentation et l'outil va être évalué et amélioré.	
	Evaluation des formations (théorie,					Détermination de 3 dates de réunion pour l'évaluation du	Cette évaluation intermédiaire de la formation par les

	pratique, précepteurs)					développement du *CEEO* en mai 2017.	étudiantes a été préparée la veille par les deux coordinatrices présentes ce jour et un autre professeur de l'UFMG. Elle a pour objectif de permettre aux organisateurs de la formation d'adapter, d'orienter et d'ajuster le contenu de la formation au plus près des besoins des étudiantes. L'outil d'évaluation écrit (présenté dans les annexes de notre travail) est expliqué par le professeur de l'UFMG ayant participé à la préparation de cette évaluation la veille. Cet outil d'évaluation a été élaboré en partenariat avec les étudiants lors de leurs cours de méthodologie de

							recherche et balaie aussi bien l'évaluation des cours théoriques que les apprentissages pratiques avec les précepteurs (un modèle similaire est utilisé pour l'évaluation des précepteurs de la *Residência* de l'HSF). Les deux coordinatrices sont là pour aider les étudiantes à remplir le document d'évaluation et répondre à leurs questions. Elles leur expliquent que cette évaluation est ouverte et importante d'autant plus qu'elles savent que cette formation est exigeante et difficile pour elles. Une évaluation orale est également réalisée et en voici les résultats ci-dessous.

							<u>Evaluation des cours théoriques</u> : - Jusqu'ici 4 disciplines ont été dispensées. Elles ne s'articulent pas nécessairement bien entre elles mais elles sont jugées indispensables par les étudiantes. - Les cours sont parfois trop rapides et les étudiantes n'ont pas le temps de prendre des notes. De ce fait, elles souhaiteraient pouvoir avoir le contenu des cours pour pouvoir les

							étudier après. - D'autres aimeraient avoir une liste d'articles à lire avant les cours afin de les préparer et de mieux les structurer. - Concernant le projet de formation-intervention et les cours de méthodologie, une étudiante indique qu'elle aimerait que ces cours soient mieux structurés et que les différents intervenants ne se contredisent

							pas entre eux. Elle estime que les professeurs ont beaucoup parlé mais n'ont pas beaucoup structuré leurs cours. <u>Evaluation des apprentissages pratiques</u> (les étudiantes n'ont été en stage qu'à l'HSF pour le moment) : - Les étudiantes estiment qu'il serait bénéfique pour elles que les précepteurs apportent des éléments théoriques quand elles ne comprennent pas ce

							qu'il se passe en pratique pour ne pas rester seules à uniquement observer. En effet, le précepteur laisse parfois l'étudiante seule dans son coin sans l'encadrer. - Une étudiante explique que c'était difficile d'aller en stage sans avoir eu beaucoup de théorie avant. Aurait aimé avoir plus de théorie avant ou pouvoir lire des protocoles

							avant d'aller en stage. A malgré tout apprécié son stage mais le manque de théorie lui a fait défaut. - Les étudiantes indiquent que les précepteurs sont plus ou moins enclins à les tutorer. Certains restent auprès de la patiente avec l'étudiant et donc forment l'étudiant (même si le médecin doit intervenir dans la situation) tandis que

							d'autres laissent l'étudiant seul avec la patiente. Dans le dernier cas, elles se posent la question de l'apprentissage et n'aiment vraiment pas cette situation d'autant plus que l'HSF est censé être la référence de l'accouchement normal au Brésil. Elles préfèreraient alors suivre l'ensemble de l'activité du précepteur dont l'activité

							peut se partager entre plusieurs patientes mais, en tant qu'étudiantes, elles ne peuvent assurer la prise en charge que d'une seule patiente à la fois. Même si cela peut être adapté en fonction du cas de la patiente, du nombre d'étudiants et de l'activité générale de la garde. - Une étudiante raconte, émue, qu'on lui a demandé seule d'évaluer

							l'activité cardiaque du fœtus et la dynamique utérine maternelle mais sans qu'on lui apprenne à reconnaitre et identifier les ARCF. Et le fœtus présentait des décélérations qu'elles ne savaient pas identifier. Elle a ainsi eu le sentiment de mal faire son travail et ce fut une expérience très difficile pour elle. - Certaines étudiantes n'hésitent pas à

							donner des noms de précepteurs qu'elles estiment « bons » ou « mauvais » . Cette évaluation revient aussi à juger les valeurs professionnelles du précepteur (exemple : qu'il aille ou non dormir la nuit en fonction de l'activité). Il est arrivé à une étudiante que le précepteur s'en aille dormir sans la prévenir ce qui fait qu'elle ne savait pas si elle pouvait

							aussi aller dormir. Manque de communication. - Les étudiantes se posent la question de l'apprentissage du toucher vaginal et du consentement de la patiente pour être examinée deux fois. De plus, faut-il confronter les résultats du toucher devant la patiente ? - Une étudiante précise que les remarques formulées sont en rapport

							avec le service et non la personne qui ne fait que s'adapter au fonctionnement de l'institution dans laquelle elle exerce. - Les étudiantes comprennent parfaitement que leur formation passe au second plan quand l'activité est trop dense. - Les étudiantes apprécient quand le précepteur demande aux étudiantes ce qu'elles

							savent déjà et explique et demande pourquoi il fait cela afin de donner accès à l'étudiant à sa pratique. Elles apprécient également observer la relation entre l'infirmière obstétricale et la patiente pour apprendre mais elles ressentent aussi le besoin de pratiquer ce qu'elles observent. <u>Stratégies de remédiation ou apports des coordinatrices de la formation</u> :

							- Une étudiante explique, que suite à un problème avec un précepteur, elle en a discuté avec et qu'après les choses allaient mieux entre elles et que leur relation a été meilleure par la suite. Cette attitude de maturité est encouragée par les coordinatrices de la formation. - La relation pédagogique dépend de l'étudiant et du précepteur. Certains

							précepteurs sont de très bons cliniciens mais ne savent pas communiquer leur pratique aux étudiantes. - Parfois les vécus des étudiants sont très différents alors qu'il s'agit du même précepteur. - Les étudiantes ne peuvent pas être laissées seules pour effectuer la surveillance des BCF et de la dynamique utérine si elles ne savent pas le faire.

							Cela nécessite donc d'aller en discuter avec le précepteur et de partager avec lui la réalité de leurs acquis et besoins. Elles doivent communiquer leurs attentes et objectifs d'apprentissage au précepteur afin de ne pas passer 12h00 à se dire qu'elles veulent partir. Il est important de communiquer sur ce que l'on sait faire et sur ce que

							l'on ne sait pas faire. - En ce qui concerne les différences de valeurs dans les normes biologiques des cours théoriques, l'une des coordinatrices explique que ces normes peuvent varier en fonction des institutions de soins et qu'il faut s'adapter. - Les coordinatrices vont œuvrer pour que les étudiantes puissent avoir les supports

							des cours théoriques. <u>Points positifs identifiés</u> (au moment où l'une des coordinatrices effectue cette synthèse, les étudiantes se moquent d'elle en lui indiquant qu'elle a fait comme l'un des professeurs des cours de méthodologie c'est-à-dire beaucoup écrire sur son ordinateur) : - Le préceptorat direct - Les apports théoriques pendant le préceptorat Les coordinatrices n'ont pas été surprises par les propos des étudiantes. Elles s'attendaient à cela à 90%. Maintenant que cette

							confirmation est faite, elles vont pouvoir agir auprès de leurs collègues préceptrices. Pour les cours théoriques, un interlocuteur unique parmi les étudiantes est désigné pour continuer à faire remonter auprès de la coordination du cours leurs difficultés.
	Socialisation professionnelle (messages professionnels, parcours et partage d'expériences et de savoirs, compétences ICM, collaboration pluriprofessionnelle)	Le professeur présente son parcours professionnel au début du cours en précisant pourquoi elle a choisi de se spécialiser en soins infirmiers obstétricaux. Elle insiste sur le fait que ce sont elles qui vont changer le modèle d'assistance aux femmes.	La diapositive de titre du support power-point comporte une citation de Michel Odent (obstétricien français) : « pour changer le monde, il est d'abord nécessaire de changer la façon de naître ». Les étudiantes et le professeur	Le professeur se présente rapidement au début du cours. Les deux professeurs font part de leurs expériences professionnelles (anecdotes) y compris au cours de leur spécialisation en soins infirmiers obstétricaux. Expliquent l'importance de documenter et décrire les choses	<u>Messages passés</u> : manipulation de l'aiguille avec les pinces et pas avec les mains pour éviter le risque de piqûre, bien sécuriser son aiguille, effectuer des points symétriques et faire des va et vient avec le fil pour bien serrer les nœuds.		L'une des coordinatrices rappelle la réalité de l'activité des infirmières obstétricales à l'HSF qui est intense et le stress auquel elles doivent faire face mais précise que cela ne justifie pas un comportement inadéquat de la part des précepteurs. Elle précise également que les précepteurs de l'HSF doivent s'adapter au modèle

		Puis un tour de table est effectué au cours duquel chaque étudiante se présente c'est-à-dire : d'où il vient, où il travaille et pourquoi il a choisi de se spécialiser en soins infirmiers obstétricaux. Le plus souvent, c'est en lien avec une anecdote de prise en charge en maternité qui les ont marquées. Le professeur explique, que lors de sa spécialisation en soins infirmiers obstétricaux, elle a commencé par	discutent beaucoup car elles se connaissent (pour certaines) de l'HSF où les étudiantes viennent d'y faire un stage. Le professeur a accompagné des étudiantes au cours de ce stage car elle est précepteur. Elles discutent de cas de patientes prises en charge. Le professeur fait aussi part de beaucoup de ses propres expériences professionnelles. Le professeur se présente au début du cours pour les étudiantes qui ne la connaissent	factuellement dans les dossiers des patientes en cas de collaboration difficile avec les médecins. Mais cette collaboration repose la plupart du temps sur de la confiance. Expliquent que pour la réalisation de certains gestes (comme le bloc pudendal par exemple), même s'ils font partie de leur champ de compétences, n'ayant pas l'habitude de les pratiquer, elles préfèreront faire appel aux médecins pour les réaliser. <u>Questions débats au cours du cours</u> : « autonomie de l'infirmière obstétricale dans la réfection périnéale ? » et « collaboration			de la formation selon les modalités du *CEEO* alors que le modèle de formation auquel ils sont le plus habitués est celui de la *Residência*. La coordinatrice générale du *CEEO II*, qui a fait son apparition durant le cours, rappelle que l'un des objectifs de la formation est de créer du « leadership » dans leurs futures institutions (cela nécessite de l'énergie et de la motivation). Que cela nécessite aussi de communiquer et négocier en permanence en s'appuyant sur des documents de soutien qui justifient la pratique des infirmières obstétricales et leurs compétences afin de favoriser leur

		de la pratique sans apports théoriques et que cela était difficile. Mais qu'il faut persévérer car cette formation est avant tout une formation pratique tout comme le métier et que les femmes acceptent ce compromis. L'autonomie des infirmières obstétricales comme agents de transformation est mise en avant. Les valeurs professionnelles sont également mises en avant à travers le cours théorique.	pas et demande en retour aux étudiantes qu'elle ne connait pas de se présenter. Le professeur explique qu'il est important d'assurer la promotion du changement de modèle de l'accouchement en discutant et communiquant le plus possible sur le sujet. Elle fait part de ses expériences professionnelles (anecdotes) pour montrer l'importance des accompagnants dans la prise en charge et la satisfaction des patientes. Echange et	multiprofessionnelle avec les médecins pour la réalisation de certains gestes ? ». Les étudiantes font part de leurs expériences professionnelles en stage ou dans leurs institutions de travail, notamment quand le sujet de l'épisiotomie a été abordé car il a suscité de nombreux échanges dans la salle de cours. Une remarque en stage a été faite sur une « épisiotomie d'infirmière obstétricale » sous-entendu que l'épisiotomie réalisée par l'infirmière obstétricale est une petite épisiotomie par rapport à celle qu'un médecin			insertion dans le champ de la périnatalité. Elle explique aux étudiantes qu'elle va leur envoyer le référentiel des compétences de la sage-femme de l'ICM afin qu'elles puissent être en mesure de définir l'identité de la sage-femme. Processus de construction de la professionnalité : compétences et valeurs. Elle leur indique également qu'elles doivent évaluer ces compétences durant et après le *CEEO*. Ce document va également être envoyé aux deux coordinatrices de la formation. Discours politique et féministe. Elle indique aussi que les évaluations des étudiantes doivent aider l'HSF à progresser tout en

		Le professeur montre une photo d'un accouchement dans l'eau, de deux infirmières obstétricales avec un bébé, d'une infirmière obstétricale qui accompagne une femme en travail sur un banquinho et accompagnée de son partenaire : ces photos servent à insister sur la responsabilité qui incombe aux infirmières obstétricales. Explique la prise en charge multi professionnelle en cas de	partage d'expériences entre le professeur et les étudiantes. <u>Questions débats au cours du cours</u> : « comment jouer un rôle en tant qu'infirmière obstétricale quand on exerce dans un établissement accueillant des patientes à haut risque ? » et « comment travailler et collaborer avec les médecins qui ne reconnaissent pas le rôle et le bénéfice de l'infirmière obstétricale dans la prise en charge de la patiente ? ».	pourrait réaliser. Beaucoup d'échanges également autour du changement de pratique à promouvoir sur l'arrêt de la réalisation d'épisiotomies en routine en s'appuyant sur les preuves scientifiques. Ceci faisant aussi partie de la politique d'humanisation de l'accouchement. Ce qui peut être réalisé par l'infirmière obstétricale concernant la thématique du cours est présenté selon la résolution COFEN n°516/2016 qui fixe les actes pouvant être effectués par les infirmières obstétricales : réalisation de l'épisiotomie,			insistant sur la particularité de cet établissement qui représente un modèle contre-hégémonique en adoptant une prise en charge centrée sur la patiente. Elle indique enfin qu'il n'y a pas de formation idéale. Le travail en équipe multiprofessionnelle est prôné par les coordinatrices de la formation surtout en ce qui concerne les prises en charge de patientes à haut risque. Il faut travailler le changement de posture pour assurer le changement du modèle de soins en lien avec l'accouchement au Brésil mais ceci ne peut se faire seul, cela doit se faire en équipe pluridisciplinaire.

		prise en charge de complications pendant la grossesse. Donne des références pour la visualisation de vidéos portant sur les violences obstétricales et d'autres thématiques.	Les étudiantes semblent préoccupées par le moyen de se faire reconnaitre comme infirmières obstétricales à leur retour dans leurs institutions respectives de travail et de pouvoir pratiquer ce qui leur est enseigné durant cette formation (accouchement dans l'eau par exemple, respect de la présence d'un accompagnant etc.).	suture des déchirures du premier et second degrés, bloc pudendal et anesthésie locale.			Une étudiante demande si la coordination du cours peut intervenir auprès de leurs institutions respectives pour qu'elles puissent y exercer en tant qu'infirmière obstétricale pendant leur formation et quand elles retournent y travailler entre les cours théoriques et pratiques. Demande de soutien. La coordination répond qu'elles peuvent faire une lettre mentionnant l'importance de la pratique en tant qu'infirmière obstétricale et mentionnant également leurs compétences. A la fin du cours, jeu de cohésion de groupe. Des ballons (contenant chacun un mot) ont été

							gonflés et lancés en l'air. L'objectif du jeu est de ne laisser tomber au sol aucun ballon. Tout ceci en musique. Si quelqu'un laisse tomber un ballon par terre alors il est éliminé. Puis quand tous les ballons sont tombés, chaque personne en prend un et le perce afin de lire le mot qui a été glissé à l'intérieur. La personne doit alors s'exprimer sur ce à quoi ce mot lui fait penser ou sur ce qu'il signifie pour elle. L'une des coordinatrices prend des notes sur ce que disent les étudiantes. Notre mot était « *trabalho* » (travail).
Ingénierie politique	*Politiques de santé publique soutenant les formations*					Financeurs du *CEEO II* : Ministère de la Santé via le Réseau Cigogne.	

	Promotion des formations					Dans des congrès internationaux.	
Activité de recherche	*Communication à des congrès internationaux*					Présentation par la coordinatrice générale du *CEEO II* de la manifestation du COBEON (Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstetrica e Neonatal) 2017 se déroulant du 01er au 04 novembre 2017 à Campo Grande dans l'Etat du Mato Grosso do Sul. Elle insiste sur le fait qu'il est important que les gens puissent se libérer pour assister à ce congrès. La 1ère partie du congrès est consacrée à la thématique suivante : « l'infirmière obstétricale fait la différence ». Ce thème a été inspiré d'un congrès de sages-femmes au Royaume-Uni mais il va être adapté au contexte brésilien et aux spécificités brésiliennes. La 2ème partie du congrès est en cours d'élaboration. Un précongrès sera organisé et consacré à une réunion d'évaluation du *CEEO II* et de l'Aprimoramento. Les échanges portent sur la	

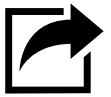
						présence ou non de représentants des étudiants pour cette réunion portant sur les évaluations de ces formations. Présentation par la coordinatrice générale du *CEEO II* du congrès international des sages-femmes. 7000 dollars leur sont proposés pour aller y parler du *CEEO II* et plus particulièrement de l'accompagnement de l'intégration des compétences de l'ICM dans la formation du *CEEO*. Elles communiqueront sous la forme d'un poster par région du Brésil et pour tout le Brésil. La coordinatrice générale du *CEEO II* demande aux participantes de la réunion de choisir les régions. Elles en rediscuteront lors de la prochaine réunion. Concernant les modalités d'évaluation de l'intégration de ces compétences, elles s'appuieront sur un questionnaire d'évaluation	

						(présenté dans notre opuscule dans l'Aprimoramento). Une participante propose que la récolte des données en lien avec ce questionnaire se fasse progressivement et demande à ce qu'il soit également réalisé une évaluation des disciplines qui ont fortement contribué au développement de ces compétences au cours de la formation. Ce questionnaire permet la réalisation de photos successives au cours de la formation car il est rempli à différents temps de celle-ci (avant, pendant à plusieurs reprises et à la fin). Cette étude permet d'émettre des recommandations et préconisations au sujet de ce qui permet le mieux le développement de ces compétences. Des participantes demandent comment faire pour remplir ce questionnaire avant la formation quand les étudiantes ne sont pas encore allées dans les	

						secteurs leur permettant de développer ces compétences. Une autre des participantes répond que ce n'est pas grave car elles sont déjà infirmières donc qu'elles peuvent quand même répondre au questionnaire. Finalement tout le monde accepte ce projet de recherche pour le congrès international. En plus de ceci, la coordinatrice générale du *CEEO II* souhaite réaliser un film présentant 5 entretiens avec des personnes impliquées dans cette formation permettant de l'expliquer. Elle demande à l'une des boursières de contacter un technicien pour ceci.	
	Formation-intervention (CEEO)					La coordinatrice générale du *CEEO II* explique que la finalité du *CEEO* est l'intégration de professionnels dans le champ professionnel. L'une des participantes explique le projet du *CEEO II* conçu comme une formation-intervention contribuant au changement	

						de la prise en charge de l'accouchement et de la naissance donc du modèle de soins mais aussi des pratiques de formation dans les hôpitaux d'enseignement, dans les hôpitaux universitaires et dans les terrains de stage. Cela comprend également un volet « gestion » des soins. Objectifs : modifier la pratique professionnelle mais aussi les pratiques de formation. Méthodologie : groupe de recherche pour mener la recherche-intervention et groupes de personnes pour accompagner les institutions (équipes de médiation et de soutien). La coordinatrice générale du *CEEO II* demande à l'une de ses boursières d'établir une liste des hôpitaux pouvant participer à cette recherche-intervention pour les démarcher et faire du lien avec les institutions visitées dans le cadre du *CEEO II*.	

	Recherche-intervention					Projet de recherche en lien avec la formation-intervention présentée ci-dessus.	
Autre	…						



ANNEXE 26 : exemple de transcription d'un entretien (P2)

Caractéristiques de l'entretien	Données personnelles Statut professionnel
Date et heure : 04/01/2017 à 07h36 Lieu : dans l'auditoire de l'HSF Durée totale de l'entretien : 15 minutes et 47 secondes	Age : 27 ans Sexe : Féminin Formation académique : Graduação em Enfermagem et *Residência* em Enfermagem Obstétrica Nombre d'années d'exercice comme EO : 2 ans Nombre d'années d'exercice dans l'institution : 2 ans

JULIE : I., eu gostaria que você me falasse da sua prática profissional quotidiana como enfermeira obstétrica aqui no Brasil.

P2 : Mas como assim?

JULIE : O que você faz no quotidiano?

P2 : Aqui no Sofia, a gente consegue dar uma assistência na Enfermagem Obstétrica bem geral. A gente não atende somente trabalho de parto. Mas a gente atende também gestantes, puérperas o que é muito interessante e bom para a gente. A gente fica com essas diversas fases e não só com trabalho de parto. Então aqui a minha atuação: eu tenho plantão em diversos setores, eu dou um plantão na maternidade e os outros plantões são em outros setores. Eu dou plantão na casa das gestantes, a gente acompanha as gestações, as gestações de alto risco. Lá, as gestantes variam todos os dias. A gente discute com os médicos os casos que são necessários. Eu fico também na Enfermaria de casos clínicos, para gestantes e puérperas de alto risco. A gente dá plantão uma vez por semana na sala de parto. Eu dou porque é importante por coisa das práticas de assistência ao parto. A gente atua na admissão internando, no pré-parto de baixo risco, mas acaba que a gente acompanha também o trabalho de parto de alto risco com uma participação do médico também. E co-participativo, o que estiver necessidade, nós vamos discutindo no trabalho de parto e no parto. Dou plantão no Alojamento Conjunto onde a gente avalia a puérpera, o RN também. A gente faz avaliação de RN.

JULIE : Continue sobre experiências desafiadoras para a sua prática assistencial com enfermeira obstétrica no seu quotidiano. Poderia detalhar uma delas?

P2 : Desafiadora! Experiências boas?

JULIE : Sim.

P2 : Do quotidiano! Hum! Deixa pensar! Parto domiciliar. E algo muito desafiador, é uma experiência muito positiva, eu tenho ido em alguns,eu ainda não faço parte da equipe. Eu ainda me sinto um pouco insegura para acompanhar parto domiciliar. Eu estou entrando, é uma experiência muito boa, é uma forma de assistir parto diferente da maternidade porque você... A forma de reagir do corpo é totalmente diferente quando você assiste um parto na sala de parto, a paciência que você tem que ter. As mulheres são mais preparadas para aquilo. De uma certa forma, é um desafio para mim como profissional porque a gente tem que ter uma postura diferente. A gente tem que ser mais paciente. Então, acho que é isso!

JULIE : Agora quais são os desafios que você enfrenta em relação a sua prática quotidiana?

P2 : Eu acho que o maior desafio aqui, no meu trabalho, seria o trabalho em equipe mesmo. Por mais que aqui seja presente em relação as outras instituições, ainda tem dificuldades. Então, conquistar isso é um desafio, tanto o

relacionamento com outros profissionais de saúde, com médicos, com pediatras. E ainda difícil aqui. Por mais que a gente seja avançado, tem muitas dificuldades em relação a isso. Acho que ainda é a demanda aqui, de conseguir dar conta, de ficar um pouco estressada por conta disso.

JULIE : Você acha que o modelo assistencial do serviço onde atua influencia a sua prática profissional?

P2 : Com certeza. E um modelo que favorece, que eu consiga fazer aquilo que eu acredito. Existem muitas outras instituições. Já trabalhei em outras instituições onde, por mais que você quisesse atuar de tal forma, eu não conseguiria atuar daquela forma que eu desejava. Aqui incentiva muito, aceita muito que a gente atue de uma forma mais humanizada e aceita muito a nossa opinião. Eu consigo discutir com outra pessoa normalmente, naturalmente um caso. Eu consigo falar as minhas opiniões, o que é importante. Existem instituições onde você não consegue falar nada. Ser Enfermeira Obstétrica simplesmente para fazer serviço administrativo. Aqui a gente consegue atuar.

JULIE : Agora, eu gostaria que você me falasse sobre a profissão das enfermeiras obstétricas aqui no Brasil. Por exemplo, porque você escolheu essa profissão?

P2 : (Risos) Eu caí aqui de [...]. Eu tive uma dificuldade, eu gostava de muitas áreas mesmo, eu não sabia direito o que eu queria. Numa tinha trabalhado numa maternidade. E aí eu formei e comecei a fazer uma especialização em controle das infecções hospitalares. Eu gostava muito e aí surgiu a oportunidade da *Residência* de Enfermagem Obstétrica. Sempre tive vontade de fazer *Residência*. Durante a graduação fiquei bem emprenhada em projetos relacionados com saúde de mulher, infantil, a saúde materno-infantil. Eu pensei, bom eu vou fazer, mas sinceramente não sabia tudo que uma Enfermeira Obstetra fazia quando resolvi fazer. E quando comecei a estudar para fazer a prova da *Residência*, eu pensei: Nossa! Eu gosto muito disso! Eu tinha muita vontade de ler e estudar. Eu estou gostando desse negócio. E quando comecei fazer a *Residência*, eu vi que era realmente algo do qual eu gostava muito, que senti muito prazer. Assim, uma *Residência* é muito cansativo. Trabalhar como Enfermeira Obstetra é muito puxado. A demanda do serviço é muito grande. Mas é algo que me dava muito prazer. Eu saía de casa para trabalhar às 5 horas da manhã e chegava em casa às 9 horas da noite. E eu falava: não! Vale a pena porque eu faço algo do qual eu gosto muito. Me sinto muito satisfeita e muito feliz. E é uma área de enfermagem que, por mais que tenha intercorrências, é um momento que é muito mais de alegria. E é muito bom fazer parte desse momento tão especial.

JULIE : O que você pensa sobre o reconhecimento social da enfermeira obstétrica?

P2 : E pouco reconhecida. Tem que ser melhorado. E a gente vê isso até mesmo com a gestante e a nossa relação durante o trabalho de parto. Muitas vezes, elas chamam a gente de doutora. A gente não é doutora. Durante as reuniões de puérperas onde vamos conversar sobre os relatos de partos, elas falam: a médica que estava comigo, a médica que fez o meu parto. Por mais que você fala mil vezes a elas que você não é médica, e que você é enfermeira obstétrica, elas são muito ligadas ao médico. Eu acredito que aos poucos vamos mudar esse modelo, esse pensamento das pessoas porque tem ainda muitas que dizem: que bacana, uma enfermeira obstétrica está me acompanhando e contam para as outras que é uma enfermeira, que assistiu o parto. Mas ainda tem uma resistência da população que quer que seja um médico, que assista o parto. De achar que é uma assistência ruim porque não é um médico que está assistindo o parto. [...] as mulheres porque o médico não vai assistir o parto, sempre que você é enfermeira obstétrica, que é capacitada, que você ficou lá o tempo todo. Então ainda falta reconhecimento.

JULIE : Qual é a perspectiva em relação à Enfermagem Obstétrica?

P2 : No geral ou minha?

JULIE : A duas!

P2 : As duas. Eu espero e pelo jeito está aumentando no mercado, está aumentando o número de enfermeiros obstetras. Realmente eu espero que tenha uma presença maior, uma assistência maior prestada pelas enfermeiras obstetras. Mas eu espero que sejam formados bons profissionais também porque não adianta formar um tanto de enfermeiros obstetras que não conseguem dar uma boa assistência. E isso eu tenho um pouco de receio. Eu vejo que tem muitas especialização. E às vezes, são formações que vão formar enfermeiros obstetras que vão conseguir atuar de uma maneira positiva. Isso pode meio que queimar os outros. Então, eu espero que se formem sim, muitos enfermeiros obstetras, que a atuação seja maior no Brasil, mas que sejam bons enfermeiros, que sejam pessoas que

realmente desejem aquilo, que tenham vontade de exercer, porque não é uma profissão fácil. A gente tem uns desafios e não estamos tão reconhecidas ainda. A gente tem que conquistar o reconhecimento. Mas a gente tem que ter uma boa formação.

JULIE : Você conhece as competências essenciais do exercício da obstetrícia propostas pela International Confederation of Midwives? E como essas competências se aplicam na sua prática profissional?

P2 : Se eu conheço?

JULIE : Sim.

P2 : Eu não sei isso não quais são essas competências

JULIE : Como você atualiza os seus conhecimentos para uma prática segura e culturalmente sensível às necessidades e demandas das mulheres?

P2 : Eu procuro sempre fazer isso, me atualizar. Participo de Congresso, de trabalhos.

JULIE : Agora, eu gostaria que você me falasse sobre as políticas públicas na área de atendimento da Obstetrícia em Enfermagem aqui no Brasil.

P2 : Falar o que acho das políticas?

JULIE : Sim!

P2 : Eu acho que evoluiu muito. Existem boas políticas que contribuem para a nossa situação. Políticas que fornecem as boas práticas no nascimento, mas as políticas têm que serem colocadas em práticas. Eu acho que falta um pouco disso.

JULIE : E como você considera que essas políticas impactam na sua prática?

P2 : A minha formação já faz parte de uma política. Eu fiz *Residência* por conta de uma política pública para incentivar a formação de enfermeiras obstetras. Então, se eu sou enfermeira obstétrica foi por conta desse incentivo. A Rede Cegonha que deseja que tivesse mais enfermeiras obstétricas atuando significa um investimento mesmo que eles fizeram. Mas as políticas, elas influenciam a minha prática, é isso?

JULIE : Como essas políticas impactam na sua prática?

P2 : Eu acho que essas políticas, principalmente em relação à humanização, ao direito de acompanhante para a gestante, são essas que o hospital já seguia. Mas o hospital, ele é um pouco um modelo para essas políticas de saúde. Mas elas firmam muito o que a gente faz. Elas seguram que a nossa prática deve ser tomada.

JULIE : Gostaria acrescentar algo ou dizer algo que não foi abordado e que você considera relevante?

P2 : E só isso? Não, não!

JULIE : Muito Obrigada então!

ANNEXE 27 : exemple d'analyse longitudinale d'un entretien de professionnel (P2)

Catégories	Items	Analyse	Propos
Métier d'EO au quotidien (niveau MICRO)	*Modèle de soins*	Estime important de travailler au moins une garde par semaine en salle d'accouchement pour la pratique de prise en charge de l'accouchement. Pense que le modèle de soins en vigueur dans son institution influence sa pratique. Est contente de pourvoir travailler avec ce modèle de soins plus humanisé dans lequel elle croit, ce qui n'est pas le cas dans toutes les institutions de soins. Pour avoir travaillé dans d'autres institutions de soins, elle sait que malgré les volontés professionnelles personnelles, mettre en œuvre ce modèle de soins n'est pas toujours possible. Ici, elle peut exercer selon le modèle de soins humanisé.	"*A gente dá plantão uma vez por semana na sala de parto. Eu dou porque é importante por coisa das práticas de assistência ao parto*". "*Com certeza. E um modelo que favorece, que eu consiga fazer aquilo que eu acredito. Existem muitas outras instituições. Já trabalhei em outras instituições onde, por mais que você quisesse atuar de tal forma, eu não conseguiria atuar daquela forma que eu desejava. Aqui incentiva muito, aceita muito que a gente atue de uma forma mais humanizada...*" "*Aqui a gente consegue atuar*".
	Activité (expériences positives, défis)	Pratique diversifiée qu'elle trouve intéressante et enrichissante : exerce en salle d'accouchement, dans l'unité des grossesses à haut risque, en suites de couches auprès des mères et des nouveau-nés (évaluation clinique du nouveau-né), aux admissions, dans le suivi prénatal des grossesses à bas risque.	"*Aqui no Sofia, a gente consegue dar uma assistência na Enfermagem Obstétrica bem geral. A gente não atende somente trabalho de parto. Mas a gente atende também gestantes, puérperas o que é muito interessante e bom para a gente. A gente fica com essas diversas fases e não só com trabalho de parto. Então aqui a minha atuação: eu tenho plantão em diversos setores, eu dou um plantão na maternidade e os outros plantões são em outros setores. Eu dou plantão na casa das gestantes, a gente acompanha as gestações, as gestações de alto risco*". "*Eu fico também na Enfermaria de casos clínicos, para gestantes e puérperas de alto risco*". "*A gente atua na admissão internando, no pré-parto de baixo risco...*" "*Dou plantão no Alojamento Conjunto onde a gente avalia a puérpera, o RN também. A gente faz avaliação de RN*".

		Aimerait intégrer un jour l'équipe des accouchements à domicile mais se sent encore insécure avec ceci pour le moment. Trouve cette alternative de prise en charge intéressante et très positive pour en avoir vu quelques-uns. Le corps maternel réagit différemment en salle d'accouchement. La patience dont doit faire preuve le professionnel est également différente (plus de patience), ce qui implique pour le professionnel de travailler sur sa posture professionnelle. Les patientes sont mieux préparées à l'accouchement quand elles font le choix d'accoucher à domicile.	"*Do quotidiano! Hum! Deixa pensar! Parto domiciliar. E algo muito desafiador, é uma experiência muito positiva, eu tenho ido em alguns,eu ainda não faço parte da equipe. Eu ainda me sinto um pouco insegura para acompanhar parto domiciliar. Eu estou entrando, é uma experiência muito boa, é uma forma de assistir parto diferente da maternidade porque você... A forma de reagir do corpo é totalmente diferente quando você assiste um parto na sala de parto, a paciência que você tem que ter. As mulheres são mais preparadas para aquilo. De uma certa forma, é um desafio para mim como profissional porque a gente tem que ter uma postura diferente. A gente tem que ser mais paciente. Então, acho que é isso!*"
	Collaboration avec les autres professionnels	Discussions avec les médecins sur les cas cliniques des patientes quand ceux-ci le nécessitent : aussi bien dans l'unité des grossesses à haut risque qu'en salle d'accouchement. Estime cette coparticipation nécessaire pour le suivi du travail et pour l'accouchement. Le travail en équipe est un défi de son activité. Même s'il est davantage présent dans son institution comparativement à d'autres, il y a encore des difficultés. Conquérir une bonne entente avec les autres professionnels est un défi (pédiatres, obstétriciens, médecins). Cela la stresse dans sa pratique.	"*Lá, as gestantes variam todos os dias. A gente discute com os médicos os casos que são necessários*". "*...mas acaba que a gente acompanha também o trabalho de parto de alto risco com uma participação do médico também*". "*E co-participativo, o que estiver necessidade, nós vamos discutindo no trabalho de parto e no parto*". "*Eu acho que o maior desafio aqui, no meu trabalho, seria o trabalho em equipe mesmo. Por mais que aqui seja presente em relação as outras instituições, ainda tem dificuldades. Então, conquistar isso é um desafio, tanto o relacionamento com outros profissionais de saúde, com médicos, com pediatras. E ainda difícil aqui. Por mais que a gente seja avançado, tem muitas dificuldades em relação a isso. Acho que ainda é a demanda aqui, de conseguir dar conta, de ficar um pouco estressada por conta disso*".
	Accompagnement des étudiants		

Professionnalisation (niveau MESO)	*Identité et culture professionnelles*	Estime que cette activité professionnelle est exigeante et difficile car peut être associée à des complications mais qu'elle procure malgré tout de forts moments de joie. C'est plaisant pour elle de faire partie de ce moment si spécial qu'est une naissance.	"*Trabalhar como Enfermeira Obstetra é muito puxado. A demanda do serviço é muito grande. Mas é algo que me dava muito prazer*". "*Me sinto muito satisfeita e muito feliz. E é uma área de enfermagem que, por mais que tenha intercorrências, é um momento que é muito mais de alegria. E é muito bom fazer parte desse momento tão especial*".
	Autonomie professionnelle	Opinions des infirmières obstétricales acceptées. Peut exprimer ses opinions avec d'autres professionnels et trouve cela important. Ce n'est pas le cas partout dans toutes les institutions où dans certaines, les infirmières obstétricales ne peuvent rien dire et réalisent simplement des tâches administratives.	"*...e aceita muito a nossa opinião. Eu consigo discutir com outra pessoa normalmente, naturalmente um caso. Eu consigo falar as minhas opiniões, o que é importante. Existem instituições onde você não consegue falar nada. Ser Enfermeira Obstétrica simplesmente para fazer serviço administrativo*".
	Evolutions / Perspectives pour le métier	La reconnaissance sociale doit être améliorée, c'est un défi pour le groupe professionnel. Elle risque, cependant, de s'améliorer car de plus en plus de femmes savent maintenant qu'elles ont été accompagnées pendant leur travail et leur accouchement par une infirmière obstétricale et le disent de plus en plus autour d'elles. Espère voir le nombre d'infirmières obstétricales augmenter au Brésil. Espère aussi que ce seront des professionnels formés avec qualité pour soutenir le changement du modèle de soins.	"*E pouco reconhecida. Tem que ser melhorado*". "*Eu acredito que aos poucos vamos mudar esse modelo, esse pensamento das pessoas porque tem ainda muitas que dizem: que bacana, uma enfermeira obstétrica está me acompanhando e contam para as outras que é uma enfermeira, que assistiu o parto*". "*A gente tem uns desafios e não estamos tão reconhecidas ainda. A gente tem que conquistar o reconhecimento*". "*Eu espero e pelo jeito está aumentando no mercado, está aumentando o número de enfermeiros obstetras. Realmente eu espero que tenha uma presença maior, uma assistência maior prestada pelas enfermeiras obstetras. Mas eu espero que sejam formados bons profissionais também porque não adianta formar um tanto de enfermeiros obstetras que não conseguem dar uma boa assistência*". "*Mas a gente tem que ter uma boa formação*".
	Reconnaissance sociale (stratégies de communication)	Faible reconnaissance sociale, il y encore un manque de reconnaissance (par les femmes notamment). Les femmes pensent que les infirmières obstétricales sont des médecins même	"*E pouco reconhecida*". "*E a gente vê isso até mesmo com a gestante e a nossa relação durante o trabalho de parto. Muitas vezes, elas chamam a gente de doutora. A gente não é doutora. Durante as reuniões*

		si on leur répète plusieurs fois qu'elles sont infirmières obstétricales et non médecins. Les femmes restent attachées à l'idée qu'elles ont été accouchées par un médecin. Les femmes peuvent même être source de résistance quand elles souhaitent malgré tout qu'un médecin soit présent pour leur accouchement en considérant que si le médecin n'est pas là alors c'est que la prise en charge est mauvaise malgré le fait que l'accompagnement tout au long du travail ait été fait par une infirmière obstétricale et qu'elle possède les compétences pour pratiquer l'accouchement.	*de puérperas onde vamos conversar sobre os relatos de partos, elas falam: a médica que estava comigo, a médica que fez o meu parto. Por mais que você fala mil vezes a elas que você não é médica, e que você é enfermeira obstétrica, elas são muito ligadas ao médico*". "*Mas ainda tem uma resistência da população que quer que seja um médico, que assista o parto. De achar que é uma assistência ruim porque não é um médico que está assistindo o parto. [...] as mulheres porque o médico não vai assistir o parto, sempre que você é enfermeira obstétrica, que é capacitada, que você ficou lá o tempo todo. Então ainda falta reconhecimento*".
	Coalition du groupe professionnel / Association professionnelle	La formation doit permettre de diplômer des professionnels qualifiés capables de fournir de bons soins. Cela lui fait peur car elle réalise qu'il y a plusieurs types de formations qui ne sont pas les mêmes. Souhaite que les futures infirmières obstétricales soient réellement investies dans leur pratique car ce n'est pas un métier facile.	"*E isso eu tenho um pouco de receio. Eu vejo que tem muitas especialização. E às vezes, são formações que vão formar enfermeiros obstetras que vão conseguir atuar de uma maneira positiva. Isso pode meio que queimar os outros. Então, eu espero que se formem sim, muitos enfermeiros obstetras, que a atuação seja maior no Brasil, mas que sejam bons enfermeiros, que sejam pessoas que realmente desejem aquilo, que tenham vontade de exercer, porque não é uma profissão fácil*".
Formations initiale et continue (niveau MICRO)	*Choix du métier (motivation, engagement, parcours)*	Est tombée « dans la marmite » comme Astérix. Elle aimait beaucoup de domaines mais ne savait pas lequel choisir. S'est spécialisée dans le contrôle des infections hospitalières et a travaillé dans une maternité. Pendant ses études d'infirmière générale, elle s'impliquait dans des projets en lien avec la santé materno-infantile. Opportunité de formation par la *Residência*. Au début de sa formation, ne savait pas vraiment ce	"*(Risos) Eu caí aqui de [...]*". "*Eu tive uma dificuldade, eu gostava de muitas áreas mesmo, eu não sabia direito o que eu queria. Numa tinha trabalhado numa maternidade. E aí eu formei e comecei a fazer uma especialização em controle das infecções hospitalares. Eu gostava muito...*" "*Durante a graduação fiquei bem emprenhada em projetos relacionados com saúde de mulher, infantil, a saúde materno-infantil*". "*...e aí surgiu a oportunidade da Residência de Enfermagem Obstétrica. Sempre tive vontade de fazer Residência*".

		qu'était une infirmière obstétricale (tout ce qu'elle pouvait faire) et a commencé a aimé le métier en préparant les épreuves d'admission au cours. Puis s'est rendue compte au début de sa formation que ce domaine lui plaisait vraiment beaucoup et que cela lui procurait beaucoup de plaisir. Cette formation est très fatigante mais estime que cela en valait la peine.	"*Eu pensei, bom eu vou fazer, mas sinceramente não sabia tudo que uma Enfermeira Obstetra fazia quando resolvi fazer. E quando comecei a estudar para fazer a prova da Residência, eu pensei: Nossa! Eu gosto muito disso! Eu tinha muita vontade de ler e estudar. Eu estou gostando desse negócio. E quando comecei fazer a Residência, eu vi que era realmente algo do qual eu gostava muito, que senti muito prazer. Assim, uma Residência é muito cansativo*". "*Eu saía de casa para trabalhar às 5 horas da manhã e chegava em casa às 9 horas da noite. E eu falava: não! Vale a pena porque eu faço algo do qual eu gosto muito*".
	Maintien des connaissances et développement des compétences	Maintient ses connaissances à travers des congrès et sa participation à des groupes de travail. Essaie de toujours actualiser ses connaissances.	"*Eu procuro sempre fazer isso, me atualizar. Participo de Congresso, de trabalhos*".
Contexte MACRO	*Référentiel ICM et mise en œuvre de ces compétences*	Ne connait pas les compétences internationales écrites par l'ICM.	"*Eu não sei isso não quais são essas competências*".
	Politiques de santé publique du Brésil et leur influence sur la pratique des EO	Pense qu'elles ont beaucoup évolué, qu'elles sont bonnes car elles participent à l'évolution de leur situation professionnelle. Ces politiques favorisent aussi les bonnes pratiques en ce qui concerne la naissance mais elles doivent pouvoir être mises en application, ce qui fait parfois défaut. Sa formation faisait partie d'une stratégie politique pour encourager la formation d'infirmières obstétricales à travers le *Rede Cegonha*.	"*Eu acho que evoluiu muito. Existem boas políticas que contribuem para a nossa situação. Políticas que fornecem as boas práticas no nascimento, mas as políticas têm que serem colocadas em práticas. Eu acho que falta um pouco disso*". "*A minha formação já faz parte de uma política. Eu fiz Residência por conta de uma política pública para incentivar a formação de enfermeiras obstetras. Então, se eu sou enfermeira obstétrica foi por conta desse incentivo. A Rede Cegonha que deseja que tivesse mais enfermeiras obstétricas atuando significa um investimento mesmo que eles fizeram*".

		Ces politiques permettent une pratique plus humanisée et la présence d'un accompagnant pour la femme. L'HSF fait office de modèle dans la mise en œuvre de ces politiques. Les politiques garantissent et sécurisent leur pratique.	"*Eu acho que essas políticas, principalmente em relação à humanização, ao direito de acompanhante para a gestante, são essas que o hospital já seguia. Mas o hospital, ele é um pouco um modelo para essas políticas de saúde. Mas elas firmam muito o que a gente faz. Elas seguram que a nossa prática deve ser tomada*".
Autre	…		

ANNEXE 28 : exemple d'analyse transversale des entretiens des professionnels

Catégories	Items	P1	P2	P3	P4	P5
Métier d'EO au quotidien (niveau MICRO)	*Modèle de soins*	A toujours travaillé dans une maternité. A à cœur de dispenser des soins de qualité ce qui n'est pas toujours possible quand le nombre de patientes est trop important par rapport au nombre de professionnels. Quand la question est posée aux gestionnaires, la réponse est que le modèle de soins est une philosophie et non une question de manque de personnel. Pas de refus de patientes. Estime effecteur un travail de qualité à l'HSF et cette maternité fait office de référence pour la pratique en tant qu'EO et le modèle	Estime important de travailler au moins une garde par semaine en salle d'accouchement pour la pratique de prise en charge de l'accouchement. Pense que le modèle de soins en vigueur dans son institution influence sa pratique. Est contente de pourvoir travailler avec ce modèle de soins plus humanisé dans lequel elle croit, ce qui n'est pas le cas dans toutes les institutions de soins. Pour avoir travaillé dans d'autres institutions de soins, elle sait que malgré les volontés professionnelles personnelles, mettre en œuvre ce modèle	Les infirmières obstétricales contribuent à l'amélioration des soins obstétricaux au Brésil. Dans son institution, la question de la pratique de l'infirmière obstétricale est plutôt « tranquille » et permet de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la femme au moment de son accouchement et dans le post-partum car la pratique de l'infirmière obstétricale y est connue et reconnue par les médecins.	<u>Aux admissions</u> : les professionnels sont encore peu habitués culturellement à travailler avec le modèle de la classification des risques donc c'est souvent le premier arrivé qui est pris en charge car tout le monde estime qu'il est prioritaire sur l'autre. La demande étant très élevée dans l'hôpital, cela représente donc une forte charge de travail pour les infirmières obstétricales ainsi qu'une surcharge mentale au regard des exigences des patientes. Les gardes aux admissions sont donc intenses.	Modèle de soins humanisé dans cet hôpital ce qui est un levier pour la pratique en tant qu'infirmière obstétricale mais les nouveaux professionnels (fait référence aux médecins) doivent comprendre la philosophie des soins infirmiers obstétricaux et plus particulièrement celle de l'humanisation de l'accouchement et de la naissance dans cette institution. Le modèle de soins de son institution influence beaucoup sa pratique et c'est pour ceci qu'elle a toujours travaillé ici. Avant cela, elle avait une vision violente de la

		de soins mis en œuvre par rapport à d'autres endroits.	de soins n'est pas toujours possible. Ici, elle peut exercer selon le modèle de soins humanisé.	Son institution reçoit des professionnels de tout le Brésil pour leur perfectionnement et leur entrainement pratique. Ceci contribue à la diffusion du modèle de soins si différent à l'HSF. Souhaite toujours faire de son mieux au sein de son institution dans une démarche d'amélioration continue.	<u>En pré-partum</u> : la logistique et l'espace ne permettent pas toujours de répondre à la demande ni aux attentes des femmes. Il est fréquent que des femmes se plaignent de cet espace. Il est également très exigeant pour elle de travailler dans ce secteur car le nombre de patientes y est important. Estime que par manque de préparation à l'accouchement voie basse des femmes et que par volonté des professionnels à ce que les femmes aient un accouchement voie basse, il arrive que des patientes vivent des accouchements qu'elles ne souhaitaient pas et	naissance même si elle n'avait pas eu l'occasion de vivre d'autres expériences dans ce domaine. Pour elle, ce modèle de soins se définit comme : respectueux de la femme, impliquant la famille et centré sur la femme et sa famille. Cela favorise le renforcement des liens entre les membres de la famille et peut aussi participer à la réduction de la violence domestique. Donne l'exemple d'une situation qu'elle a vécue en tant qu'infirmière obstétricale où la naissance de l'enfant a restauré des liens entre la patiente et son père qui l'a accompagné pendant le travail et l'accouchement.

					que cela est traumatisant et irréversible pour elles. Elle pense donc qu'il est important que les femmes soient informées et préparées à l'accouchement voie basse. L'accouchement voie basse est un paradigme pour elle et c'est vers ce changement de modèle que les infirmières obstétricales tendent. Mais cela nécessite que les femmes sachent et connaissent ce qu'est un accouchement voie basse, ce qu'elles veulent et ce dont elles ont besoin pour que leur accompagnement soit doux. Le modèle de soins de l'hôpital influence beaucoup	Au Brésil aujourd'hui les femmes souhaitent des informations et un modèle différent de prise en charge de leur accouchement puisque l'institutionnalisation des accouchements n'a pas permis de réduire très efficacement les taux de mortalités maternelle et néonatale et a fait augmenter le taux de césariennes (taux variants d'une maternité à une autre).

					sa pratique. Indique que la philosophie de soins de son hôpital est un modèle de soins auquel tout le monde croit là-bas. Il repose sur un guide clinique qu'ils étudient et lisent pour orienter leur pratique. Elle travaille également dans une autre institution qui ne repose pas complétement sur le même modèle de soins et donc elle adapte sa pratique en fonction de l'institution dans laquelle elle travaille. Elle soulève également la question d'une différence de pratiques pour les mêmes professionnels de la même institution. Ils vont exercer différemment en	

					fonction du secteur de la maternité dans lequel ils travaillent. Le positionnement des professionnels en termes de pratique est différent même au sein de la même institution en fonction de l'espace dans lequel ils travaillent.	
	Activité (expériences positives, défis)	Travaille dans deux maternités différentes : 36h00 (HSF) par semaine dans l'une et 24h00 (HRTN) dans l'autre soit un total de 60h00 par semaine. Jours de travail fixes de jour comme de nuit. Travaille dans différents secteurs dont chacun a sa propre routine et dynamique et avec un tournus mensuel (admissions, salle d'accouchement, pré-partum) entre les différents secteurs.	Pratique diversifiée qu'elle trouve intéressante et enrichissante : exerce en salle d'accouchement, dans l'unité des grossesses à haut risque, en suites de couches auprès des mères et des nouveau-nés (évaluation clinique du nouveau-né), aux admissions, dans le suivi prénatal des grossesses à bas risque. Aimerait intégrer un jour l'équipe des accouchements à domicile mais se	L'infirmière obstétricale dédie son temps à l'accompagnement du travail de la femme. Le défi est de toujours et tout le temps donner le meilleur de soi en tant que professionnel pour que tout se passe bien pour la mère et l'enfant. De chercher à toujours améliorer ses prises en charge mais en toute tranquillité avec l'aide d'autres professionnels	Tournus mensuel au sein de la maternité avec exercice dans trois secteurs principaux : accueil des patientes aux admissions, le pré-partum et la salle d'accouchement. <u>Aux admissions</u> : accueil des patientes qui viennent consulter en urgence pour se faire évaluer et qui relèvent du champ de compétence de l'infirmière obstétricale. Toutes les patientes qui se présentent à	Travaille dans différents secteurs de l'hôpital : maison des femmes enceintes (grossesses pathologiques), prénatal et échographie parfois. Va aussi de temps en temps prendre en charge les femmes incarcérées en prison. Travaille aussi dans différents secteurs de la maternité : post-partum, pré-partum et salle d'accouchement.

		L'un des défis de l'activité est de faire face à la responsabilité qu'elle implique. Exercer cette activité est un défi en soit mais c'est plaisant. Un autre défi aujourd'hui est de devoir et pouvoir faire face à l'activité qui ne cesse d'augmenter. Surtout quand le nombre d'EO est diminué. Cela génère de l'anxiété chez les professionnels et peut être pesant. Inadéquation entre la demande et les ressources à disposition. C'est un défi d'accepter et d'affronter cette situation de travail non satisfaisante. Cette problématique ne se retrouve pas dans l'autre	sent encore insécure avec ceci pour le moment. Trouve cette alternative de prise en charge intéressante et très positive pour en avoir vu quelques-uns. Le corps maternel réagit différemment en salle d'accouchement. La patience dont doit faire preuve le professionnel est également différente (plus de patience), ce qui implique pour le professionnel de travailler sur sa posture professionnelle. Les patientes sont mieux préparées à l'accouchement quand elles font le choix d'accoucher à domicile.		l'hôpital sont prises en charge. La demande est spontanée de la part des femmes et aucune patiente n'est refusée par l'hôpital. Lors de cette prise en charge, l'infirmière obstétricale se présente, écoute le motif de consultation de la femme, réalise l'anamnèse de la patiente par un interrogatoire et en consultant son carnet de suivi de grossesse, réalise son examen clinique et pose un diagnostic. La patiente peut alors être hospitalisée pour un travail spontané ou une rupture prématurée de la poche des eaux ou encore rentrer à domicile. Ce temps est également consacré à donner des	La pratique en elle-même est un défi car elle est associée à une responsabilité en termes de soins. Surtout en ce qui concerne la prise en charge du travail et de l'accouchement. Il faut prendre en charge la femme et la famille dans leur ensemble. Un défi majeur pour elle est l'acceptation du médecin de sa pratique d'infirmière obstétricale pour le suivi des femmes à bas risque et qu'il n'est pas le seul détenteur du savoir. Souhaite être reconnue comme un professionnel qualifié par le médecin pour prendre en charge les femmes enceintes à bas risque. Que son rôle soit reconnu pour le bas risque de façon

		maternité où elle travaille puisqu'il y a une limite d'accueil des patientes et une demande moins grande.			informations à la patiente car elle sait que les femmes en reçoivent très peu pendant leur grossesse du fait de la forte demande et donc qu'elles ne parlent pas. Elle privilégie donc parfois cet aspect de la consultation à l'examen physique car elle sait à quel point culturellement l'accouchement voie basse est associé à des informations négatives chez les femmes et donc qu'elles ont besoin d'autres informations à ce sujet. <u>En pré-partum</u> : espace collectif où les patientes y sont accueillies pour provoquer leur accouchement ou lorsque le travail n'est pas encore suffisamment	à ce que le médecin ne s'occupe que du haut risque après qu'il ait été identifié par l'infirmière obstétricale. Finalement souhaite la reconnaissance de son autonomie professionnelle pour les femmes enceintes à bas risque.

					avancé pour aller en salle d'accouchement. Cela est dans leur culture et elle regrette ceci tout comme le fait que ce soit un espace collectif. Pour elle ceci est contre-productif. Dans cet espace, elle accueille la patiente et sa famille, s'identifie, parle avec la patiente pour créer un lien avec cette dernière et lui apporter des informations, accompagne le déclenchement et le suivi du travail maternel et fœtal. Ce lieu peut également servir de lieu de transition le temps de savoir vers quel autre secteur de la maternité orienter la patiente. <u>En salle d'accouchement</u> : accompagnement	

					actif et direct de la femme en travail qui consiste à informer, suggérer, soulager la douleur, créer des liens, effectuer l'accouchement et accueillir le nouveau-né. Puis effectuer la surveillance du post-partum pour la femme (suture périnéale) et l'enfant. Il y a beaucoup d'expériences stimulantes et positives dans la pratique quotidienne d'infirmière obstétricale mais la principale est de survivre dans cette culture c'est-à-dire celle, où bien souvent, il faut convaincre la femme que ce que les infirmières obstétricales savent est le mieux pour	

					elle en termes d'accouchement.	
	Collaboration avec les autres professionnels	Elle représente un défi, notamment en ce qui concerne la collaboration avec les médecins. Les médecins obstétriciens avaient une mauvaise image de la pratique des EO. Aujourd'hui, ils ne peuvent plus travailler sans elles et participent même, pour certains, à leur valorisation.	Discussions avec les médecins sur les cas cliniques des patientes quand ceux-ci le nécessitent : aussi bien dans l'unité des grossesses à haut risque qu'en salle d'accouchement. Estime cette coparticipation nécessaire pour le suivi du travail et pour l'accouchement. Le travail en équipe est un défi de son activité. Même s'il est davantage présent dans son institution comparativement à d'autres, il y a encore des difficultés. Conquérir une bonne entente avec les autres professionnels est un défi (pédiatres,	Bonne relation avec l'équipe médicale qui participe à l'amélioration de la prise en charge des femmes. Les médecins de l'institution dans laquelle il travaille connaissent et respectent le champ de compétences des infirmières obstétricales. Bonne communication avec les médecins et bonne relation multi professionnelle. Entre les médecins et les infirmières mais aussi plus largement entre tous les professionnels participant à la prise en charge des patientes.	Travaille en partenariat avec les infirmières assistancielles qui accueillent les patientes aux admissions et effectuent la classification de ces dernières pour les orienter vers les professionnels idoines : infirmières obstétricales ou médecins. Prise en charge multidisciplinaire selon un protocole en pré-partum. Les relations entre les personnes de l'équipe sont un défi compte tenu des différences entres les personnes : différences de pratiques, de communication, de maturité et de croyances.	Les médecins brésiliens acceptent difficilement l'opinion d'autres catégories professionnelles que la leur (dont celle des infirmières obstétricales) car la plupart pense que ce sont eux qui détiennent le savoir et la connaissance et qu'ils ne veulent pas les partager avec d'autres catégories professionnelles. Les médecins peinent à accepter la pratique des infirmières obstétricales car ils pensent qu'ils perdent de l'espace dans le champ de la périnatalité.

			obstétriciens, médecins). Cela la stresse dans sa pratique.			
	Accompagnement des étudiants				Indique que culturellement le modèle de soins interventionniste interfère encore beaucoup dans la prise en charge des patientes et donc par voie de conséquence dans la formation des infirmières obstétricales. Elle pense qu'il faut donc aussi changer la formation des infirmières obstétricales car des personnes continuent à reproduire le modèle interventionniste et ne sont pas prêtes à enseigner l'accompagnement de l'accouchement. Les étudiants doivent s'améliorer et les professeurs également. Pour	Certaines écoles n'offrent pas suffisamment de pratique aux étudiants ce qui engendre des professionnels non sécures dans leur exercice et cette insécurité ne leur permet pas de réussir à pratiquer dans leur champ de compétences. Est préoccupée par la qualité de la formation des infirmières obstétricales. En effet, le faible nombre de professionnels qualifiés ne permet pas de répondre adéquatement à la demande de formation donc nous retrouvons le problème du manque de pratique

					cela, il faut renforcer la pratique des étudiants par rapport à la théorie et réduire le fossé entre la théorie et la pratique en arrêtant de faire dispenser les cours par des professeurs éloignés de la réalité du terrain. Ceci est source de conflit au sein du groupe professionnel. Il faut passer de la théorie à la pratique car dans la formation la part de pratique représente un volume horaire bien plus important que la théorie (le double presque).	en formation et durant l'exercice professionnel qui induit un sentiment d'insécurité dans la pratique pour les professionnels (comme ci-dessus) et cela engendre à son tour une reproduction du modèle biomédical de soins. Il n'y a donc pas d'amélioration de la qualité des soins pour les femmes et les familles.
Professionnalisation (niveau MESO)	*Identité et culture professionnelles*	Parfois difficile à mettre en évidence puisque les EO ne peuvent pas exploiter leur champ de compétence dans la maternité dans laquelle elles travaillent.	Estime que cette activité professionnelle est exigeante et difficile car peut être associée à des complications mais qu'elle procure malgré tout de forts moments de joie. C'est plaisant pour	La proximité avec les patientes est meilleure quand vous êtes infirmière obstétricale. Responsabilité d'accompagner le couple mère et enfant.	Dans son rôle d'infirmière obstétricale aux admissions, elle accorde beaucoup d'importance à la juste orientation de la patiente ainsi qu'à son accompagnement en répondant à toutes	L'infirmière obstétricale est le facteur principal de prise en charge de la femme et de sa famille aussi bien pour l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement que pour son

		L'EO n'est pas en compétition avec le médecin. Elle ne lui retire rien, elle souhaite être une plus-value pour la patiente. Accompagner et soutenir la femme pour la naissance de son enfant avec qualité partout dans le pays grâce aux EO. Réussir à effectuer ce changement.	elle de faire partie de ce moment si spécial qu'est une naissance.	C'est grâce au soutien et à l'aide de l'infirmière obstétricale que la femme peut avoir une bonne et belle expérience de son accouchement. C'est très agréable pour lui. Faire toujours de son mieux en tant qu'infirmière obstétricale pour offrir la meilleure des prises en charge aux femmes. Les infirmières obstétricales se dépassent et font toujours de leur mieux. C'est un défi pour les infirmières obstétricales. Les infirmières obstétricales souhaitent aider et contribuer, avec leurs connaissances à la qualité de la prise en charge des	ses questions et en lui donnant un maximum d'informations pour la suite de sa grossesse et de son accouchement. Et ceci malgré la forte activité qu'il y a dans son hôpital et le peu de temps qu'elle peut accorder aux patientes. Elle considère que ce temps passé avec la patiente n'est pas du temps de perdu mais du temps de gagné pour la patiente et les professionnels car la patiente sera mieux préparée en ayant toutes les informations dont elle a besoin. Ne sait pas si cela est idéal mais il s'agit d'un combat et d'une lutte pour les infirmières obstétricales que de convaincre les patientes, au	orientation. Le suivi global d'une patiente c'est-à-dire de sa grossesse jusqu'à son accouchement permet une meilleure visibilité de la patiente dans sa globalité et la patiente accorde plus de crédibilité et de confiance au professionnel. Grâce à la prise en charge globale des patientes on peut réussir à surmonter des défis comme le système lui-même. L'infirmière obstétricale ne remplace pas le médecin. Elle valorise au contraire la prise en charge multi professionnelle à la recherche de la meilleure qualité des soins pour les femmes.

				femmes. Elles sont des partenaires. Il faut montrer ceci et le fait que les infirmières obstétricales ne prennent la place de personne d'autre.	moment où elles arrivent pour accoucher, des bénéfices de l'accouchement voie basse. En effet, les femmes ont très peu été informées pendant leurs grossesses des avantages de l'accouchement voie basse et les infirmières obstétricales, à l'aide de leurs connaissances, cherchent donc à convaincre les femmes de ce qu'elles pensent être le mieux pour elles. Et ceci dans un moment où les patientes sont dans un grand moment de vulnérabilité et de doutes face à leur capacité à vivre un accouchement voie basse. Les infirmières obstétricales sont donc là pour les convaincre qu'elles	L'infirmière obstétricale doit être différenciée des autres professionnels car elle doit faire face quotidiennement aux nouveautés, principalement avec l'évidence scientifique. Spécifiquement, elle estime qu'en obstétrique « on pratique puis on fait de la recherche » alors que dans les autres professions « on fait de la recherche puis on pratique ». Les infirmières obstétricales doivent aimer leur métier pour faire face à des femmes qui crient et pour lesquelles il faut s'adapter en permanence à leur individualité pour améliorer leur prise en charge.

					peuvent le faire. Elle indique qu'elle sait qu'une femme se sent très puissante quand elle accouche mais que la culture brésilienne ne responsabilise pas les femmes à ceci. C'est la mission des infirmières obstétricales de le faire.	Aime être infirmière obstétricale car cela la renforce en tant que femme et en tant que mère en apportant quelque chose de différent à une autre famille. Il y a des différences de profils entre les infirmières obstétricales même si elles sont issues de la même école et qu'elles travaillent au même endroit. Ce sont des différences de sensibilité envers les patientes. Cela la rend triste.
	Autonomie professionnelle	En tant qu'infirmier général, l'autonomie est réduite avec peu de responsabilités. Ce qui n'est pas le cas de l'infirmière obstétricale à partir du moment où elle est diplômée et	Opinions des infirmières obstétricales acceptées. Peut exprimer ses opinions avec d'autres professionnels et trouve cela important.		Prise en charge multidisciplinaire selon un protocole en pré-partum mais ce sont directement les infirmières obstétricales qui prennent en charge la surveillance des femmes et des	

		qu'elle n'exerce plus sous la responsabilité de quelqu'un quand elle est encore étudiante. Respect mutuel des champs de compétences entre EO et médecins dans les deux maternités où elle exerce mais ce n'est pas le cas partout ailleurs. Grande autonomie à l'HSF notamment grâce au soutien du Dr I. qui défend ceci pour les EO et qui essaie d'élargir le champ de pratique des EO comme avec la pratique de l'échographie par exemple.	Ce n'est pas le cas partout dans toutes les institutions où dans certaines, les infirmières obstétricales ne peuvent rien dire et réalisent simplement des tâches administratives.		fœtus, qui écoutent, qui informent, qui suggèrent, qui proposent et qui prennent les décisions et les mesures nécessaires quand cela est nécessaire. Même s'il existe des protocoles pour guider sa pratique, elle en contourne certains au regard de son expérience pratique et de ses recherches théoriques pour justifier ses pratiques. Cela influence aussi sa pratique et donc indépendamment du modèle de soins de son hôpital.	
	Evolutions / Perspectives pour le métier	Intégration des EO par les médecins dans les soins obstétricaux, notamment dans le secteur privé.	La reconnaissance sociale doit être améliorée, c'est un défi pour le groupe professionnel. Elle risque, cependant, de s'améliorer car	Il y a 16 ans, le développement de la pratique des infirmières obstétricales se concentrait dans le Minas Gerais, à	Elle croyait beaucoup en 2006 au fait que les infirmières obstétricales pouvaient être un agent fort du	Estime que le nombre d'infirmières obstétricales est insuffisant pour faire face à la demande. C'est une

		Souhaite pouvoir étendre le plus possible dans le pays la pratique des EO grâce à l'augmentation d'EO formées et qui iront travailler dans leurs villes d'origine. La formation des EO est une opportunité de porter la pratique des EO à travers tout le pays et ceci au service des femmes.	de plus en plus de femmes savent maintenant qu'elles ont été accompagnées pendant leur travail et leur accouchement par une infirmière obstétricale et le disent de plus en plus autour d'elles. Espère voir le nombre d'infirmières obstétricales augmenter au Brésil. Espère aussi que ce seront des professionnels formés avec qualité pour soutenir le changement du modèle de soins.	Belo Horizonte et plus particulièrement à Sofia Feldman et dans d'autres endroits de façon mineure. Mais, aujourd'hui, avec le *Rede Cegonha* la pratique des infirmières obstétricales se répand à chaque fois un peu plus. Que la pratique des infirmières obstétricales continue à s'étendre en structure hospitalière dans tout le pays.	changement dans le modèle de soins obstétrical. Aujourd'hui elle mesure ceci (malgré les obstacles) car elle a identifié des progrès en 10 années de pratique mais elle estime que ces changements auraient pu être bien plus importants. En effet, elle estime, malgré les efforts des filières de formation pour former les futures infirmières obstétricales au changement, que le même modèle de soins se reproduit sans grands changements dans la pratique. Pour elle, l'infirmière obstétricale en tant qu'agent du changement est une prescription difficile à mettre en œuvre en pratique sur le	profession en expansion. Il n'y a pas assez de professionnels pour exercer dans toutes les villes. Pour que les infirmières obstétricales gagnent en visibilité, les femmes doivent comprendre et accepter qu'elles sont la principale protagoniste de leur accouchement. A partir de ce moment, les études montrent alors que les infirmières obstétricales sont les professionnelles idoines pour accompagner ce processus (meilleurs résultats obstétricaux et néonataux). Pense que les soins infirmiers obstétricaux ont beaucoup de progrès

					terrain compte tenu de la multitude de différences de pratiques (parfois même pour un même professionnel dans la même institution). A court terme, pense qu'il n'y a pas d'autre perspective que celle d'accompagner les femmes car les personnes sont peu réceptives à ce qu'on leur dit. Mais il y a des personnes qui souhaitent du changement. Elle pense que l'infirmière obstétricale est un agent du changement. Il faut réhabiliter l'accouchement voie basse et ses avantages et changer le point de vue des femmes sur	à faire notamment dans le champ de la formation. Les écoles doivent davantage développer la pratique des étudiants pendant leur formation pour leur permettre d'avoir une pratique sécure et d'exercer dans leur champ de compétence une fois diplômés. En effet, le manque de pratique et d'expérience entrainent de la peur et de l'insécurité chez les professionnels qui finissent par réaliser des tâches administratives, des prises en charge en post-partum ou d'assister uniquement le médecin. Ceci n'est ni leur rôle ni leur responsabilité d'infirmière obstétricale.

					l'accouchement voie basse afin de leur offrir la possibilité de surmonter un accouchement normal afin qu'il soit agréable. Un accompagnement adéquat permet ceci.	Certaines personnes, comme les plus expérimentées, ne souhaitent pas apporter leur soutien au changement de pratique par confort car elles sont dans des plans de carrière qui leur permettent d'avoir une sécurité et une stabilité. Le changement du modèle de soins autour de la naissance souhaité par les femmes est une opportunité pour les infirmières obstétricales de participer à la diminution du taux de césariennes, d'augmenter la qualité de la prise en charge et de réduire les risques de complications (prématurité, hospitalisations néonatales). Ainsi, l'amélioration des ces indicateurs participera par effet

						de cascade à la promotion de l'activité des infirmières obstétricales. Les perspectives sont meilleures car la société change d'avis vis-à-vis du modèle de soins autour de la naissance et que de plus en plus d'établissements proposent des prises en charge qui répondent à la demande de la population en recrutant des infirmières obstétricales. Certaines femmes sont par ailleurs engagées dans ce processus de changement via les réseaux sociaux et sont de mieux en mieux informées. Les meilleures pour agir ensuite en termes de perspectives de

						pratique sont les infirmières obstétricales elles-mêmes mais elle ne sait pas dans quelle mesure les professionnels formés dans le futur seront prêts pour prendre le relais ni ce qu'aura à offrir le marché du travail.
	Reconnaissance sociale (stratégies de communication)	Elle s'est améliorée avec le temps. Au début de son exercice en tant qu'EO, les patientes pensaient que seuls les médecins pouvaient faire des accouchements et elles ne connaissaient pas la spécialisation en obstétrique pour les infirmières. Cette résistance de la population vis-à-vis des EO tend à s'améliorer car leur rôle est de plus en plus connu de la population. Au point que la population peut	Faible reconnaissance sociale, il y encore un manque de reconnaissance (par les femmes notamment). Les femmes pensent que les infirmières obstétricales sont des médecins même si on leur répète plusieurs fois qu'elles sont infirmières obstétricales et non médecins. Les femmes restent attachées à l'idée qu'elles ont été accouchées par un médecin. Les femmes peuvent	La pratique de l'infirmière obstétricale n'est pas très claire pour les autres professionnels de santé ni pour certaines institutions. Souhaite que la pratique des infirmières obstétricales soit reconnue. La reconnaissance vient des femmes quand celles-ci remercient le professionnel de les avoir accompagnées pour réussir à	Était déjà gênée par l'insertion des infirmières obstétricales dans le domaine de l'accouchement au Brésil en 2006 quand elle a été diplômée infirmière obstétricale. Des études montrent le bénéfice des infirmières obstétricales. Pense que la reconnaissance sociale des infirmières obstétricales est très débutante de la part des femmes, des	Estime que les infirmières obstétricales doivent étudier et fonder leur pratique sur les preuves scientifiques afin de pouvoir avoir les ressources permettant de discuter et de montrer les nouveautés avec crédibilité (notamment auprès des médecins). Culturellement au Brésil, la femme délègue son accouchement à un médecin et pas à

		maintenant effectuer la comparaison entre les modèles de soins dispensés par l'un et par l'autre et demande maintenant à être davantage prise en charge par des EO. L'acceptation des EO est meilleure et ne va cesser de continuer à l'être. Est très contente de l'amélioration de la reconnaissance des EO dans le pays auprès des médecins et des femmes.	même être source de résistance quand elles souhaitent malgré tout qu'un médecin soit présent pour leur accouchement en considérant que si le médecin n'est pas là alors c'est que la prise en charge est mauvaise malgré le fait que l'accompagnement tout au long du travail ait été fait par une infirmière obstétricale et qu'elle possède les compétences pour pratiquer l'accouchement.	accoucher. La reconnaissance vient quand l'enfant va bien et que la femme est satisfaite. Il trouve ceci gratifiant, satisfaisant, agréable et que cette reconnaissance en vaut la peine. Elle le rend heureux et l'encourage à s'améliorer dans son travail.	familles et des autres professionnels de la santé. Peu de gens savent ce qu'est et fait une infirmière obstétricale. Ils pensent qu'elle a besoin d'un médecin pour pratiquer et donc qu'elle n'est pas autonome pour la physiologie. C'est très fort dans la culture brésilienne. De plus, les représentations sont que c'est le médecin qui accouche et non la femme. Enfin, les infirmières obstétricales sont confondues avec les médecins même si les professionnels disent qu'elles ne sont pas médecins dès le début de la prise en charge. Elle indique également que les soins infirmiers en général ont	une infirmière obstétricale. Estime que quand on fait ce qu'on aime, la seule reconnaissance qu'il faille rechercher est une reconnaissance personnelle à travers la satisfaction de la femme et de sa famille. Il n'y a pas d'autre reconnaissance à chercher. Mais elle pense quand même que la plus grande reconnaissance serait l'acceptation par la société des infirmières obstétricales. Elle pense que les médias créent une dépendance de la population à l'égard des médecins et que la visibilité des infirmières obstétricales n'est pas très importante et que de ce fait

					également mauvaise réputation et que le fait de dire qu'on a suivi une formation en soins infirmiers obstétricaux à Sofia sonne encore comme une moquerie. C'est une affaire d'infirmière obstétricale et les affaires d'infirmières obstétricales sont encore désorganisées dans les représentations. Tout comme le fait que d'accoucher avec une infirmière obstétricale est une chose pour les pauvres. C'est plus chic d'avoir un accouchement avec un médecin du point de la vue de la société brésilienne.	elles n'ont pas beaucoup de publications scientifiques à leur actif. La visibilité des infirmières obstétricales pourrait s'améliorer avec un nombre plus important de publications scientifiques sur leur travail mais elles n'ont pas le temps d'écrire et donc leur savoir reste très empirique, peu visible et peu crédible. Il faudrait davantage d'infirmières obstétricales ayant des masters et des doctorats pour faire de la recherche mais il y en a peu car il persiste une séparation entre la théorie et la pratique. Pense que l'enseignement ne doit primer sur la pratique clinique

						dans le sens où, par exemple, on ne doit pas faire un toucher vaginal uniquement pour apprendre mais seulement s'il est nécessaire. Pour elle, la crédibilité et la visibilité des infirmières obstétricales auprès des femmes passent aussi par ceci. C'est une forme de reconnaissance du travail pour la société.
	Coalition du groupe professionnel / Association professionnelle	Estime que la future génération d'EO possède un bon bagage professionnel, une belle vision de l'activité des EO (qu'elle prend au sérieux) et qu'elle souhaite la développer.	La formation doit permettre de diplômer des professionnels qualifiés capables de fournir de bons soins. Cela lui fait peur car elle réalise qu'il y a plusieurs types de formations qui ne sont pas les mêmes. Souhaite que les futures infirmières obstétricales soient réellement investies dans leur pratique		Il ne peut y avoir d'uniformité car on observe des différences de comportements de la part des infirmières obstétricales et cela peut même aller jusqu'à observer des différences de pratiques pour les mêmes infirmières au sein d'une même institution dans laquelle il existe un modèle de soins unique. Compte	C'est à l'ABENFO d'effectuer le travail de renforcement du groupe professionnel en créant et en recherchant des protocoles ailleurs dans le monde. Cela permet d'avoir plus du soutien et d'avancer davantage. Pense que l'ABENFO doit continuer à fédérer le groupe professionnel, cette

			car ce n'est pas un métier facile.		tenu de ces variations, il n'y a pas de posture uniforme même avec une formation identique. Pour progresser à court et moyen terme, il faut que les professionnels de la formation et de terrain s'unissent afin de former correctement les futurs professionnels. Il faut conquérir cet espace également en partenariat avec les femmes à qui on offre des soins de qualité. Est membre de longue date de l'ABENFO.	lutte et cette présence qu'elle a démontré dans les congrès afin aussi de favoriser le partage d'expériences avec d'autres pays. Cela enthousiasme et motive les professionnels à surmonter les défis, à briser les paradigmes et à aller de l'avant. Un bon professionnel est celui qui va réussir à apporter une prise en charge avec peu de ressources (sans besoin technologique) et pour qui l'argent n'est pas tout. Donc qui va économiser.
Formations initiale et continue (niveau MICRO)	*Choix du métier (motivation, engagement, parcours)*	Est tombée amoureuse de l'obstétrique au moment où elle a eu les cours d'obstétrique en Licence. Puis a travaillé dans une	Est tombée « dans la marmite » comme Astérix. Elle aimait beaucoup de domaines mais ne savait pas lequel	A fait infirmier car c'était la meilleure formation de sa ville. Puis a travaillé dans le cadre du programme de santé familiale en santé publique. A été	A terminé sa formation initiale d'infirmière obstétricale en 2006. A commencé à travailler dans une	Est infirmière obstétricale depuis 6 ans. A commencé à travailler dans cet hôpital dès son diplôme.

		maternité après l'obtention de son diplôme général d'infirmière et grâce aux encouragements de sa cadre de soins elle s'est lancée dans la spécialisation en obstétrique car elle continuait à aimer cette discipline.	choisir. S'est spécialisée dans le contrôle des infections hospitalières et a travaillé dans une maternité. Pendant ses études d'infirmière générale, elle s'impliquait dans des projets en lien avec la santé materno-infantile. Opportunité de formation par la *Residência*. Au début de sa formation, ne savait pas vraiment ce qu'était une infirmière obstétricale (tout ce qu'elle pouvait faire) et a commencé a aimé le métier en préparant les épreuves d'admission au cours. Puis s'est rendue compte au début de sa formation que ce domaine lui plaisait	encouragé et « parachuté » dans le domaine des soins infirmiers obstétricaux. Ce n'était pas quelque chose qu'il souhaitait car il ne pensait pas avoir de l'appétence pour ce domaine. Aujourd'hui, il sait que ce qu'il sait faire de bien est infirmier obstétrical. Ce choix de formation n'était pas programmé, c'est arrivé, il l'a accepté et aujourd'hui c'est ce qu'il sait faire de mieux.	maternité uniquement pour des raisons financières après 5-6 ans de diplôme général en soins infirmiers. Elle était alors terrifiée par les soins mère-enfant et elle ne voulait absolument pas faire ça. Elle a identifié un modèle de soins violent et interventionniste dans cette maternité où la qualité des prises en charge était très mauvaise (mauvais indicateurs, mortalité maternelle et néonatale élevée) et qui a fermé par la suite pour ceci. Elle ne voulait pas participer à cette violence alors elle a repris contact avec l'école en soins infirmiers qui l'avait formée pour en discuter. Elle avait besoin de continuer à	A choisi ce métier car elle pense qu'à chaque naissance, elle renait en tant que personne et que c'est une nouvelle vie qui débute. Pour elle, offrir à une famille la naissance qu'ils attendaient n'a pas de prix même si parfois il y a des difficultés en termes d'issues et que la charge de travail est importante. Cela la rend heureuse même quand elle arrive parfois triste et découragée au travail (cela lui permet de mettre de côté ces choses). La sensibilité et la sympathie dans les situations de naissance la motivent, lui font se sentir utile et elle devient dépendante à cela.

			vraiment beaucoup et que cela lui procurait beaucoup de plaisir. Cette formation est très fatigante mais estime que cela en valait la peine.		travailler dans cette maternité mais pas comme ceci. Son ancien professeur lui a alors parlé de la formation en soins infirmiers obstétricaux et lui a suggéré d'aller observer un tout autre modèle de soins à Sofia Feldman. Cela l'a convaincu de s'inscrire pour la formation en soins infirmiers obstétricaux et parallèlement à la formation elle continuait à exercer en pré-partum dans sa maternité. Un directeur avait remarqué que quand elle était de service, les femmes étaient plus calmes. Elle lui expliqua que c'était parce qu'elle était en train de se former. Et elle ne fit que du pré-partum par la suite jusqu'à la fermeture de la	

					maternité et la fin de sa formation.	
	Maintien des connaissances et développement des compétences	Notamment à travers la lecture d'articles sur l'Humanisation par exemple. Mais ce n'est pas toujours évident au regard de sa charge horaire de travail. A, malgré tout, cette volonté de ne pas « s'endormir sur ses lauriers » car a bien conscience que les connaissances évoluent et qu'il en va de la qualité des soins auprès des femmes.	Maintient ses connaissances à travers des congrès et sa participation à des groupes de travail. Essaie de toujours actualiser ses connaissances.	Formation continue assurée par son institution (cours sur la réanimation du nouveau-né, les urgences obstétricales). Lit également des livres et son institution fait de la recherche etc. Trouve fantastique que son institution investisse autant dans le maintien, l'amélioration et le perfectionnement des connaissances de ses collaborateurs. Cela est aussi bien pour l'hôpital lui-même.	Beaucoup de lectures : articles et publications scientifiques dans son domaine de pratique, compte-rendu de réunions de périnatalité et réseaux sociaux. Essaie de participer à des symposiums et des congrès. Participait également aux réunions du secrétariat municipal et d'état à la santé. Il s'y passe des discussions importantes mais ne peut plus le faire par manque de temps. Cours de mises à jour indiqués sur la réanimation néonatale et maternelle. Essaie de les faire.	La recherche des preuves scientifiques permet de soutenir une pratique sécuritaire. Cela permet par exemple d'identifier des risques et le comportement du médecin à ce moment est alors primordial. Cherche à actualiser ses connaissances à travers : les séminaires, les symposiums, les congrès, les revues, les cours d'actualisation, les lectures et les réseaux sociaux internationaux (groupes professionnels WhatsApp mais aussi groupes de femmes). C'est important pour elle pour pouvoir donner des cours aux étudiantes.

Contexte MACRO	*Référentiel ICM et mise en œuvre de ces compétences*	Ne connait pas les compétences internationales écrites par l'ICM.	Ne connait pas les compétences internationales écrites par l'ICM.	Ne connait pas les compétences internationales écrites par l'ICM.	Connait le référentiel de compétences de la sage-femme de l'ICM. Il va de pair avec leur modèle de soins à Sofia. S'en est servi il y a quelques années pour élaborer un cours pour tout l'Etat avec une autre collègue de la maternité sur la place de l'infirmière dans une équipe. Elle a donc lu et relu ce référentiel. En tant que membre de l'association professionnelle des infirmières obstétricales au Brésil, elle recherche ces recommandations qui sont les orientations de sa pratique quotidienne. Ce sont les lignes directrices qui font écho à leur modèle de soins.	En a déjà entendu parler mais ne les connait pas toutes. Pour elle, les soins infirmiers obstétricaux brésiliens ont des progrès à faire car il n'y a pas de recommandations obstétricales uniformes pour tout le pays. Il s'agit davantage d'une construction conjointe de protocoles institutionnels mais qui varient entre les hôpitaux. Le référentiel de compétences de l'ICM pourrait alors rapidement faciliter cette avancée et ce travail puisqu'il existe déjà dans d'autres pays. Cela peut servir de soutien sur des sujets comme l'échographie par exemple et cela permet aussi

						d'harmoniser les pratiques des sages-femmes dans le monde entier.
	Politiques de santé publique du Brésil et leur influence sur la pratique des EO	Estime plutôt pouvoir parler des politiques de santé publique à l'échelle de l'Etat du Minas Gerais et non du Brésil. A l'échelle du Minas Gerais, les politiques de santé publique n'influencent pas la pratique des EO. Mais n'identifient pas, pour autant, de points négatifs à ces politiques. Pense que la reconnaissance sociale des EO va pouvoir continuer à s'améliorer notamment grâce au soutien du gouvernement fédéral à ce groupe professionnel à travers le réseau cigogne qui le valorise.	Pense qu'elles ont beaucoup évolué, qu'elles sont bonnes car elles participent à l'évolution de leur situation professionnelle. Ces politiques favorisent aussi les bonnes pratiques en ce qui concerne la naissance mais elles doivent pouvoir être mises en application, ce qui fait parfois défaut. Sa formation faisait partie d'une stratégie politique pour encourager la formation d'infirmières obstétricales à travers le *Rede Cegonha*. Ces politiques permettent une pratique plus humanisée et la	Les politiques à travers le *Rede Cegonha* font que les infirmières obstétricales commencent à prendre de l'ampleur. Dans tout le pays, ces initiatives du Ministère de la Santé permettent de soutenir la pratique des infirmières obstétricales. Les politiques de santé font que les choses vont bien au Brésil car elles ont contribué à la diffusion de la pratique des infirmières obstétricales. Les choses vont aller de mieux en mieux. Les politiques influencent la pratique des	A pleinement conscience des investissements réalisés par le biais des politiques publiques et de la confiance des pouvoirs publics pour soutenir et croire au développement des soins infirmiers en obstétrique mais elle estime que les progrès en termes de changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement ne sont pas aussi importants que ce que l'on aurait pu attendre si on étudie les indicateurs actuels. Ces changements ne sont pas proportionnels aux moyens investis par les pouvoirs publics.	Le *Rede Cegonha* à travers son incitation financière a participé à l'avancée du changement du modèle de soins autour de la naissance et de l'accouchement : réduction du taux de césariennes, obligation de la présence d'infirmières obstétricales en garde. Les indicateurs de sa maternité, qui utilise un modèle de soins humanisé de l'accouchement, sont très bons. Ce modèle de soins est soutenu par les politiques de santé de la préfecture de Belo Horizonte.

			présence d'un accompagnant pour la femme. L'HSF fait office de modèle dans la mise en œuvre de ces politiques. Les politiques garantissent et sécurisent leur pratique.	infirmières obstétricales puisqu'elles donnent un cadre, soutiennent, guident et permettent la formation des infirmières obstétricales.	Les politiques de santé publique lui permettent d'exercer en tant qu'infirmière obstétricale autonome dans son champ de compétences. Elles sont un soutien. Ces politiques publiques s'appuient sur la Loi sur la pratique professionnelle des infirmières obstétricales avec leur code éthique pour créer d'autres politiques. Ces politiques permettent donc d'apporter de la visibilité et du soutien à la pratique des infirmières obstétricales et ceci de manière harmonieuse. Ces politiques sont également en accord avec les recommandations, leurs compétences et leur modèle de	A conscience que le politique cherche à réduire les coûts de la santé. Elle précise donc qu'une infirmière obstétricale ne peut pas remplacer un médecin pour certains actes mais à partir du moment où la grossesse est à bas risque alors la faire prendre en charge par une infirmière obstétricale réduit les coûts et améliore les indicateurs qualité. A partir de là, les politiques de santé vont alors favoriser cette pratique et donc promouvoir ce groupe professionnel, surtout dans les endroits où les ressources sont faibles. Cela implique une reconnaissance mais aussi une responsabilité du

					soins institutionnel. Elle les examine afin de nourrir sa pratique.	groupe professionnel que certains ne sont pas prêts à assumer. C'est pourquoi dans certains endroits, les politiques de santé ne sont pas appliquées. Alors le gouvernement va créer une incitation financière pour les maternités afin de les encourager à mettre en œuvre les politiques de santé et à avoir plus d'infirmières obstétricales.
Autre	*Remerciements*	L'EO nous remercie de lui avoir permis de s'exprimer et nous indique avoir apprécié notre partage au cours de cette recherche qui valorise l'activité des EO au Brésil.			Nous remercie pour l'entretien.	
	Retour sur notre collaboration			A apprécié notre contact qu'il a trouvé harmonieux. Ce fut une bonne expérience. Espère un jour venir en France voir les		

				sages-femmes travailler.		

ANNEXE 29 : pratiques efficaces et inefficaces présentées par catégories, dans le cadre d'analyse des soins maternels et néonatals de qualité relevant de la maïeutique, The Lancet, 2014, pp. 14-15

Pratiques efficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

*Organisation des soins (n=7)**

- Comparaison des établissements conventionnels et alternatifs pour le travail et l'accouchement[59]
- Programmes d'évaluation du travail visant à retarder l'admission en salle d'accouchement avant la phase active[60]
- Allaitement exclusif pendant au moins 6 mois pour un bénéfice de santé optimal[61]
- Paquets d'interventions communautaires pour la prévention de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale et l'amélioration de la santé des nouveau-nés[62]
- Comparaison de modèles de surveillance globale assurée par la sage-femme et autres modèles de prise en charge des femmes enceintes[29]
- Non réduction du nombre de consultations prénatales lorsque leur nombre est déjà faible (c'est-à-dire inférieur à 5)[63]
- Agents de santé maternelle et infantile non qualifiés dans les secteurs de soins primaires et communautaires et prise en charge des maladies infectieuses[64]

*Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)**

- Moustiquaires imprégnés d'insecticide pour la prévention du paludisme pendant la grossesse[65]
- Conseils spécifiques sur une augmentation de l'apport en énergie et en protéines et supplément protéiné pendant la grossesse[66]
- Interventions pour promouvoir l'arrêt du tabac pendant la grossesse[67]
- Éducation à la santé et soutien par les pairs pour promouvoir l'initiation de l'allaitement[68]
- Supplémentation en acide folique pour les femmes enceintes de moins de 12 semaines ou avant la grossesse, pour la prévention des anomalies du tube neural[69]
- Supplémentation en zinc pour améliorer les résultats de la grossesse et la condition du nouveau né[70]
- Supplémentation orale universelle quotidienne en fer, ou en fer et acide folique, pendant la grossesse pour améliorer la santé maternelle et les résultats sur l'issue de la grossesse[71]
- Supplémentation orale intermittente en fer, ou en fer et acide folique, ou en fer et vitamines, ou en fer et sels minéraux pendant la grossesse pour améliorer la santé maternelle et les résultats sur l'issue de la grossesse[72]
- Supplémentation en calcium pendant la grossesse pour la prévention des troubles hypertensifs et problèmes connexes[73]
- La supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse[74]
- Éducation sur l'utilisation de moyens contraceptifs par les femmes après l'accouchement[75]

*Évaluation, dépistage et planification des soins (n=1)**

- Dépistage et traitement des infections des voies génitales basses pendant la grossesse afin de prévenir les accouchements prématurés[76]

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Antirétroviraux visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH[77]
- Médicaments pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte[78]
- Thérapie antirétrovirale pour le traitement de l'infection par VIH chez les femmes enceintes pouvant en bénéficier[79]
- Massage digital du périnée pendant la grossesse pour prévenir les traumatismes périnéaux[80]
- Stimulation des seins pour la maturation cervicale et le déclenchement du travail[81]
- Soutien continu pendant le travail[82]
- Positions verticales pendant la phase de dilatation[83]
- Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur pendant le travail[84]
- Analgésie par inhalation pour soulager la douleur pendant le travail[85]
- Immersion dans l'eau pendant les phases de dilatation et d'expulsion[86]
- Techniques périnéales pendant la phase d'expulsion[87]
- Pratique restrictive de l'épisiotomie[88]
- Déclampage du cordon ombilical précédemment clampé et divisé permettant le drainage libre du cordon ombilical[89]
- Délivrance dirigée[90]
- Ergométrine ou ocytocine prophylactique pendant la délivrance[91]
- Carbétocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum[92]
- Ocytocine prophylactique pour la prévention de l'hémorragie du post-partum[93]
- Prostaglandine (misoprostol) dans la prévention de l'hémorragie du post-partum[94]
- Contact peau à peau entre mère et nouveau-né dans les premières 24 heures[95]
- Paracétamol (dose unique) pour les douleurs du post-partum immédiat[96]
- Tout type d'analgésique approuvé pour le traitement des douleurs après l'accouchement par voie basse[97]
- Analgésie rectale pour le traitement de la douleur après suture du périnée[98]
- Soutien pour les mères qui allaitent[99]
- Anatoxine tétanique pour les femmes enceintes, en prévention du tétanos néonatal[100]
- Interventions pour le traitement de la constipation pendant la grossesse[101]
- Traitement topique de la candidose vaginale pendant la grossesse[102]

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)†

- Antibiotiques pour traiter la gonorrhée pendant la grossesse[103]
- Traitement de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis pendant la grossesse[104]
- Interventions contre la trichomonase pendant la grossesse[105]
- Antibiotiques pour traiter la vaginose bactérienne pendant la grossesse[106]
- Antibiotiques pour traiter la bactériurie asymptomatique pendant la grossesse[107]
- Traitements des infections urinaires symptomatiques pendant la grossesse[108]
- Administration d'anti-Rhésus D pendant la grossesse pour prévenir l'allo-immunisation anti-Rhésus D[109]
- Interventions pour la prévention et le traitement des douleurs pelviennes et dorsales pendant la grossesse[110]
- Hydratation maternelle orale pour augmenter le volume du liquide amniotique dans les cas d'oligohydramnios[111]
- Version céphalique externe en cas de présentation du siège à terme[112]
- Antiagrégants plaquettaires (aspirine à faible dose) pour éviter la pré-éclampsie et ses complications[113]
- Accouchement planifié immédiat versus expectative en cas de rupture prématurée des membranes à terme[114]
- Interventions pharmacologiques et mécaniques pour déclencher le travail, en ambulatoire[115]
- Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour gérer la douleur pendant le travail[116]

(Suite à la page suivante)

(Suite de la page précédente)

- Acupuncture ou acupression pour la gestion de la douleur pendant le travail[117]
- Application d'une pression négative rapide ou par étapes pour l'accouchement par ventouse[118]
- Comparaison de suture continue et interrompue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré[119]
- Administration d'anti-Rhésus D après la naissance pour prévenir l'allo-immunisation Rhésus D[120]
- Traitement des femmes souffrant d'anémie ferriprive du post-partum[121]
- Antibiothérapie de l'endométrite du post-partum[122]
- Soins maternels kangourou pour réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons de faible poids à la naissance[123]
- Interventions non pharmacologiques, psychosociales ou psychologiques pour la prévention de la dépression du post-partum[124]
- Photothérapie par fibre optique pour le traitement de l'ictère néonatal[125]
- Interventions d'urgence:
  - Sulfate de magnésium pour les femmes présentant une pré-éclampsie[126]
  - Sulfate de magnésium pour le traitement de l'éclampsie[127;128]

Pratiques efficaces pour les femmes enceintes et les nourrissons mais présentant un compromis entre avantages et inconvénients

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Traitement prophylactique des alcaloïdes de l'ergot de seigle pendant la délivrance (réduction significative de la perte sanguine moyenne et des hémorragies post-partum d'au moins 500 ml et de l'administration thérapeutique d'utérotoniques, mais augmentation de la tension artérielle est un des effets indésirables)[129]

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, en 26 revues)†

- Balayage des membranes pour déclencher le travail (séparation digitale des membranes du segment utérin inférieur pendant l'examen vaginal, intervention efficace pour réduire la durée de la grossesse et du nombre de grossesses au-delà de 41 et 42 semaines, mais comportant des effets indésirables [douleur, saignements, contractions irrégulières])[130]

Pratiques inefficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

*Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)**

- Supplémentation en vitamine A pour les femmes pendant le post-partum[131]
- Supplémentation en calcium (sauf pour la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle)[132]

*Évaluation, dépistage et planification des soins (n=1)**

- Cardiotocographie continue comme méthode de monitoring fœtal pendant le travail (associée à une réduction des convulsions néonatales, mais aucune différence significative sur l'incidence de la paralysie cérébrale, de la mortalité infantile ou d'autres mesures du bien-être néonatal. En revanche, la cardiotocographie a été associée à une augmentation des césariennes et des accouchements instrumentaux par voie basse).[133]

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Rasage systématique du périnée lors de l'admission en salle de travail[134]
- Position à quatre pattes en fin de grossesse ou durant le travail pour la malposition fœtale (latérale ou postérieure)[135]
- Usage restreint de la sucette pendant l'allaitement maternel des nourrissons à terme afin de prolonger la durée de l'allaitement maternel[136]
- Injection veineuse ombilicale systématique pour la délivrance[137]
- Lavements pendant le travail[138]
- Amniotomie pour raccourcir la longueur du travail spontané[139]
- Administration prophylactique d'utérotoniques (avant et après l'expulsion du placenta après un accouchement par voie basse)[140]

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)†

- *Hospitalisation et alitement en cas de grossesse multiple*[141]
- *Soutien pendant la grossesse pour les femmes présentant un risque accru d'accouchement de bébés de faible poids de naissance*[142]
- *Injection veineuse ombilicale pour le traitement de la rétention placentaire*[143]
- *Supplémentation en vitamines pour la prévention des fausses couches*[144]

ANNEXE 30 : compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme par l'ICM en 2010

Nous précisons que ce document était celui en vigueur au moment de notre recherche de terrain au Brésil en 2016-2017 mais qu'il a depuis été mis à jour en 2018.

LA CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES
Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010

Révisé en 2013

PRÉFACE

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) est une fédération d'associations de sages-femmes qui représentent des pays du monde entier. L'ICM travaille en relations étroites avec l'Organisation mondiale de la santé, toutes les agences onusiennes et les gouvernements pour soutenir des stratégies de soins en faveur de la maternité sans risque et de la santé primaire pour les familles du monde entier. L'ICM prend l'initiative d'élaborer la définition de la sage-femme et de délimiter le champ d'activité de la pratique de sage-femme (les compétences essentielles). L'ICM œuvre également en faveur de normes et de lignes directrices qui définissent la structure et le contexte attendus des programmes de formation précédant l'entrée en service, fournit des conseils pour le développement des réglementations concernant la pratique de sage-femme et aide les pays à renforcer la capacité des associations de sages-femmes et à perfectionner les leaders de la profession de sage-femme dans le monde entier.

Dans tout ce document, le terme « compétences » est utilisé pour faire référence à la fois à la description générale en tête de chaque section ainsi qu'aux connaissances, capacités techniques et comportements requis de la sage-femme en toute circonstance, pour une pratique sans risque de son métier. Elles répondent aux questions « Qu'est-ce qu'une sage-femme est censée savoir ? » et « Que fait une sage-femme ?» Les compétences se basent *sur l'expérience clinique*.

La majorité des compétences sont considérées comme étant *de base* ou *fondamentales*, c'est-à-dire des compétences que l'on est en droit d'attendre, avant l'entrée en service, d'une sage-femme qui a suivi une formation en pratique de sage-femme. D'autres sont appelées connaissances ou capacités techniques *complémentaires*. Les capacités techniques complémentaires sont définies comme pouvant être apprises ou réalisées par des sages-femmes dans l'un des deux cas suivants : a) les sages-femmes choisissent de faire appel à une plus grande diversité de pratiques et/ou b) les sages-femmes doivent faire appel à certaines capacités techniques pour modifier le sort de la mère ou du nouveau-né. Cela permet des variations dans la préparation et la pratique des sages-femmes dans différentes régions du monde, en fonction des besoins de leur communauté locale et/ou de leur pays.

Les compétences sont rédigées en tenant compte du fait que les sages-femmes acquièrent leurs connaissances et leurs capacités techniques après avoir emprunté des parcours

pédagogiques différents. Elles peuvent être utilisées par les sages-femmes, les associations de sages-femmes et les organismes de réglementation responsables de la formation et de la pratique de sage-femme dans leur pays ou région. Les compétences essentielles sont des lignes directrices qui stipulent ce que doit obligatoirement contenir le programme de formation des sages-femmes avant l'entrée en service et fournissent des informations aux gouvernements et à d'autres organismes de prise de décision qui ont besoin de comprendre la contribution que peuvent apporter les sages-femmes au système des soins de santé. Les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* sont complétées par les normes et lignes directrices de l'ICM qui ont trait à la formation des sages-femmes, à la réglementation et à la pratique clinique.

Les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* est un document en évolution constante. Les énoncés des compétences font l'objet d'évaluations et de modifications permanentes au gré de l'émergence et de l'évolution des preuves sur les soins et les pratiques de santé, et au fur et à mesure de l'évolution des besoins en soins de santé des femmes enceintes et de leurs familles.

CONCEPTS CLÉS ASSOCIÉS À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Il existe un certain nombre de concepts clés de pratique de sage-femme qui définissent le rôle unique des sages-femmes dans la promotion de la santé des femmes enceintes et de leurs familles. Entre autres :

- le partenariat avec les femmes pour promouvoir les soins personnels et la santé des mères, des nourrissons et des familles ;
- le respect de la dignité humaine et des femmes en tant que personnes jouissant de droits de la personne à part entière ;
- la défense des femmes afin qu'elles fassent entendre leur voix et que leurs choix en matière de soins de santé soient respectés ;
- la sensibilité culturelle y compris le travail en collaboration avec les femmes et les prestataires de soins de santé pour venir à bout des pratiques culturelles néfastes pour les femmes et les bébés ;
- une orientation sur la promotion de la santé et la prévention des maladies qui considère la grossesse comme un événement normal de la vie ; et
- le plaidoyer en faveur du travail et de l'accouchement physiologiques normaux pour obtenir des résultats optimaux pour les mères et les nourrissons

LE CHAMP D'APPLICATION DE LA PRATIQUE DU MÉTIER DE SAGE-FEMME

Le champ d'application de la pratique du métier de sage-femme utilisé dans l'ensemble de ce document s'appuie sur la *Définition internationale de la sage-femme* de l'ICM qui reconnaît que la sage-femme est une professionnelle responsable et comptable de ses actes qui travaille en partenariat avec les femmes, pour prodiguer le soutien, les soins et conseils nécessaires pendant la grossesse, le travail et la période post-partum, pour réaliser les accouchements dont la sage-femme est entièrement responsable et pour fournir des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion du travail et de l'accouchement physiologiques normaux, la détection de complications, l'accès à une aide médicale ou autre appropriée et l'exécution de mesures d'urgence.

La sage-femme a un rôle important en matière de conseil et d'éducation sanitaires, non seulement pour la femme mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Cette tâche comprend l'éducation prénatale et la préparation des parents à leur nouveau rôle et peut couvrir la santé des femmes, la santé sexuelle ou la santé reproductive et les soins aux enfants. La sage-femme peut également jouer un rôle précieux, en tant que défenseur des pratiques de sage-femme fondées sur la preuve, pour faire progresser les politiques de santé publique relatives à la santé des femmes et aux soins de santé de la mère et de l'enfant.

La sage-femme peut exercer dans n'importe quel lieu à domicile, dans la communauté, les hôpitaux, les cliniques ou les centres de naissances.

LA CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES

Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010

COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE CONTEXTE SOCIAL, ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CULTUREL DES SOINS MATERNELS ET DU NOUVEAU-NÉ

COMPÉTENCE # 1: Les sages-femmes ont les capacités cognitives et techniques nécessaires dans les domaines de l'obstétrique, de la médecine néonatale, des sciences sociales, de la santé publique et de l'éthique pour prodiguer des soins de haute qualité, adaptés sur le plan culturel et appropriés aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et à leurs familles.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- les facteurs communautaires et sociaux déterminants pour la santé (ex: revenus, alphabétisation et scolarisation, approvisionnement en eau et assainissement, logement, dangers environnementaux, sécurité alimentaire, tendances des maladies, menaces fréquentes pour la santé)
- les principes de soins de santé primaires de proximité utilisant des stratégies de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies.
- les causes directes et indirectes de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans la communauté locale et les stratégies pour les réduire
- la méthodologie utilisée pour entreprendre une analyse des décès maternels et des audits sur les accidents évités de justesse
- les principes d'épidémiologie, de diagnostic communautaire (y compris l'eau et l'assainissement) et comment les utiliser dans la prestation des soins
- les méthodes de prévention et de contrôle des infections, appropriées au service fourni
- les principes de recherche, les pratiques basées sur des données probantes, l'interprétation critique de la littérature professionnelle et l'interprétation des statistiques démographiques et des résultats de la recherche
- les indicateurs de services de santé de qualité
- les principes de l'éducation sanitaire
- les services et infrastructures de santé au niveau national et local qui soutiennent le continuum de soins (systèmes organisationnels et d'orientation), comment accéder aux ressources nécessaires pour les soins de pratique de sage-femme.
- les programmes nationaux pertinents (offre de services ou d'informations sur la façon d'aider les membres de la communauté à accéder aux services (ex. aux programmes de vaccination et de prévention ou au traitement de conditions médicales prévalentes dans le pays)
- le concept d'alerte (préparation), les ressources pour l'orientation vers des structures de santé de niveaux supérieurs, les mécanismes de communication et de transport [soins d'urgence]

- le cadre juridique et réglementaire qui régit la santé reproductive des femmes de tout âge, y compris les lois, politiques, protocoles et recommandations professionnelles
- les droits de l'homme et leurs conséquences sur la santé des individus (couvre des problèmes comme la violence domestique et la mutilation génitale féminine [excision])
- les stratégies de plaidoyer et d'autonomisation des femmes
- a culture et les croyances locales (y compris les croyances religieuses, les rôles assignés selon le genre)
- les pratiques de santé traditionnelles et modernes (bénéfiques et dangereuses)
- les avantages et risques des lieux d'accouchement disponibles (préparation à l'accouchement)
- les stratégies pour militer aux côtés des femmes pour toute une gamme de lieux d'accouchement sans risque.

Comportements professionnels

DE BASE

La sage-femme…

- est responsable sur le plan moral et légal des décisions et actes cliniques
- agit toujours conformément aux règles de déontologie et aux valeurs de la profession ainsi qu'aux droits de l'homme
- agit en permanence conformément aux standards de pratique
- entretient/renouvelle ses connaissances et capacités techniques afin d'être à jour dans la pratique
- utilise des précautions universelles / standard, des stratégies de prévention et de contrôle des infections et des techniques hygiéniques
- se comporte de manière courtoise, sans jugement, sans discrimination et en s'adaptant aux différences culturelles de tous les clients
- respecte les individus et leur culture et coutumes indépendamment de leur statut, origine ethnique ou convictions religieuse
- maintient la confidentialité de toutes les informations que lui confie la femme; ne communique des informations essentielles à d'autres prestataires des soins de santé ou aux membres de la famille qu'avec la permission explicite de la femme et en cas de besoin impérieux
- travaille en partenariat avec les femmes et leurs familles, leur donne les moyens et leur fournit l'aide nécessaire pour faire des choix éclairés sur leur santé, y compris la nécessité d'être orientée ou transférée vers d'autres prestataires ou établissements de santé pour continuer à recevoir des soins, lorsque les besoins médicaux de la femme dépassent les compétences de la sage-femme et leur droit de refuser des tests ou interventions
- travaille en collaboration (travail d'équipe) avec d'autres professionnels-de la santé pour améliorer la prestation de services aux femmes et aux familles

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- participer à des séances d'éducation sanitaire avec et pour les femmes et leurs familles
- utilise des techniques de communication et d'écoute appropriées dans tous les domaines de compétences
- assembler, utiliser et entretenir les équipements et fournitures nécessaires à l'exercice de ses fonctions
- enregistrer et interpréter les résultats pertinents pour les services fournis dans tous les domaines de compétences y compris ce qui a été fait et ce qui nécessite un suivi
- se conformer à toutes les réglementations locales relatives aux déclarations naissances et des décès
- démontrer des qualités de leadership dans l'exercice de la profession basées sur des convictions et des valeurs professionnelles

COMPLEMENTAIRE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- réaliser des tâches et activités administratives et de gestion, y compris la gestion de la qualité et des ressources humaines, qui s'alignent au niveau des prestations de services et aux attributions de la sage-femme
- démontrer des qualités de leadership dans le domaine politique

COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SOINS PRODIGUÉS AVANT LA GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION

COMPÉTENCE # 2: Les sages-femmes fournissent une éducation et des services de santé de haute qualité qui prennent en compte les spécificités culturelles pour toute la collectivité afin de promouvoir une vie de famille saine, les grossesses désirées et une éducation positive des enfants.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- la croissance et le développement liés à la sexualité, au développement sexuel et à l'activité sexuelle
- l'anatomie et la physiologie de l'homme et de la femme en rapport avec la conception et la reproduction
- es normes et pratiques culturelles qui entourent la sexualité, les pratiques sexuelles et la grossesse
- les éléments d'antécédents médicaux, les antécédents familiaux et les antécédents génétiques appropriés
- en quoi consistent un examen physique et des méthodes d'investigation en laboratoire permettant d'évaluer les chances d'une grossesse sans risque
- l'éducation sanitaire portant sur la santé sexuelle et reproductive (ex: telles que les infections sexuellement transmissibles, le VIH et la santé des nouveau-nés et des enfants)
- les principes de base de la pharmacocinétique et des drogues et agents utilisés dans la contraception
- les méthodes de contraception culturellement acceptables et disponibles localement
- les méthodes de contraception actuelles notamment les méthodes barrières, stéroïdes, mécaniques, chimiques et chirurgicales, leur mode d'action, leur mode d'emploi, leurs avantages et risques; les rumeurs et mythes qui ont une incidence sur l'utilisation de la contraception
- les critères d'éligibilité médicale à toutes les méthodes de contraception y compris les délais appropriés pour la méthode utilisée
- les méthodes et stratégies pour orienter les femmes et/ou les couples qui ont besoin de prendre des décisions sur le choix d'une méthode de contraception
- les signes et symptômes d'infections urinaires et d'infections sexuellement transmissibles survenant couramment dans la communauté/le pays
- les indicateurs de maladies aigues et chroniques courantes spécifiques à une région du monde qui présentent des risques pour la femme enceinte et le fœtus (ex: VIH, TB et paludisme) et le processus d'orientation pour tests / traitement complémentaires y compris le traitement préventif post-exposition

- les indicateurs et méthodes disponibles pour fournir conseils et orientation en cas de relations interpersonnelles dysfonctionnelles comme les problèmes sexuels, la violence sexiste, la violence psychologique et la négligence physique
- les principes des méthodes de dépistage du cancer de l'utérus (ex: tels que l'inspection visuelle avec acide acétique, test de Papanicolaou et colposcopie)

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- consigner toutes les données relatives aux antécédents médicaux, obstétricaux, gynécologiques et de santé de la reproduction
- faire participer la femme et sa famille à un counselling pré-conceptuel, adaptés à sa situation, à ses besoins et à ses intérêts personnels
- faire un examen physique de la femme, y compris un examen clinique des seins, en tenant compte de l'état dans lequel la femme se présente
- demander et/ou réaliser et interpréter des tests de laboratoire courants (ex: hématocrite, analyse d'urine avec bandelette réactive pour la détection de l'albuminurie)
- demander et/ou réaliser et interpréter certains tests de dépistage comme le dépistage de la tuberculose, du VIH et des IST
- fournir soins, aide et orientation **ou** traitement à la femme séropositive et une assistance sociopsychologique en matière de VIH et des tests de dépistage pour les femmes qui ne connaissent pas leur statut séropositif
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la règlementation de la pratique) **des méthodes de contraception culturellement acceptables et disponibles localement**
- conseiller les femmes sur la gestion des effets secondaires et des problèmes liés á l'utilisation des méthodes de contraception
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la règlementation de la pratique) une **contraception d'urgence** conformément aux politiques, protocoles, lois ou réglementations
- fournir les méthodes couramment disponibles de contraception barrière, stéroïdes, mécaniques et chimiques
- effectuer ou prescrire une cytologie cervicale (test de Papanicolaou)

COMPLEMENTAIRE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- utiliser le microscope pour effectuer des tests de dépistage simples
- insérer et retirer des dispositifs contraceptifs intrautérins
- insérer et retirer des implants contraceptifs
- réaliser une visualisation du col à l'acide acétique et décider si un transfert et un traitement sont nécessaires
- réaliser une colposcopie pour le dépistage du cancer de l'utérus et décider si un transfert et un traitement sont nécessaires

COMPÉTENCE RELATIVE À L'OFFRE DE SOINS PENDANT LA GROSSESSE

COMPÉTENCE # 3: Les sages-femmes fournissent des soins prénatals de haute qualité pour une santé optimale de la femme pendant sa grossesse et sauront détecter et traiter suffisamment tôt certaines complications ou orienter la femme vers une personne compétente.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- l'anatomie et la physiologie du corps humain
- la biologie de la reproduction humaine, le cycle menstruel et le processus de conception
- les signes et symptômes de grossesse
- les examens et tests pour confirmer la grossesse
- les méthodes de diagnostic d'une grossesse ectopique
- les principes du calcul du terme de la grossesse par les antécédents menstruels, la taille de l'utérus, les caractéristiques de croissance utérine et l'utilisation de l'échographie (le cas échéant)
- les éléments des antécédents médicaux et d'un examen physique ciblé pour les visites prénatales
- les manifestations des différents degrés de mutilation génitale féminine (excision) et leurs conséquences potentielles sur la santé des femmes, notamment l'accouchement
- les résultats normaux de tests de dépistage de base réalisés en laboratoire en fonction des besoins de la région du monde; niveaux de fer, analyse d'urine pour la détection de sucre, de protéines, d'acétone, de bactéries
- la progression normale de la grossesse: changements physiologiques, petits maux courants, caractéristiques de croissance utérine attendues
- les conséquences des écarts par rapport aux caractéristiques de croissance utérine attendues, y compris retard/défaut de croissance intra-utérine, oligoamnios, polyamnios et fœtus multiples
- les facteurs de risque fœtaux exigeant le transfert de la femme à des niveaux de soins supérieurs avant le travail et l'accouchement
- les changements psychologiques normaux au cours de la grossesse, les indicateurs de stress psychosocial et l'impact de la grossesse sur la femme et sa famille
- les substances non-pharmacologiques sans danger et disponibles localement pour soulager les petits maux courants de la grossesse
- comment juger le bien-être fœtal pendant la grossesse notamment le rythme cardiaque et les mouvements
- les besoins nutritionnels de la femme enceinte et du fœtus

- les besoins en matière d'éducation sanitaire pendant la grossesse (ex: informations pour soulager les petits maux courants, l'hygiène, la sexualité, le travail à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile)
- les principes de base de la pharmacocinétique des drogues prescrites, dispensées et fournies aux femmes pendant la grossesse
- les effets des médicaments prescrits, des drogues illicites, des médicaments traditionnels et des médicaments vendus sans ordonnance sur la grossesse et le fœtus
- les effets du tabac, de l'abus d'alcool et des drogues illicites sur la femme enceinte et le fœtus
- les éléments essentiels de la préparation à l'accouchement (préparation au travail et à la naissance de l'enfant et aux situations d'urgence)
- les éléments de la préparation du foyer/de la famille pour l'arrivée du nouveau-né
- les signes et symptômes du début du travail (notamment la perception et les symptômes de la femme)
- les techniques pour permettre à la femme de mieux se décontracter et les méthodes de soulagement de la souffrance disponibles pendant le travail
- les signes, symptômes et conséquences potentielles de problèmes médicaux qui mettent en danger la vie de la femme enceinte et/ou de son fœtus(ex: pré-éclampsie/éclampsie, saignements vaginaux, accouchement prématuré, anémie grave, allo-immunisation foetomaternelle, syphilis)
- les moyens et méthodes disponibles pour fournir des conseils de soins, de traitement et d'assistance à la femme enceinte séropositive, y compris des mesures pour éviter la transmission mère-enfant (y compris les choix mis à la disposition de la femme pour alimenter son bébé)
- les signes, symptômes et indications qu'un transfert est nécessaire en raison de complications et de problèmes médicaux particuliers pendant la grossesse qui affectent la mère ou le fœtus (ex: asthme, infection au VIH, diabète, maladie cardiaque, présentation anormale, problèmes placentaires, accouchement prématuré, grossesse prolongée)
- les mesures de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse, en fonction de la structure de morbidité dans le pays notamment le traitement préventif intermittent (TPIg) et la promotion des moustiquaires insecticides
- le fondement pharmacologique d'un traitement vermifuge pendant la grossesse (s'il est pertinent dans le pays où il est pratiqué)
- la physiologie de la lactation et les méthodes de préparation des femmes à l'allaitement au sein

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- noter en premier lieu les antécédents médicaux puis faire un suivi à chaque visite prénatale
- effectuer un examen physique et en expliquer les résultats à la femme
- prendre et évaluer les signes vitaux de la mère y compris sa température, sa tension artérielle, son pouls
- évaluer l'état nutritionnel de la mère et les liens avec la croissance du fœtus; donner des conseils appropriés sur les besoins nutritionnels pendant la grossesse et comment les satisfaire
- effectuer un examen abdominal complet y compris le calcul de la hauteur utérine ainsi que la position, l'orientation et la descente du fœtus
- évaluer la croissance du fœtus à l'aide de calculs manuels
- évaluer la croissance du fœtus, l'insertion du placenta et la quantité du liquide amniotique par une échographie (si le matériel est disponible)
- écouter le rythme cardiaque fœtal et palper l'utérus pour apprécier les mouvements actifs du foetus et interpréter les résultats
- contrôler le rythme cardiaque fœtal à l'aide d'un Doppler (le cas échéant)
- effectuer un examen pelvien y compris la prise des mensurations utérines lorsque cela est indiqué et approprié au cours de la grossesse
- réaliser la pelvimétrie clinique [évaluation des os du pelvis] pour déterminer si les structures osseuses sont adéquates.
- calculer la date prévue de date prévue d'accouchement
- fournir une éducation sanitaire aux adolescents, aux femmes et aux familles sur la progression normale de la grossesse, les signes et symptômes de danger et quand et comment contacter la sage-femme
- enseigner et/ou démontrer des mesures pour soulager les petits maux courants de la grossesse
- fournir conseils et préparation de base pour le travail, l'accouchement et la fonction de parent
- identifier ce qui n'est pas normal pendant la grossesse et mettre en place les interventions indépendantes ou collaboratives de première ligne appropriées sur la base de recommandations fondées sur des données probantes, de normes locales et de ressources disponibles pour :
    - état nutritionnel de la mère qui est insuffisant et/ou inadéquat
    - une croissance utérine inadéquate ou excessive, notamment en cas de suspicion d'oligoamnios, polyamnios ou de grossesse molaire
    - une tension artérielle élevée, protéinurie, présence d'un œdème important, maux de tête frontaux sévères, changements visuels, douleur épigastrique associée avec une tension artérielle élevée
    - des saignements vaginaux
    - une gestation multiple, une présentation anormale à terme
    - la mort fœtale intra-utérine
    - une rupture prématurée des membranes
    - le statut séropositif et / ou le SIDA
    - une infection par le virus de l'hépatite B et C

- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la règlementation de la pratique) **une gamme de médicaments d'urgence** (ex: antibiotiques, anticonvulsivants, antipaludiques, antihypertenseurs, antirétroviraux) aux femmes qui en ont besoin à cause de leur état de santé
- identifier des écarts par rapport à la norme pendant la grossesse et lancer la procédure de transfert pour les états médicaux qui requièrent une intervention de niveau supérieur

COMPÉTENCES DANS L'OFFRE DE SOINS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

COMPÉTENCE # 4: Les sages-femmes prodiguent des soins culturellement acceptables et de haute qualité pendant le travail, réalisent un accouchement sans risque dans les conditions hygiéniques et font face à des situations d'urgence particulières pour maximiser la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- la physiologie du premier, du second et du troisième stade du travail
- l'anatomie du crâne du fœtus, diamètres et repères critiques
- les aspects psychologiques et culturels du travail et de l'accouchement
- les indicateurs de la phase latente et du début du travail actif
- les signes indiquant qu'il faut stimuler le début du travail et augmenter la contractilité utérine
- la progression normale du travail
- l'utilisation du partogramme (c'est-à-dire réaliser l'enregistrement ; interpréter les informations pour décider d'une prise en charge du travail appropriée et en temps voulu)
- les paramètres d'évaluation du bien-être du fœtus pendant le travail
- les paramètres d'évaluation du bien-être de la mère pendant le travail
- le processus de passage [descente] du fœtus par le pelvis pendant le travail et l'accouchement; les mécanismes du travail pour les différentes présentations et positions fœtales
- les mesures de confort pendant la première et la deuxième étape du travail; ex. présence/aide de la famille, positionnement pendant le travail et l'accouchement, hydratation, soutien émotionnel, méthodes de soulagement de la douleur non-pharmacologiques
- les mesures pharmacologiques pour la gestion et le contrôle de la douleur pendant le travail, notamment les risques relatifs, les inconvénients et la sécurité des méthodes spécifiques de gestion de la douleur et leur conséquence sur la physiologie normale du travail

- les signes et symptômes de complications pendant le travail (ex: saignements, arrêt du travail, mauvaise présentation, éclampsie, détresse maternelle, souffrance fœtale, infection, procidence du cordon)
- les principes de prévention d'endommagement du plancher pelvien et de déchirures périnéales
- les signes indiquant la nécessité de pratiquer une épisiotomie
- les principes de prise en charge expectante (physiologique) du troisième stade du travail
- les principes de gestion active du troisième stade du travail
- les principes sous-jacents à la technique de réparation des déchirures périnéales et de l'épisiotomie
- les signes indiquant la nécessité d'une gestion, d'une orientation ou d'un transfert d'urgence pour les urgences obstétricales (ex: procidence du cordon, dystocie des épaules, saignement utérin et rétention de placenta)
- les signes indiquant la nécessité de procéder à un accouchement par césarienne, une extraction par ventouse, l'utilisation de forceps ou une symphisiotomie (ex : souffrance du fœtus, disproportion céphalo-pelvienne)

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- noter des données spécifiques sur le déroulement du travail et les signes maternels vitaux pendant le travail
- réaliser un examen physique ciblé pendant le travail
- effectuer un examen abdominal complet pour déterminer la position et la descente du fœtus
- chronométrer la durée des contractions utérines et évaluer leur efficacité
- réaliser un examen pelvien complet et précis pour évaluer la dilatation, l'effacement, la descente, la présentation, la position, l'état des membranes et si le pelvis est adapté à la naissance du bébé par les voies vaginales
- contrôler la progression du travail à l'aide du partogramme ou d'un outil d'enregistrement similaire
- fournir un soutien psychologique et physique à la femme et à la famille et promouvoir l'accouchement normal
- encourager la présence d'une personne de confiance pendant le travail et l'accouchement
- fournir hydratation, nutrition et mesures de confort non-pharmacologiques adéquates pendant le travail et l'accouchement
- fournir des thérapies pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement (dans des lieux d'accouchement appropriés)
- prendre soin de la vessie notamment par la pose d'une sonde vésicale le cas échéant
- identifier rapidement des anomalies dans le travail et entreprendre une intervention appropriée et au moment adéquat et/ou diriger la femme vers un spécialiste
- stimuler ou augmenter la contractilité utérine à l'aide d'agents non-pharmacologiques
- stimuler ou augmenter la contractilité utérine à l'aide d'agents pharmacologiques (dans des lieux d'accouchement appropriés)
- administrer une anesthésie locale au niveau du périnée en prévision d'une épisiotomie ou de la réparation d'une déchirure périnéale
- effectuer une épisiotomie si nécessaire

- effectuer des manœuvres manuelles appropriées pour un accouchement vertex
- réaliser des manœuvres manuelles appropriées pour les accouchements par le siège et en cas de présentation de la face
- clamper et couper le cordon
- mettre immédiatement en place des interventions nécessaires à la survie en cas d'urgences obstétricales (ex: procidence du cordon, présentation anormale, dystocie des épaules et souffrance du fœtus) pour sauver la vie du fœtus tout en attendant l'arrivée d'un médecin et/ou en attendant un transfert
- gérer un nouveau-né présentant une circulaire du cordon à la naissance
- soutenir la prise en charge expectante (physiologique) du troisième stade du travail
- réaliser la prise en charge active du troisième stade du travail en suivant le protocole basé sur la preuve le plus récent
- inspecter le placenta et les membranes pour vérifier leur intégrité
- effectuer un massage utérin pour stimuler la contraction utérine et tonifier l'utérus
- fournir un environnement sûr pour la mère et l'enfant afin de promouvoir l'attachement (établissement de liens affectifs)
- évaluer et enregistrer les pertes de sang de la mère
- inspecter le vagin et le col de l'utérus pour tout signe de lacérations
- suturer une épisiotomie si nécessaire
- réparer les déchirures vaginales / périnéales du 1er et 2ème degré
- gérer les saignements et les hémorragies post-partum à l'aide des techniques et des agents utérotoniques appropriés
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la règlementation de la pratique) **une gamme de médicaments d'urgence** (ex. antibiotiques, anticonvulsifs, antipaludiques, antihypertenseurs, antirétroviraux) aux femmes qui en ont besoin parce qu'elles présentent cette maladie
- effectuer le retrait manuel du placenta
- effectuer une compression bimanuelle interne de l'utérus pour contrôler les saignements
- réaliser une compression de l'aorte
- identifier et gérer un état de choc
- installer une voie d'abord intraveineux, faire des prélèvements sanguins pour réaliser des tests en laboratoire
- organiser et effectuer à temps l'orientation et le transfert des femmes présentant de graves complications, à un niveau d'infrastructure médicale supérieur, en apportant les médicaments et équipements appropriés et en prenant les dispositions nécessaires pour qu'une personne accompagne la femme pour continuer à lui prodiguer les soins d'urgence dont elle a besoin en cours de route.
- réaliser la réanimation cardio-pulmonaire de l'adulte

COMPLEMENTAIRE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- effectuer une extraction par ventouse
- réparer les déchirures vaginales / périnéales du 3ème et 4ème degré
- identifier et réparer les lacérations cervicales

COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES PENDANT LA PÉRIODE POSTNATALE

COMPÉTENCE # 5: Les sages-femmes prodiguent aux femmes des soins postnataux complets, de haute qualité et respectueux des sensibilités culturelles.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- les changements physiques et émotionnels qui surviennent après l'accouchement y compris le processus normal d'involution utérine
- la physiologie et le processus de lactation et les problèmes courants qui y sont associés comme l'engorgement, une montée de lait insuffisante, etc.
- l'importance de l'allaitement précoce pour la mère et l'enfant
- la nutrition, le repos, l'activité et les besoins physiologiques (ex: intestin et vessie) de la mère au cours de la période post-partum immédiate
- les principes de l'établissement de liens affectifs et d'attachement parent-nourrisson, (ex: comment encourager des relations positives)
- les signes de sub-involution (ex:, infection et saignements utérins persistants)
- les signes de problèmes ou de complications relatifs à l'allaitement maternel dont la mastite
- les signes et symptômes de problèmes pouvant mettre la vie de la mère en danger apparaissant pour la première fois pendant la période post-partum (ex: saignements vaginaux persistants, embolie, pré-éclampsie post-partum et éclampsie, septicémie, sévère dépression mentale)
- les signes et symptômes de certaines complications pendant la période post-natale (ex: anémie persistante, hématomes, dépression, thrombophlébite, incontinence anale ou urinaire; rétention urinaire, fistule obstétricale
- les principes de communication interpersonnelle et l'aide aux femmes et/ou aux familles qui sont endeuillées (décès maternel, bébés mort-nés, fausses couches, décès néonatal, malformations congénitales)
- les approches et stratégies d' aide spécifique aux adolescentes victimes de violences sexistes (y compris de viol)
- les principes de curetage manuel par aspiration de la cavité utérine pour en extraire les produits restants de la conception
- les principes de prévention de la transmission du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite B et C de la mère à l'enfant pendant la période post-partum
- les méthodes de contraception appropriées pour la période postpartum immédiate (ex. MAMA, contraception orale progestative)
- les services communautaires post-partum à la disposition de la femme et de sa famille et comment y accéder

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- noter quelques informations y compris des détails de la grossesse, du travail et de l'accouchement
- réaliser un examen physique ciblé de la mère
- fournir des informations et un soutien aux femmes et/ou à leurs familles endeuillées (décès maternel, bébés mort-nés, fausses couches, décès néonatal, anomalies congénitales)
- évaluer l'involution utérine et la cicatrisation des lacérations / sutures
- lancer et soutenir un allaitement précoce (au cours de la première heure)
- apprendre aux mères comment extraire utiliser et conserver le lait maternel exprimé.
- apprendre à la mère comment prendre soin d'elle-même et de son nourrisson après l'accouchement y compris comment identifier les signes et symptômes de complications imminentes et comment utiliser les ressources communautaires
- informer la femme / la famille sur la sexualité et la contraception après l'accouchement
- fournir en même temps des services de contraception en tant qu'élément intégral des soins postnataux
- fournir à temps des soins de première ligne appropriés pour toute complication détectée pendant l'examen post-partum (ex: anémie, hématome, infection de la mère) et la diriger vers d'autres prestataires de soins le cas échéant
- fournir des soins d'urgence en cas d'hémorragie post-partum tardive et transfert à d'autres prestataires de soins si nécessaire

COMPLEMENTAIRE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- réaliser un curetage manuel par aspiration de l'utérus pour les soins d'urgence en cas d'hémorragie post-partum tardive

COMPÉTENCES DANS LES SOINS POSTNATAUX DU NOUVEAU-NÉ

COMPÉTENCE # 6: Les sages-femmes prodiguent des soins complets et de haute qualité pour les nourrissons bien portants de la naissance à deux mois.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- les éléments d'évaluation de la santé immédiate et ultérieure du nouveau-né (notamment score d'APGAR ou autre méthode d'évaluation de la respiration et du rythme cardiaque
- les principes de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (ex. les changements physiologiques qui surviennent dans les systèmes pulmonaires et cardiaques)
- les besoins fondamentaux du nouveau-né: respiration établie, chaleur, nutrition, attachement (établissement de liens affectifs)
- les avantages des différentes méthodes de réchauffement du nouveau-né y compris le contact tactile (technique kangourou)
- les méthodes et moyens permettant d'évaluer l'âge fœtal du nouveau-né
- les caractéristiques des enfants qui ont un poids très faible à la naissance et leurs besoins particuliers
- les caractéristiques du nouveau-né en bonne santé (apparence et comportement)
- la croissance et le développement normal du prématuré
- la croissance et le développement normal du nouveau-né et du nourrisson
- certaines variations chez le nouveau-né normal (ex. tête, modelage, taches mongoliques)
- les éléments de promotion de la santé et de prévention des maladies chez le nouveau-né et le nourrisson (ex : paludisme, tuberculose, VIH), y compris des éléments essentiels de soins quotidiens (ex: soins du cordon, besoins nutritionnels, caractéristiques d'élimination)
- les besoins, risques et avantages de la vaccination de la naissance à la petite enfance
- les pratiques traditionnelles ou culturelles en rapport avec le nouveau-né
- les principes de nutrition du bébé, les signaux de faim et les choix en matière d'alimentation des bébés (y compris ceux nés de mères séropositives)
- les signes, les symptômes et les indications d'orientation ou de transfert pour certaines complications chez le nouveau-né (ex: jaunisse, hématome, modelage inversé du crâne du fœtus, irritation cérébrale, blessures non-accidentelles, hémangiomes, hypoglycémie, hypothermie, déshydratation, infection, syphilis congénitale)

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- prodiguer des soins immédiats au nouveau-né, notamment sécher et réchauffer le bébé, s'assurer que la respiration est bien établie, clamper et couper le cordon lorsqu'il cesse de pulser
- évaluer la santé immédiate du nouveau-né (ex: score d'APGAR ou autre méthode d'évaluation de la respiration et du rythme cardiaque)
- encourager et maintenir la température corporelle normale du nouveau-né en le couvrant (par exemple couverture, bonnet), le contrôle environnemental et encourager le contact tactile
- lancer les mesures d'urgence de détresse respiratoire (réanimation du nouveau-né ; aspiration en cas d'obstruction des voies respiratoires), hypothermie, hypoglycémie
- prodiguer les soins appropriés en utilisant entre autres la méthode kangourou aux bébés qui ont un poids faible à la naissance et organiser un transfert en cas de complications graves ou de poids très faible à la naissance.
- effectuer un examen physique du nouveau-né pour déceler tout problème incompatible avec la survie
- effectuer une évaluation de l'âge fœtal
- prodiguer des soins de routine au nouveau-né conformément aux recommandations et protocoles locaux (ex : identification, soins des yeux, tests de dépistage, administration de vitamine K, enregistrement de la naissance)
- positionner l'enfant pour l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance et encourager l'allaitement maternel exclusif
- reconnaître les signes de besoin, stabiliser et transférer le nouveau-né en danger dans un centre de soin d'urgence
- enseigner aux parents les signes de danger chez le nouveau-né et quand amener le nourrisson qui a besoin de soins.
- informer les parents de ce que constitue une croissance et un développement normaux du bébé et du jeune enfant et comment prendre soin au quotidien d'un enfant normal
- aider les parents à accéder aux ressources communautaires à la disposition de la famille
- aider les parents à surmonter leur peine en cas de fausse couche, d'accouchement d'un bébé mort-né, de malformations congénitales ou de décès néonatal
- aider les parents pendant le transport / le transfert du nouveau-né ou pendant qu'ils sont séparés de l'enfant (ex: en cas d'admission dans une unité néonatale de soins intensifs)
- aider et informer les parents en cas de naissances multiples (ex : jumeaux, triplés) sur les besoins particuliers des nouveau-nés et les ressources communautaires
- fournir des soins appropriés pour les bébés nés de mères séropositives (ex: administration d'ARV et alimentation appropriée)

COMPÉTENCES POUR PRODIGUER LES SOINS LIÉS AUX AVORTEMENTS

COMPÉTENCE # 7: Les sages-femmes fournissent une gamme de services de santé liés aux avortements individualisés et respectueux des sensibilités culturelles aux femmes qui demandent une interruption de grossesse ou qui font une fausse couche, conformément aux lois et réglementations en vigueur et en accord avec les protocoles nationaux.

Connaissances

DE BASE

La sage-femme connaît et / ou comprend…

- les politiques, les protocoles, les lois et les réglementations liés aux services de soins d'avortement
- les facteurs qui entrent en jeu dans les décisions relatives aux grossesses indésirées ou inopportunes
- les méthodes contraceptives en post abortum
- les critères d'éligibilité médicale á toutes les méthodes d'avortement disponibles
- les soins, informations et soutien nécessaires pendant et après une fausse couche ou un avortement (physiques et psychologiques) et les services disponibles dans la communauté
- le processus normal d'involution et la reconstruction physique et émotionnelle suite à une fausse couche ou un avortement
- les signes et symptômes d'un retard d'involution utérine et/ou d'avortement incomplet, (ex: saignements utérins persistants)
- les signes et symptômes de complications suite à un avortement et de problèmes pouvant mettre la vie de la femme en danger (ex. saignements vaginaux, infection persistants)
- les connaissances pharmacothérapeutiques de base des drogues recommandées dans les avortements médicamenteux
- les principes d'évacuation utérine par curetage manuel par aspiration

Capacités techniques et/ou aptitudes

DE BASE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- évaluer l'âge gestationnel en posant des questions sur la date des dernières règles, en réalisant un examen gynécologique bi-manuel et/ou une analyse d'urine pour confirmer la grossesse
- informer les femmes qui envisagent un avortement, des services disponibles pour celles qui souhaitent garder leur grossesse et celles qui décident d'avorter, comment obtenir un avortement, et soutenir le choix des femmes
- noter les antécédents cliniques et sociaux pour identifier les contre-indications à l'avortement par médicament ou par aspiration
- informer et conseiller les femmes (et les membres de la famille, le cas échéant), sur la sexualité et la contraception après l'avortement
- fournir simultanément des services de contraception comme partie intégrante des services liés aux avortements
- évaluer toute involution utérine, soigner ou transférer la mère selon les besoins
- apprendre à la mère comment prendre soin d'elle, y compris le repos et la nutrition et comment identifier des complications comme les hémorragies
- identifier les signes de complications liées à un avortement (y compris les perforations utérines); les soigner ou transférer la mère afin qu'elle soit soignée par un autre prestataire de soins

COMPLEMENTAIRE

La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- prescrire, dispenser, fournir ou administrer des médicaments (selon qu'elle est autorisée par la règlementation de la pratique) à une dose appropriée **pour provoquer un avortement par médicament**
- réaliser un curetage manuel par aspiration de l'utérus jusqu'à la 12ème semaine révolue de grossesse

DÉFINITIONS

Aptitude : Le fait d'être capable de réaliser quelque chose ; une compétence ou un talent naturels ou acquis.
Attitude : Le point de vue (les valeurs et convictions) d'une personne au sujet d'une chose, d'un processus ou d'une personne qui conduit souvent à une réaction positive ou négative.
Comportement : La façon dont une personne réagit ou répond aux actions d'autrui ou à une stimulation de l'environnement.
Compétence : L'ensemble des connaissances, capacités psychomotrices, de communication et de prise de décision qui permettent à une personne de réaliser une tâche spécifique à un niveau de maîtrise prédéfini.
Compétence en matière de pratique de sage-femme : Un ensemble de connaissances, comportements professionnels et compétences spécifiques qui sont démontrés à un certain niveau de compétence dans le contexte de la formation et/ou de la pratique du métier de sage-femme.
Connaissance : Un capital d'informations qui permet à une personne de bien comprendre un sujet et de l'utiliser à des fins spécifiques.
Capacité technique : Capacité acquise par le biais de l'enseignement et de la formation ou obtenue par expérience de réaliser des actions ou tâches spécifiques à un niveau spécifié de performance mesurable.
Tâche : Un élément spécifique d'un travail plus important.

Compétences essentielles

pour la pratique du métier de sage-femme

Édition 2018

Version finale publiée en Janvier 2019

1. COMPÉTENCES GÉNÉRALES

- **1.a** Assumer la responsabilité de ses propres décisions et actions en tant que praticienne autonome
- **1.b** Assumer la responsabilité de prendre soin d'elle-même et de son propre développement en tant que sage-femme
- **1.c** Déléguer de façon appropriée certains aspects des soins et assurer une supervision
- **1.d** Utiliser la recherche pour guider la pratique
- **1.e** Respecter les droits de l'être humain fondamentaux des individus lors de la prestation de soins de pratique sage-femme
- **1.f** Adhérer aux lois compétentes, aux exigences réglementaires et aux codes de conduite pour la pratique sage-femme
- **1.g** Aider les femmes à faire des choix individuels au sujet des soins qu'elles reçoivent
- **1.h** Démontrer une communication interpersonnelle efficace avec les femmes et leurs familles, les équipes de soins de santé et les groupes communautaires
- **1.i** Faciliter les processus d'accouchement normaux dans les milieux institutionnels et communautaires, y compris au domicile des femmes
- **1.j** Évaluer l'état de santé, dépister les risques pour la santé et promouvoir la santé générale et le bien-être des femmes et des nourrissons
- **1.k** Prévenir et traiter les problèmes de santé courants liés à la reproduction et au début de la vie
- **1.l** Reconnaître les anomalies et les complications et introduire un traitement et une orientation appropriés.
- **1.m** Soins des femmes victimes de violences et d'abus physiques et sexuels

2. PRÉGROSSESSE ET SOINS PRÉNATALS

- **2.a** Fournir des soins avant la grossesse
- **2.b** Déterminer l'état de santé de la femme
- **2.c** Évaluer le bien-être du fœtus
- **2.d** Surveiller la progression de la grossesse
- **2.e** Promouvoir et soutenir les comportements de santé qui améliorent le bien-être
- **2.f** Fournir des conseils préalables sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le rôle de parent et les changements dans la constellation familiale
- **2.g** Identifier, stabiliser, prendre en charge et orienter les femmes qui ont des grossesses compliquées
- **2.h** Aider la femme et sa famille à prévoir un lieu approprié pour l'accouchement
- **2.i** Fournir des soins aux femmes dans les cas de grossesses non désirées ou inopportunes

3. SOINS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

- **3.a** Promouvoir le travail et l'accouchement physiologique
- **3.b** Gérer un accouchement vaginal spontané sûr, prévenir les complications, stabiliser dans les situations d'urgence et orienter si nécessaire vers d'autres services
- **3.c** Fournir des soins au nouveau-né immédiatement après la naissance, stabiliser dans les situations d'urgence et orienter si nécessaire vers d'autres services

4. SOINS CONTINUS PRODIGUÉS AUX FEMMES ET AUX NOUVEAU-NÉS

- **4.a** Fournir des soins postnatals aux femmes en bonne santé
- **4.b** Fournir des soins aux nouveau-nés en bonne santé
- **4.c** Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel
- **4.d** Détecter, traiter et stabiliser les complications postnatales chez la femme et l'orienter vers des services appropriés le cas échéant
- **4.e** Détecter, stabiliser et gérer les problèmes de santé chez les nouveau-nés et les orienter vers des services appropriés le cas échéantFournir des services de planification familiale

ANNEXE 31 : Code de Déontologie International pour les Sages-Femmes par l'ICM en 2008

CODE DE DEONTOLOGIE INTERNATIONAL POUR LES SAGES-FEMMES

PREAMBULE

L'objectif de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) est d'améliorer le niveau des soins fournis aux femmes, aux bébés et aux familles à travers le monde par le biais du développement, de la formation et d'une utilisation appropriée de la sage-femme professionnelle. Conformément à cet objectif, l'ICM présente le code suivant pour guider la formation, la pratique et la recherche sur la sage-femme. Ce code reconnaît que les femmes sont des individus qui bénéficient de droits de la personne, cherche à promouvoir la justice pour tous et l'équité en matière d'accès aux soins de santé et se base sur des relations mutuelles de respect et de confiance ainsi que sur la dignité de tous les membres de la société.

Le code s'intéresse aux mandats éthiques de la sage-femme pour atteindre les buts et objectifs de l'ICM portant sur la façon dont les sages-femmes entretiennent des rapports les unes aux autres, pratiquent leur art, s'acquittent de leurs responsabilités et leurs devoirs professionnels, et comment elles doivent travailler pour garantir l'intégrité de la profession de sage-femme.

LE CODE

I. *Relations établies dans le cadre de la pratique de sage-femme*

a. Les sages-femmes nouent des relations avec les femmes dans le cadre desquelles toutes deux partagent des informations pertinentes qui conduisent à une prise de décision informée, conviennent d'un programme de soins et acceptent la responsabilité des conséquences de leurs choix
b. Les sages-femmes soutiennent le droit des femmes/des familles à participer activement aux décisions relatives à leurs soins.
c. Les sages-femmes habilitent les femmes/leurs familles à faire entendre leur point de vue sur des questions qui affectent les femmes et les familles au sein de leur culture/société.
d. Les sages-femmes, en collaboration avec les femmes, travaillent avec des agences de politique et de financement pour définir les besoins des femmes

Document Essentiel

en matière de services de santé et pour garantir que les ressources sont allouées de façon juste en fonction des priorités et disponibilités.

e. Les sages-femmes s'aident et se soutiennent mutuellement dans leurs rôles professionnels et encouragent activement le sentiment personnel de leurs propres valeurs et de celui des autres.
f. Les sages-femmes travaillent avec d'autres professionnels de la santé en faisant preuve de respect à leur égard et les consultent ou transfèrent si nécessaire les femmes dont elles ont la charge si les soins requis par celles-ci excèdent les compétences de la sage-femme.
g. Les sages-femmes ont conscience de l'interdépendance humaine au sein de leur profession et cherchent activement à résoudre les conflits inhérents.
h. Les sages-femmes ont des responsabilités vis-à-vis d'elles-mêmes en tant que personnes de grande moralité, y compris des devoirs de respect de soi et de préservation de leur intégrité.

II. *La pratique de sage-femme*

a. Les sages-femmes fournissent des soins aux femmes enceintes et à leur famille en respectant la diversité culturelle tout en tentant d'éliminer les pratiques dangereuses qui existent dans ces mêmes cultures.
b. Les sages-femmes encouragent des attentes réalistes de la part des femmes en matière d'accouchement au sein de leur propre société, l'attente minimum étant que la conception et l'accouchement ne nuiront pas à la santé de la femme.
c. Les sages-femmes utilisent des connaissances professionnelles à jour et qui s'appuient sur des données probantes pour garantir des pratiques d'accouchement sans danger dans tous les environnements et les cultures.
d. Les sages-femmes répondent aux besoins psychologiques, physiques, émotionnels et spirituels des femmes qui recherchent des soins médicaux, quelle que soit leur situation.
e. Les sages-femmes servent de modèles efficaces en matière de promotion de la santé pour les femmes pendant tout leur cycle de vie, pour les familles et d'autres professionnels de la santé.
f. Les sages-femmes recherchent activement, pendant toute leur carrière, un développement personnel, intellectuel et professionnel et intègrent ce développement dans leur métier.

III. *Les responsabilités professionnelles des sages-femmes*

a. Les sages-femmes garantissent la confidentialité des informations concernant leurs clientes afin de protéger leur vie privée et ne divulguent ces informations que lorsque la loi les y oblige.
b. Les sages-femmes sont responsables de leurs décisions et de leurs actions et sont tenues responsables des conséquences des soins qu'elles prodiguent aux femmes.
c. Les sages-femmes peuvent refuser de participer à des activités en contradiction avec leurs convictions morales profondes. Cependant, la conscience individuelle de chaque sage-femme ne devrait pas priver les femmes de services de santé essentiels.
d. Les sages-femmes comprennent les conséquences négatives que la violation de droits moraux et des droits de l'homme ont sur la santé des femmes et des nouveau-nés et s'efforceront d'éliminer ces violations.
e. Les sages-femmes participent au développement et à la mise en place de politiques de santé qui favorisent la santé de toutes les femmes enceintes et de leurs familles.

IV. *Développement des connaissances et de la pratique de sage-femme*

a. Les sages-femmes garantissent que le développement des connaissances en matière de pratique de sage-femme est basé sur des activités qui protègent les droits des femmes en tant que personnes.
b. Les sages-femmes développent et partagent des connaissances sur leur métier grâce à diverses méthodes dont le contrôle par les pairs et la recherche.
c. Les sages-femmes participent à la formation officielle des étudiants en pratique de sage-femme et à la formation continue des sages-femmes.

Adopté à la réunion du Conseil de Glasgow de 2008

Prochaine révision prévue en 2014

ANNEXE 32 : resolução COFEN Nº516 du 23 Juin 2016 légiférant la pratique des infirmières obstétricales au Brésil

Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhes são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 421, de 15 de fevereiro de 2012.

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 5º, inciso XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providencias; e o Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO que a alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 195, de18 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames complementares por Enfermeiros;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 389/2011, de 18 de outubro de 2011, que atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*;

CONSIDERANDO que a Portaria GM nº 2.815, de 29 de maio de 1998, MS, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999, que cria os Centros de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal;

CONSIDERANDO que a Portaria SAS/MS nº 743, de 20 de dezembro de 2005, define que somente os profissionais portadores do diploma ou certificado de Enfermeiro (a) Obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 – parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS;

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

CONSIDERANDO a Portaria GM/ MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

CONSIDERANDO a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, que estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros, de investimento, custeio e custeio mensal;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal;

CONSIDERANDO a Portaria MS-SAS Nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Resolução Normativa RN da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar;

CONSIDERANDO os critérios mínimos de qualificação proposto pela Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras – ABENFO, no ano de 1998, no documento Critérios para Elaboração de Projeto de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em parceria com o Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO as Recomendações sobre a Formação em Enfermagem Obstétrica aprovadas pelo Plenário do Cofen em sua 462ª ROP, realizada em 18 de março de 2015;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar as normatizações existentes no âmbito do COFEN, relacionadas a atuação do Enfermeiro na assistência a gestação, parto e puerpério, para garantir a qualidade da assistência obstétrica;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário na 478ª Reunião Ordinária, realizada em junho de 2016, e todos os documentos acostados aos autos dos Processos Administrativos Cofen nºs 477/2013 e 379/2015;

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

§1º Os profissionais referenciados no caput do presente artigo deverão atuar nos estabelecimentos também referidos no caput deste artigo, conforme regulamentações da profissão e normativas do Ministério da Saúde.

§2º É vedado ao Obstetriz o exercício de atividades de Enfermagem fora da área obstétrica, exceto em casos de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de morte, não podendo tal exceção aplicar-se às situações previsíveis e rotineiras.

§3º Para a atuação do Enfermeiro generalista nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, e para o Registro de Título de Obstetriz e o de pós-graduação Stricto ou Lato Sensu, de Enfermeiro Obstetra no Conselho Federal de Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, estabelece os seguintes critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, a ser comprovada através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado;

I- Realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de Enfermagem pré-natais;

II- Realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto;

III- Realização de, no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.

Art. 2º Para os fins determinados no artigo anterior, são considerados Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, unidades destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencente ou não ao estabelecimento hospitalar. Quando pertencente a rede hospitalar pode ser intra-hospitalar ou peri-hospitalar; quando não pertencente a rede hospitalar pode ser comunitária ou autônoma;

Parágrafo único. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes.

Art. 3º Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:

I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;

II – Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;

III – Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;

VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX – Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X – Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI – Emitir a Declaração de Nascido Vivo ¿ DNV, conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo.

XII – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII – Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV – Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV – Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidencias cientificas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI – Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII – Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII – Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua;

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:

a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Art. 4º Ao Enfermeiro Responsável Técnico do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, além do disposto no Art. 3º, incumbe ainda:

I – Gerenciar o Cento de Parto Normal ou Casa de Parto, supervisionar a equipe multiprofissional sob sua responsabilidade; e atuar de forma colaborativa com a equipe multiprofissional e interdisciplinar dos serviços aos quais está vinculada;

II – Submeter ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, regimento interno, manuais de normas e rotinas, protocolos, instrumentos administrativos e afins, elaborados ou atualizados, relacionados à Assistência de Enfermagem à mulher e ao Recém-Nascido no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto;

III – Zelar pelas atividades privativas do enfermeiro obstetra, obstetriz e da equipe de enfermagem, sob sua supervisão, em conformidade com os preceitos éticos e legais da Enfermagem.

IV – Manter atualizado o cadastro dos profissionais responsáveis pela atenção ao parto e nascimento no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

V – Providenciar junto às Autoridades competentes todos os documentos legais necessários à regularização do funcionamento da Unidades sob sua responsabilidade;

VI – Cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional de enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

Art. 5º Os casos omissos serão resolvidos pelo COFEN.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial as Resoluções COFEN nºs 477/2015, 478/2015 e 479/2015.

Brasília, 24 de junho de 2016.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA COREN-RO Nº 63592 Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO COREN-PI Nº 19084 Primeira-Secretária

ANNEXE 33 : compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes selon l'OMS, 2013

Domaines	Compétences	Connaissances de base	Capacités techniques (aptitudes)	Comportement professionnel
Principes éthiques et juridiques de la pratique obstétricale	Avoir un comportement en accord avec l'éthique professionnelle des enseignants et des sages-femmes.	Les responsabilités et les obligations éthiques locales et internationales relatives à l'enseignement et à la pratique du métier de sage-femme.	Utiliser sa connaissance des questions éthiques comme base pour orienter, concevoir, mettre en œuvre et évaluer les politiques et les procédures applicables aux étudiants, au corps professoral et au cadre pédagogique et clinique.	Afficher un comportement éthique intégrant les principes éthiques fondamentaux de respect et de responsabilité. Protéger les droits de la clientèle lorsqu'il s'agit d'enseigner ou de prodiguer des soins de pratique obstétricale. Reconnaître les problèmes et les dilemmes d'ordre éthique qui peuvent survenir sur le lieu de travail et en discuter avec les étudiants et d'autres personnes compétentes.
	Témoigner d'une bonne compréhension des textes juridiques et réglementaires relatifs à l'enseignement et à la pratique du métier de sage-femme.	La législation et la réglementation relatives à l'enseignement et à la pratique du métier de sage-femme.	Intégrer les obligations légales et réglementaires dans le contenu de la formation des sages-femmes, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre et l'évaluation de l'enseignement et des apprentissages.	Se conformer en toutes circonstances aux textes juridiques et réglementaires. Veiller à ce que les étudiants se conforment aux textes juridiques et réglementaires.
Pratique obstétricale	Entretenir ses compétences dans la pratique obstétricale.	Tous les domaines de la partie théorique des études de sage-femme.	Prodiguer des soins obstétricaux sûrs, avec compétence et efficacité, aux femmes et à leurs nouveau-nés.	Participer à des activités de perfectionnement professionnel afin d'accroître son efficacité.

		Tous les domaines de meilleure pratique dans l'exercice clinique du métier de sage-femme. Contenu propre à la pratique obstétricale et sujets voisins, reposant sur les données factuelles les plus récentes.	Appliquer dans sa pratique les résultats de la recherche. Satisfaire les exigences des organismes d'enregistrement/de réglementation de la pratique obstétricale.	Pratiquer le métier de sage-femme conformément à un code de déontologie. Dispenser des soins de haute qualité. Déployer des efforts continus pour se former tout au long de la vie et faire comprendre l'importance de ces efforts.
	Pratiquer le métier de sage-femme à la lumière des connaissances factuelles les plus récentes.	Démarches de recherche. Épidémiologie utile au plan local, problèmes de santé communautaire, politiques sanitaires et prestation de services de santé.	Avoir accès aux résultats de la recherche, savoir les interpréter et les mettre en pratique. Analyser la littérature pour y trouver des données scientifiques en rapport avec une pratique efficace.	Volonté de faire évoluer sa pratique à partir des nouvelles données probantes disponibles.
Apprentissage théorique	Intégrer des stratégies pédagogiques favorisant un apprentissage actif.	Théories de l'apprentissage qui permettent le développement des compétences cliniques. Enseignement axé sur les compétences.	Reconnaître les étudiants comme des apprenants adultes. Ancrer les stratégies pédagogiques dans la théorie éducative et dans les pratiques d'enseignement fondées sur des données probantes. Adopter une démarche pédagogique reflétant les théories éducatives modernes et les dernières pratiques en matière de soins obstétricaux, notamment : • apprentissage par résolution de problèmes ; • apprentissage fondé sur les études de cas ou la narration ; • discussion et exercices en groupes ; • exposés en séminaire ; • apprentissage par l'expérience (par exemple jeux de rôles, simulations,	Servir de modèle pour le développement de la pensée critique et la réflexion. Montrer un enthousiasme pour l'enseignement, l'apprentissage et le métier de sage-femme qui inspire et motive les étudiants. Favoriser une relation basée sur la confiance et le respect mutuels.

			mises en situation patient/client) ; • ateliers ; • projets ; • cours magistraux interactifs/participatifs ; • utilisation efficace de matériels audiovisuels ; et • enseignement en ligne. Offrir aux apprenants des occasions de développer leur pensée critique, leurs compétences en raisonnement critique et leurs idées novatrices.	
	Sélectionner et utiliser du matériel/des ressources pédagogiques et d'apprentissage efficaces.	Ressources et matériels pédagogiques et d'apprentissage basés sur les meilleures données probantes disponibles.	Évaluer et choisir les matériels et ressources pédagogiques et d'apprentissage appropriés. Élaborer des matériels pédagogiques appropriés qui correspondent au domaine d'apprentissage. Utiliser les technologies de l'information de manière judicieuse pour renforcer le processus d'enseignement et d'apprentissage. Offrir un environnement physique adapté et sûr pour l'apprentissage, y compris les conditions d'enseignement en classe comme la lumière, la température, l'agencement des bureaux ainsi que la taille des salles et le nombre d'étudiants, et plaider en faveur d'un changement lorsque les bonnes conditions ne sont pas réunies.	

	Reconnaître et défendre différents styles d'apprentissage et les besoins uniques d'apprentissage des étudiants.	Théorie et méthodologie de l'évaluation des besoins en matière d'éducation. Relations humaines et sociales, et conditions nécessaires à l'apprentissage. Interaction entre enseignant et apprenant. Principes du conseil et de l'orientation.	Fournir des ressources aux divers types d'apprenants qui permettent de répondre à leurs besoins individuels d'apprentissage. S'engager dans des démarches de conseil et d'orientation efficaces qui aident les apprenants à atteindre leurs objectifs d'apprentissage. Créer des environnements d'apprentissage qui sont centrés sur la socialisation du rôle de la sage-femme, tout en encourageant chez les apprenants l'autoréflexion et la fixation de buts personnels. Reconnaître l'influence des styles d'enseignement et des interactions interpersonnelles sur les résultats des apprenants. Favoriser le développement cognitif, psychomoteur et affectif des apprenants. Aider les apprenants à acquérir la capacité de se livrer à une autoévaluation et à une évaluation par les pairs, réfléchie et constructive.	Montrer de la considération et du respect pour les apprenants. Encourager les apprenants à se former tout au long de leur vie, et à considérer cela comme le devoir de toute sage-femme professionnelle. Faire appel à des qualités personnelles (par exemple bienveillance, confiance, patience, intégrité et adaptabilité) qui facilitent l'apprentissage.
Apprentissage dans le domaine clinique	Faciliter l'établissement d'un cadre d'apprentissage sûr et efficace en milieu clinique.	L'environnement clinique et les structures de gouvernance. L'apprentissage clinique axé sur les compétences. Comment les étudiants s'intègrent à un nouveau milieu de pratique.	Permettre un apprentissage efficace et le développement de compétences dans un domaine de spécialisation en enseignant correctement aux étudiants le processus d'évaluation, de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de documentation	Démontrer d'excellentes compétences relationnelles. Demander conseils ou éclaircissements auprès du personnel si nécessaire. Fixer des limites professionnelles efficaces tout en créant une relation

		La pratique fondée sur des données probantes. Les attentes éthiques de la pratique obstétricale, notamment en matière de défense du droit de faire des choix éclairés.	des soins dispensés par la sage-femme. Créer un environnement dans lequel le développement/perfectionnement de la pratique est encouragé, évalué et diffusé. Établir des relations efficaces, dans le cadre de la pratique obstétricale, avec les patients/clients. Obtenir un consentement libre et éclairé pour la participation des étudiants aux soins. Protéger la femme et son bébé de la souffrance. Permettre aux étudiants de faire le lien entre la théorie et la pratique, en encourageant la réflexion. Établir et entretenir des relations collégiales avec le personnel dans le milieu clinique. Expliquer aux étudiants les principes d'une délégation et d'une supervision efficaces.	professionnelle enseignant-étudiant dynamique et constructive. Encourager l'évolution professionnelle et le développement personnel par une communication efficace. Favoriser et développer la culture de l'apprentissage et du travail interprofessionnels. Évaluer les possibilités d'enseignement en milieu clinique. Fixer les limites d'une pratique sans risque.
	Favoriser l'apprentissage individualisé par l'expérience.	Apprentissage par l'expérience. Diversité des processus d'apprentissage.	Concevoir, proposer et évaluer des programmes d'apprentissage dans des milieux de pratique accueillant une diversité d'élèves dans leur domaine de pratique. Faciliter, créer et multiplier les occasions pour les étudiants de définir et de vivre des expériences permettant de répondre à leurs besoins d'apprentissage.	Évaluer l'aptitude des étudiants à intégrer la dimension professionnelle de leur rôle, leur capacité à assumer ce rôle et la base de connaissances qui va avec et qui forme la trame de cette identité professionnelle et de sa performance.

			Faire des remarques positives et des critiques constructives aux étudiants. Fournir conseils et appui pour identifier les changements requis.	Agir avec respect et considération pour les étudiants. Faire preuve de patience.
Évaluation des étudiants et des programmes	Suivre et évaluer en permanence l'efficacité du programme pédagogique.	Théorie et méthodologie de l'évaluation des acquis d'apprentissage, notamment : • examen ; • mémoire ; • exposé en séminaire ; • étude de cas de pratique obstétricale ; • projet ; et • examen clinique objectif structuré (ECOS).	Utiliser des méthodes d'évaluation de l'acquisition des connaissances qui sont en rapport avec les objectifs de l'apprentissage. Recourir à une diversité de stratégies et d'outils pour évaluer l'apprentissage dans les domaines cognitif, psychomoteur et affectif, en vue d'une évaluation formative et sommative. Participer au choix et/ou à l'élaboration des éléments clés des outils d'évaluation (par exemple plan des épreuves d'examen, rédaction des questions d'examen, validité, fiabilité). Élaborer des tests et des outils d'évaluation appropriés. Participer à la mise au point des critères d'évaluation et à la définition des normes de réussite ou d'échec. Formuler au bon moment des remarques judicieuses et constructives sur le travail accompli. Utiliser les données de l'évaluation pour améliorer le processus d'enseignement et d'apprentissage.	Faire preuve d'éthique et d'objectivité dans tous les processus d'évaluation.

			Garder une trace précise des progrès des étudiants et de leurs réalisations. Participer à l'évaluation des programmes.	
	Évaluer la maîtrise des compétences par les étudiants.	Procédures d'évaluation et de bilan des connaissances.	Adapter, concevoir et utiliser des outils d'évaluation et de documentation de la pratique clinique. En partenariat avec d'autres membres de l'équipe enseignante, utiliser son savoir et son expérience pour concevoir et mettre en place des référentiels d'évaluation des acquis. Évaluer les progrès en prévision du relèvement du niveau d'acquisition des compétences des étudiants. Émettre un jugement précis sur les compétences/capacités des étudiants, notamment les compétences en matière de soins respectueux et adaptés sur le plan culturel. Formuler des remarques constructives aux étudiants et les aider à définir leurs futurs besoins de formation et à les traduire en actions. Encadrer les étudiants en situation d'échec pour qu'ils puissent soit améliorer leurs performances et leurs capacités en vue d'une pratique sûre et efficace, soit	Montrer l'exemple. Faire preuve d'éthique et d'objectivité dans tous les bilans de compétence.

			comprendre leur échec et ce qui en découle pour leur avenir. Assumer la responsabilité de décider que les étudiants ont satisfait, ou n'ont pas satisfait, aux normes de compétence convenues et sont capables d'une pratique sûre et efficace.	
Organisation, gestion et leadership	Prendre une part active à l'organisation et à la mise en œuvre d'un programme d'études pour les sages-femmes.	Théories de gestion de l'enseignement. Méthodologies d'enseignement et d'apprentissage. Priorités nationales en matière de santé. Conception et mise en place de programmes d'études. Organisation des emplois du temps et du calendrier.	Participer à l'élaboration de programmes d'études pour les sages-femmes, incluant la détermination des effets du programme et des résultats scolaires attendus, la mise au point des libellés des compétences, la rédaction des objectifs d'apprentissage, et le choix des meilleures activités d'apprentissage et stratégies d'évaluation. Participer à la conception de programmes d'études pour les sages-femmes basés sur des décisions, principes, théories et recherches dans le domaine de l'éducation. Participer à la mise au point de parcours pédagogiques, et de résumés de cursus scolaires ou de plans de cours, incluant les objectifs d'apprentissage, le public visé, le contenu des matières, les matériels pédagogiques et les méthodes d'évaluation.	Prendre des décisions participatives et collaboratives. Œuvrer avec efficacité au sein d'une équipe.

			Veiller à ce que le programme d'études reflète la philosophie et la mission des institutions, l'évolution actuelle des soins de santé et des soins de pratique obstétricale, et les besoins des communautés et de la société, de façon à préparer les diplômés à exercer dans un environnement médical complexe, dynamique et multiculturel. Intégrer des stratégies permettant une gestion efficace du temps et des ressources. Travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire, interdisciplinaire.	
	Mettre en œuvre et revoir les cursus/programmes consacrés à l'enseignement du métier de sage-femme.	Suivi et évaluation d'un programme d'études. Révision/refonte d'un programme d'études. Gestion organisationnelle, notamment suivi et évaluation organisationnels. Assurance de la qualité de la performance organisationnelle.	Revoir un programme d'études à partir du suivi et de l'évaluation systématiques des effets du programme, des besoins des apprenants, des tendances les plus récentes en matière de soins de santé et de soins obstétricaux et de l'évolution des besoins des communautés et de la société. Mettre en œuvre les révisions du programme d'études en utilisant les théories et stratégies du changement appropriées. Collaborer avec des partenaires externes tout au long du processus de conception, de mise en œuvre et de révision du programme d'études.	Tenir des dossiers complets et précis. Faire preuve d'intégrité dans la mise en œuvre des processus de suivi.

			Concevoir et mettre en œuvre des modèles d'évaluation des programmes qui favorisent l'amélioration continue de la qualité de tous les aspects du programme, notamment : • la performance des étudiants ; • les évaluations des étudiants ; • les observations par des pairs ; • les pourcentages de diplômés ; et • les taux de succès de qualification ou d'enregistrement. Suivre et revoir les programmes d'études de sage-femme pour qu'ils soient en ligne avec les objectifs internationaux et régionaux et les normes nationales. Contribuer aux processus d'assurance de la qualité de l'organisme. Participer à l'évaluation de l'efficacité organisationnelle dans la formation des sages-femmes.	
Communication, leadership et plaidoyer	Communiquer efficacement par toutes sortes de méthodes dans des contextes variés.	Techniques de communication. Méthodes de présentation. Rédaction de rapports.	Communiquer efficacement que ce soit à l'oral, à l'écrit, ou sous forme électronique, pour obtenir les acquis d'apprentissage escomptés. Rédiger de façon claire, produire des rapports concis et s'exprimer et présenter de façon efficace à l'oral. Communiquer efficacement en situation de travail avec les clients, les apprenants et d'autres membres	Faire preuve d'une bonne connaissance de soi-même et des autres.

			de l'équipe soignante lors de l'enseignement clinique. Montrer aux étudiants comment s'engager dans l'éducation des femmes en âge de procréer et de leur famille. Documenter les remarques appropriées et constructives. Tenir des dossiers précis à jour. S'attacher au règlement des conflits si nécessaire. Faire preuve de capacités à parler en public et de capacités d'écoute active. Posséder une grande aisance dans les relations humaines et la communication.	
	Démontrer des capacités de compréhension des différentes cultures dans la conception et la mise au point des cours, l'enseignement et la pratique obstétricale.	Diversité et identité culturelles. Droits de la personne. Impact des rapports de force, du racisme et du sexisme.	Reconnaître et décrire les influences du multiculturalisme, du genre et de l'expérience sur l'enseignement et l'apprentissage. Faciliter la prestation de soins adaptés au plan culturel. Encourager l'expression et l'échange de points de vue multiculturels. Respecter et protéger les droits de la personne et développer chez les étudiants la capacité d'agir et de prendre la parole face à des violations des droits de la personne.	Montrer une sensibilité aux différences culturelles. Montrer l'exemple et sensibiliser aux réalités culturelles dès qu'il s'agit de promouvoir le changement. Accepter la responsabilité de ses actes ou de son inaction dans la sauvegarde des droits de la personne.
	Agir en tant qu'artisan du changement et chef de file afin d'améliorer aussi bien	Gestion du changement. Théorie du leadership.	Veiller au respect scrupuleux des soins obstétricaux sûrs, dispensés avec compétence et respect.	S'appuyer sur des valeurs relationnelles telles que le respect, la collégialité, le

	la pratique obstétricale que la formation des sages-femmes.	Collaboration interdisciplinaire.	Créer et maintenir des partenariats avec les communautés et les cliniciens qui soutiennent les objectifs pédagogiques. Intégrer une perspective de long terme, créative et innovante dans le rôle de formateur de sages-femmes. Participer aux efforts interdisciplinaires visant à répondre aux besoins en matière de soins de santé et d'éducation. Mettre en place des stratégies de changement organisationnel. Assurer un leadership organisationnel dans des disciplines différentes et dans le programme de formation des sages-femmes, pour renforcer la visibilité de l'identité professionnelle de la sage-femme et ses contributions à la communauté scientifique. Jouer un rôle moteur à divers niveaux de gouvernance institutionnelle, le cas échéant. Se servir des remarques faites à soi-même, par les pairs, par les étudiants et suite à l'évaluation administrative pour améliorer l'efficacité du rôle. Conseiller et soutenir les collègues.	professionnalisme et la bienveillance pour créer un climat organisationnel qui favorise l'épanouissement des étudiants et des formateurs. Faire preuve d'intégrité, de courage, de persévérance, d'énergie et de créativité. Développer des relations de travail collégiales avec les étudiants, les collègues professeurs et le personnel clinicien pour promouvoir l'apprentissage dans un cadre positif. S'engager dans une réflexion sur soi-même et un apprentissage continu pour améliorer les pratiques d'enseignement qui facilitent l'apprentissage.
	Utiliser toutes sortes de stratégies de plaidoyer pour promouvoir la	Stratégies de plaidoyer. Fonctionnement organisationnel.	Jouer un rôle moteur en dehors des institutions, par exemple auprès	Se montrer confiant quand il s'agit de présenter un exposé ou un argumentaire.

	formation des sages-femmes et la pratique obstétricale, notamment par des actions en faveur de la profession, des communautés, des droits de la personne et d'une évolution structurelle.* *Le plaidoyer en faveur d'une évolution structurelle pourra aborder des questions telles que des soins qui entourent la grossesse respectueux, le comportement incorrect des agents de santé, les croyances et les idées fausses, etc.		d'organismes gouvernementaux ou d'associations professionnelles.	Communiquer avec efficacité et professionnalisme.
La recherche	Utiliser la recherche pour orienter l'enseignement et la pratique.	Pratique fondée sur des données probantes et niveaux de preuve. Ressources disponibles dans le domaine de la recherche. Approches qualitatives et quantitatives.	Utiliser les ressources en ligne pour trouver les recherches et les directives cliniques qui se rapportent à un problème particulier. Jauger la qualité et l'applicabilité des articles et des rapports de recherche. Utiliser la recherche dans son enseignement et dans sa pratique.	Faire preuve de curiosité d'esprit et encourager les initiatives.
	Cultiver une culture favorisant l'analyse critique et la pratique fondée sur des données probantes.	Pratique fondée sur des données probantes et niveaux de preuve. Questionnement et esprit critique.	Créer un climat où les esprits curieux peuvent participer activement à l'intégration de la recherche dans la pratique. Faire des remarques positives utiles pour les activités de recherche.	Développer la pensée critique en servant de modèle dans tous les domaines d'enseignement. Privilégier le questionnement, l'interrogation et la réflexion.

ANNEXE 34 : recommandations complémentaires des normes globales 2010 (révisées en 2013) de formation des sages-femmes de l'ICM

International Confederation of Midwives
Renforcer la profession de sage-femme à l'échelle mondiale

LA CONFEDERATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES
Normes globales 2010 de formation des sages-femmes de l'ICM;
Révisé en 2013
Recommandations complémentaires[1]

Norme I : Organisation et administration
Norme I.1 ***L'institution d'accueil/agence/branche du gouvernement est favorable à la philosophie, aux buts et aux objectifs du programme de formation des sages-femmes.***

Recommandations	Preuve
L'institution d'accueil partage la philosophie et la conception du programme de formation des sages-femmes ainsi que les documents fondamentaux de l'ICM sur lesquels elles se basent.	L'agence/l'institution d'accueil démontre son soutien actif en faveur de la philosophie et de la conception du programme d'une ou plusieurs façons, par exemple, en rédigeant une lettre de soutien ou en faveur du programme, en passant un accord contractuel ou en offrant un soutien administratif.

Norme I.2 ***L'institution d'accueil contribue à s'assurer que le soutien financier et public/politique en faveur du programme de formation des sages-femmes est suffisant pour un enseignement de qualité qui forme des sages-femmes compétentes.***

Recommandations	Preuve
L'institution d'accueil a un engagement financier en rapport avec le programme de formation des sages-femmes. Le personnel/directeur du programme de formation des sages-femmes négocie un budget qui répond aux besoins du programme. L'institution d'accueil travaille avec le corps professoral et l'aide à se procurer des fonds externes (le cas échéant) pour atteindre les objectifs du programme.	Le processus budgétaire de l'institution d'accueil est connu du directeur/personnel du programme de formation des sages-femmes. Le programme de formation des sages-femmes reçoit une part équitable du budget global de l'institution d'accueil. Les fonds alloués conviennent aux besoins du programme de formation des sages-femmes. La documentation de l'institution d'accueil

[1] Ces recommandations complémentaires visent à offrir des conseils sur les *Normes globales 2010 de formation des sages-femmes de l'ICM*. La première colonne offre des suggestions pour appliquer la norme et comprend parfois des exemples explicatifs. Ces exemples ne SONT PAS exhaustifs et les formateurs de sages-femmes en auront d'autres. La seconde colonne met en exergue le type de preuve, accompagné de quelques exemples, qu'un programme pourrait utiliser pour décider qu'il s'est conforme à la norme et à quel moment. La plupart des preuves sont sous forme de documents écrits, de lettres de soutien et de procès-verbaux des réunions du corps professoral.

L'institution d'accueil milite en faveur du programme.	recommande et décrit favorablement le programme de formation des sages-femmes.

Norme I.3 ***Le budget attribué à l'école/au programme de formation des sages-femmes et le contrôle de ce budget sont en adéquation avec les besoins du programme.***

Recommandations	Preuve
Le budget convenu inclut des catégories telles que : • Personnel • Matériel pédagogique y compris équipements et fournitures • Déplacements • Communication • Location d'espace • Administration • Programme de développement et d'évaluation • Développement et maintenance pratiques du site. Les priorités de répartition entre les catégories sont définies par le programme de formation des sages-femmes en fonction des besoins.	Les documents budgétaires et les états d'audit annuels indiquent les montants alloués par catégories. Cette répartition est adéquate aux besoins du programme.

Norme I.4 ***Le corps professoral est indépendant, il est responsable du développement ainsi que de la direction des politiques et des cours du programme de formation des sages-femmes***

Recommandations	Preuve
Le corps professoral élabore des politiques qui traitent de sujets comme la façon dont les décisions sont prises au sein du programme de formation des sages-femmes, les descriptions de poste, la charge de travail du corps professoral et les indicateurs convenus pour évaluer la qualité du programme. Les politiques correspondent à celles de l'institution d'accueil et sont conformes à une formation des sages-femmes de qualité. Le corps professoral élabore le programme	Des politiques écrites existent et sont mises en œuvre par le corps professoral.

d'études conformément aux documents fondamentaux de l'ICM, aux besoins nationaux et aux exigences de l'organisme de réglementation de la pratique de sage-femme (Voir Norme IV : Programme d'études).	

Norme I.5 ***Le responsable du programme de formation des sages-femmes est une sage-femme enseignante qualifiée qui a l'expérience de la gestion/administration.***

Recommandations	Preuve
Les qualifications exigées de la sage-femme responsable du programme sont exposées dans les politiques institutionnelles et programmatiques et incluent généralement : • Ses diplômes • Son expérience professionnelle pertinente • Son statut officiel de sage-femme	Les diplômes de la responsable du programme sont notés dans un CV, des lettres de référence, des bilans de performance, son enregistrement et/ou son permis d'exercer.

Norme I.6 ***Le programme de formation des sages-femmes prend en compte les politiques et les normes à l'échelle nationale et internationale pour répondre aux besoins en ressources humaines des services de maternité.***

Recommandations	Preuve
Le corps professoral a connaissance des documents officiels et des tendances en matière de ressources humaines à la fois sur le plan mondial et dans sa propre zone géographique. Les stratégies de recrutement, les objectifs d'inscription et le contenu du programme sont ajustés en fonction des besoins de personnel.	Le corps professoral démontre que le programme répond aux besoins en ressources humaines du pays et/ou de la communauté. Les preuves incluent des éléments tels que le profil démographique et le nombre d'étudiants admis, des documents de planification stratégique, des lettres de soutien de responsables nationaux, les politiques et procédures d'admission, le suivi des diplômés pour connaître les taux d'emploi / de maintien en poste / de développement professionnel.

Norme II : Le corps professoral

Norme II.1 ***Le corps professoral se compose essentiellement de sages-femmes (enseignants et précepteurs/enseignants cliniques) qui travaillent, le cas échéant, en coopération avec les experts d'autres disciplines.***

Recommandations	Preuve
Les personnes chargées de planifier des programmes de formation des sages-femmes accordent un degré de priorité élevé au recrutement et au perfectionnement d'un nombre suffisant de sages-femmes en tant que précepteurs/enseignants cliniques pour satisfaire les besoins du programme.	Le programme de formation des sages-femmes garde des preuves écrites des contributions pédagogiques de l'ensemble du corps professoral au programme de formation des sages-femmes. Ces documents pourront inclure : CV, contrats de travail, bilans de performances, matières et nombre d'heures d'enseignement et nombre d'heures passées à superviser les étudiants sur place pendant des séances pratiques.
Les experts d'autres disciplines (psychologie, sociologie, soins infirmiers, pédiatrie et obstétrique) travaillent avec les enseignantes sages-femmes afin de fournir un contenu dans leur domaine d'expertise.	Les sages-femmes enseignent presque tout le contenu théorique et pratique requis pour les soins de pratique de sage-femme. Les experts d'autres disciplines enseignent des séances/des matières qui servent de base ou sont complémentaires aux cours destinés à former les sages-femmes.

Norme II.2.a ***La sage-femme enseignante a une préparation formelle au métier de sage-femme.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme qui enseigne dans le cadre du programme de formation des sages-femmes est diplômée d'un programme de formation de sage-femme reconnu dans le pays de préparation. Si elle enseigne dans un pays qui n'est pas celui où elle a suivi ses études, son diplôme devra être également reconnu dans le pays où elle enseigne.	Des copies de ses diplômes/titres seront déposées au secrétariat du programme de formation des sages-femmes. Si une sage-femme enseignante a fait ses études dans un autre pays, des preuves qu'une vérification des équivalences de ses diplômes a été effectuée seront déposées au secrétariat du programme de formation des sages-femmes.

Norme II.2.b ***La sage-femme enseignante a acquis des compétences dans la pratique de sage-femme généralement en ayant accompli deux (2) ans de pratique complète.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes élabore une méthode pour évaluer les compétences pratiques actuelles de chaque sage-femme enseignante. Si des lacunes sont observées dans un ou plusieurs domaines de pratique, un plan écrit sera convenu afin d'acquérir ces compétences. La durée suggérée de deux (2) années d'expérience professionnelle préalable à temps complet dans divers secteurs (ante-partum, intra-apartum, post-partum, néonatal, planning familial) est une évaluation de compétence indirecte.	Les dossiers du programme de formation des sages-femmes incluent des documents justificatifs sur les compétences pratiques de chaque sage-femme enseignante comme des certifications d'employeurs précédents, lettres de référence, CV, preuve de formation continue ou des preuves écrites de la façon dont un manque de compétence dans un certain domaine a été résolu.

Norme II.2.c ***La sage-femme enseignante détient une licence/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme enseignante est responsable de fournir une copie de sa licence ou de son enregistrement au responsable du programme de formation des sages-femmes, à chaque renouvellement de ce document.	Le programme de formation des sages-femmes garde une copie de la licence et/ou de l'enregistrement en vigueur de chaque sage-femme enseignante l'autorisant à pratiquer le métier de sage-femme dans ce pays.

Norme II.2.d ***La sage-femme enseignante a une préparation pédagogique formelle lorsqu'elle est retenue par le programme ou s'engage à suivre une telle préparation pour garder son poste.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme enseignante est responsable de fournir les documents justifiant sa préparation pédagogique ou l'enseignante et le responsable du programme de formation des sages-femmes se mettent d'accord sur les moyens de réaliser une telle préparation.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes est en possession de documents confirmant que la sage-femme enseignante a suivi une préparation pédagogique ou a un plan écrit sur la façon dont elle a l'intention de réaliser la préparation et dans quels délais.

La préparation pédagogique couvre normalement : • les principes de l'enseignement et de l'apprentissage des adultes, • des compétences de préparation de cours et de programme • une aptitude à faciliter les questions et la participation des étudiants, la capacité de communiquer des informations, • la capacité de construire et d'évaluer le travail technique/manuel, oral et écrit de l'étudiant	

Norme II.2.e ***La sage-femme enseignante maintient ses compétences dans la pratique de sage-femme et la formation des sages-femmes.***

Recommandations	**Preuve**
Chaque sage-femme enseignante maintient ses compétences en • continuant de fournir des soins de pratique de sage-femme aux femmes et à leurs nouveau-nés • en lisant des livres, revues et articles de recherche pertinents • en participant à des activités de développement professionnel qui relèvent de la formation des sages-femmes et de la pratique de sage-femme • en satisfaisant les exigences de l'organisme de réglementation/ d'enregistrement des sages-femmes	Le responsable du programme de formation des sages-femmes a en sa possession des preuves écrites de la façon dont chaque enseignante maintient ses compétences.

Norme II.3.a ***La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique est qualifiée conformément à la Définition de la sage-femme* de l'ICM.**

Recommandations	**Preuve**
Chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique dans le cadre du programme de formation des sages-femmes est : • diplômée d'un programme de formation des sages-femmes reconnu dans le pays de préparation • légalement autorisée à pratiquer le	Des copies de licences et diplômes sont déposées au secrétariat du programme de formation des sages-femmes.

métier de sage-femme dans le pays du programme • comprend le champ d'activité de la pratique de sage-femme dans le pays et s'y conforme	

Norme II.3.b ***La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique démontre ses compétences dans la pratique de sage-femme généralement en ayant accompli deux (2) ans de pratique complète.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes élabore une méthode pour évaluer les compétences pratiques actuelles de chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique. La durée suggérée de deux (2) années d'expérience professionnelle préalable à temps complet dans divers secteurs (ante-partum, intra-partum, post-partum, néonatal, planning familial) est une évaluation de compétence indirecte.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes garde les preuves documentaires des compétences pratiques de chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique comme des certifications d'employeurs précédents, lettres de référence, CV et preuves de formation continue.

Norme II.3.c ***La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique maintient ses compétences dans la pratique de sage-femme et dans la formation clinique.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique maintient ses compétences : • en continuant de fournir des soins de pratique sage-femme aux femmes et à leurs nouveau-nés. • en lisant des livres, revues et articles de recherche pertinents • en participant à des activités de développement professionnel qui relèvent de la formation des sages-femmes et de la pratique de sage-femme • en satisfaisant les exigences de l'organisme de réglementation/ d'enregistrement des sages-femmes.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes a en sa possession des preuves écrites de la façon dont chaque préceptrice clinique/enseignante clinique maintient ses compétences.

Norme II.3.d ***La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique détient une licence/enregistrement ou une autre forme d'autorisation légale pour pratiquer le métier de sage-femme.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique est responsable de fournir une copie de sa licence ou de son enregistrement au responsable du programme de formation des sages-femmes, à chaque renouvellement de ce document.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes garde une copie de la licence et/ou de l'enregistrement en vigueur de chaque sage-femme préceptrice clinique/ enseignante clinique l'autorisant à pratiquer le métier de sage-femme dans ce pays.

Norme II.3.e ***La sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique a suivi une préparation formelle de précepteur clinique ou suit une telle préparation.***

Recommandations	Preuve
Chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique ou l'institution qui l'emploie est responsable de fournir des documents prouvant qu'elle a suivi une préparation de préceptrice clinique/enseignante clinique ou un plan convenu sur la façon dont elle compte suivre une telle préparation. La préparation d'une préceptrice clinique/enseignante clinique comprend généralement : • les principes de l'enseignement et de l'apprentissage des adultes, • les aptitudes à faciliter les questions et la participation des étudiants, la capacité de communiquer des informations, • la capacité d'évaluer la performance des étudiants	Le responsable du programme de formation des sages-femmes garde des preuves écrites confirmant que chaque sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique a suivi une préparation pédagogique ou a un plan écrit sur la façon dont elle a l'intention de réaliser la préparation et dans quels délais.

Norme II.4 ***Les personnes d'autres disciplines qui enseignent dans le cadre du programme de formation des sages-femmes sont compétentes dans les matières qu'elles enseignent.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes définit l'expertise requise dans des matières spécifiques et les diplômes exigés de ces experts. Le programme de formation des sages-femmes est responsable d'orienter les experts vers le programme d'étude et d'évaluer leurs performances.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes garde des preuves écrites de l'expertise des personnes qui ne sont pas des sages-femmes et qui enseignent d'autres matières dans le cadre du programme, y compris CV, lettres de référence et évaluations des étudiants.

Norme II.5 ***Les sages-femmes enseignantes fournissent formation, assistance et supervision aux individus qui guident/forment les étudiants dans des sites d'apprentissage pratiques.***

Recommandations	Preuve
Les sages-femmes enseignantes : • conviennent avec les précepteurs de leurs attributions • préparent et offrent des séances de formation régulières qui reflètent les objectifs de la formation des sages-femmes, les grandes lignes du cours, les formulaires d'évaluation des étudiants, les attentes des étudiants dans des environnements pratiques. • fournissent une supervision pour aider les individus qui supervisent les étudiants dans des environnements pratiques • maintiennent des voies de communication pour parler des progrès des étudiants • récompensent les efforts pédagogiques en offrant certificats, livres, frais de conférence et rémunération	Des copies de procès-verbaux de réunions du corps professoral ou d'autres séances conjointes de développement professionnel, de rapports sur des visites de sites pratiques et d'évaluations réalisées par les étudiants sur chaque préceptrice clinique / enseignante clinique sont disponibles.

Norme II.6 ***Les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes préceptrices cliniques/enseignantes cliniques travaillent ensemble pour aider (faciliter), observer directement et évaluer l'expérience pratique des étudiants.***

Recommandations	Preuve
Les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes préceptrices cliniques/enseignantes cliniques collaborent activement pour s'assurer que : • les objectifs de la formation sont atteints au cours des placements pratiques • elles sont à la disposition des étudiants qui ont des besoins d'apprentissage particuliers • les étudiants bénéficient d'une supervision directe pendant leurs placements • diverses méthodes d'évaluation acceptables sont utilisées pour évaluer la performance et les progrès des étudiants.	Des copies de procès-verbaux de réunions du corps professoral ou d'autres séances conjointes de développement professionnel, des preuves écrites d'évaluation des progrès réalisés par les étudiants, des comptes-rendus écrits de discussions entre les préceptrices cliniques/enseignantes cliniques et les sages-femmes enseignantes démontrant la participation et la collaboration entre les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes préceptrices cliniques/enseignantes cliniques au sujet de l'apprentissage de l'étudiant sont disponibles.

Norme II.7 ***Le ratio étudiants / enseignants et préceptrices cliniques/enseignantes cliniques en classe et dans les sites pratiques est défini par le programme de formation des sages-femmes et les exigences des organismes de réglementation nationaux.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes, en collaboration avec l'institution d'accueil et conformément aux objectifs réglementaires nationaux, définit le ratio étudiant - enseignant/précepteur. Par exemple, le ratio étudiants / enseignants est bien plus élevé en classe que le ratio étudiants / enseignants sur les sites pratiques où 1 ou 2 étudiants par préceptrice clinique/enseignante clinique est idéal.	Les ratios étudiants / corps professoral sont documentés par le responsable du programme de formation des sages-femmes et peuvent être justifiés.

Norme II.8 ***L'efficacité des membres du corps professoral est évaluée régulièrement selon un processus établi.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes a mis en place une stratégie écrite pour évaluer régulièrement la performance du corps professoral qui prend en compte les politiques institutionnelles, les stratégies d'évaluation de la qualité et les exigences réglementaires. L'efficacité du corps professoral est évaluée entre autres en fonction de : • la performance des étudiants • les évaluations des étudiants • l'observation par des pairs • le pourcentage de diplômés • les taux de succès de qualification ou d'enregistrement Le corps professoral et le responsable du programme conviennent d'un calendrier pour réaliser une évaluation régulière.	Le responsable du programme de formation des sages-femmes conserve les résultats des évaluations du corps professoral qui ont lieu à intervalle régulier. Ces dossiers comprennent le suivi de toute recommandation visant à améliorer la performance.

Norme III : La population estudiantine

Norme III.1 ***Le programme de formation des sages-femmes compte des politiques d'admission clairement définies par écrit qui sont accessibles aux candidats potentiels.***

Norme III.1.a ***Les conditions d'admission y compris obligation minimum de fin d'études secondaires.***

Recommandations	Preuve
Les conditions d'admission peuvent être fixées au-delà de la fin de la scolarité secondaire. Le programme de formation des sages-femmes doit définir les exigences minimum en consultation avec l'institution d'accueil/ agence/branche du gouvernement et les organismes de réglementation nationaux.	Le public a accès à des documents qui décrivent les conditions d'admission au programme de formation des sages-femmes.

Norme III.1.b ***Le processus de recrutement transparent.***

Recommandations	Preuve
Exemples de transparence du processus de recrutement des candidats aux études de sages-femmes : • modalités de dépôt de candidature explicites et fournies par écrit • scores/notes/niveaux académiques minimums publiés • dates limites de dépôt de candidature publiées • décisions d'admission publiées • liste des membres du comité responsables de l'admission	Le public a accès à des documents qui décrivent les principes et modalités de recrutement au programme de formation des sages-femmes.

Norme III.1.c ***Le processus et les critères de sélection pour l'admission.***

Recommandations	Preuve
Chaque programme de formation de sages-femmes définit à la fois le processus et les critères d'admission en fonction des besoins nationaux et des normes culturelles. Les critères de sélection peuvent inclure ce qui suit : • savoir lire et écrire la langue nationale ou la langue dans laquelle les cours sont donnés si elle diffère de la langue nationale. • avoir étudié des matières pertinentes comme les sciences fondamentales et les mathématiques • certificat de bonne conduite • qualités d'entregent • grande envie de devenir sage-femme La lettre de candidature, un entretien personnel, des lettres de référence, des tests standard et le dossier scolaire pourront servir à évaluer la demande d'un candidat.	Des documents décrivant les critères et les méthodes d'évaluation et de sélection des candidats au programme de formation des sages-femmes sont à la disposition de tous.

Norme III.1.d ***Les mécanismes pour prendre en compte toute formation antérieure.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes a des politiques claires en matière de reconnaissance de formation antérieure. Exemples de mécanismes qui évaluent la formation antérieure : • examen de reconnaissance des acquis • présentation de documents prouvant une formation antérieure comme un relevé de notes • présentation d'expériences et de compétences précédentes Une formation précédente pourra permettre à l'étudiant de réduire le nombre de modules/cours ou heures d'études nécessaires pour effectuer le programme.	Les principes de la reconnaissance de toute formation précédente, les procédures suivies et les délais d'obtention d'équivalences seront consignés par écrit et à la disposition de tous. La mise en œuvre de ces politiques est consignée dans les dossiers du programme.

Norme III.2 ***Les candidats éligibles aux études de sage-femme sont admis sans préjudice ni discrimination (ex : sexe, âge, origine nationale, religion)***

Recommandations	Preuve
Des politiques écrites soutiennent les principes universels des droits de l'homme.	Des politiques écrites sont à la disposition de tous.

Norme III.3 ***Les candidats éligibles aux études de sage-femme sont admis conformément aux politiques nationales des services de santé et aux plans des professionnels des services de maternité.***

Recommandations	Preuve
Voir les recommandations qui accompagnent la Norme I.6.	Voir les preuves qui accompagnent la Norme I.6.

Norme III.4 ***Le programme de formation des sages-femmes a des principes clairement exposés par écrit au sujet des étudiants :***
Norme III.4.a ***Ces principes incluent ce que l'on attend des étudiants en classe et dans les sites pratiques***

Recommandations	Preuve
Exemples de ce que l'on attend des étudiants ; que l'étudiant : • accepte d'être responsable de ses propres études • fasse preuve de respect et ait une attitude positive vis-à-vis des femmes et de leurs familles, des enseignants et leurs collègues • exerce ses compétences conformément aux normes éthiques telles que le respect de la confidentialité • adopte un comportement et une présentation appropriés sur le plan culturel sur les sites d'apprentissage pratiques	Les étudiants confirment qu'ils ont reçu une copie de ces principes au cours de la période d'orientation et qu'ils ont eu l'occasion d'en débattre et de poser des questions.

Norme III.4.b ***Ces principes incluent des déclarations au sujet des droits et responsabilités des étudiants et un processus établi pour traiter les recours et/ou les plaintes des étudiants.***

Recommandations	Preuve
Parmi les politiques et procédures claires en matière de plaintes et de réclamations des étudiants : • Méthodes informelles de résolution des différends, en personne, avec présence d'un facilitateur si nécessaire • Méthodes officielles qui se basent sur un processus de règlement et incluent les procédures suivantes : - dépôt de la réclamation - calendrier pour étudier la réclamation - un comité neutre/impartial examine la réclamation - les suites possibles du processus de réclamation sont comprises	Les étudiants peuvent obtenir des copies de ces politiques et l'institution garde des dossiers confidentiels sur les réclamations passées et comment elles ont été résolues.

Des services d'aide et un accompagnement psychologique de l'étudiant sont disponibles si nécessaire (voir Norme V : Ressources, sites et services).	

Norme III.4.c ***Ces principes incluent des mécanismes pour permettre aux étudiants de faire part de commentaires et de réaliser une évaluation continue sur le programme d'études, le corps professoral et le programme de formation des sages-femmes***

Recommandations	**Preuve**
Mécanismes pour permettre aux étudiants de fournir des commentaires : • Commentaires officiels anonymes ou ouverts des étudiants à l'aide de formulaires d'évaluation. • Commentaires informels fournis par le biais de : - boîtes à idées - tribunes libres - forum de communication sur internet	Le programme de formation des sages-femmes prévoit des outils d'évaluation et publie un calendrier pour leur utilisation. Des copies des formulaires d'évaluation remplis sont classées au bureau du programme.

Norme III.4.d ***Ces principes incluent les conditions requises pour la réussite à un programme de formation des sages-femmes.***

Recommandations	**Preuve**
Conditions généralement nécessaires : • Atteindre les objectifs du programme au niveau de maîtrise spécifié. • Quantité et type d'expériences d'apprentissage théoriques et pratiques • Méthodes et critères pour définir si les objectifs d'un programme ont bien été atteints par exemple, des examens complets.	Au début du programme, les conditions requises pour réussir le programme sont fournies par écrit aux étudiants. Les étudiants doivent en prendre connaissance.

Norme III.5 ***Des mécanismes existent pour faire participer activement les étudiants à la gouvernance du programme et aux comités.***

Recommandations	Preuve
Ces mécanismes peuvent inclure : • Siéger à des comités comme ceux chargés des admissions, du programme d'études, des questions disciplinaires • Comités ou association d'étudiants • Forums de discussion planifiés avec le corps professoral et le responsable du programme de formation des sages-femmes.	Une liste des étudiants membres de comités et des comités dont ils sont membres est dressée.

Norme III.6 ***Les étudiants ont une expérience pratique suffisante du métier de sage-femme dans divers environnements pour acquérir au minimum les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM actuellement en vigueur.***

Recommandations	Preuve
L'expérience pratique a lieu dans des environnements institutionnels et communautaires divers qui répondent aux besoins nationaux et au champ d'activité de l'ICM. Une expérience pratique suffisante peut être définie par : • Le nombre de visites prénatales, le nombre de fois que l'étudiant a assisté au travail et à un accouchement, les visites post-partum, néonatales et de planning familial et/ou • le nombre d'heures consacré à chaque domaine de pratique (ante-partum, intra-partum, postpartum. Néonatal, planning familial) et/ou • évaluations de la qualité de l'expérience et/ou • réalisation des objectifs d'apprentissage.	Une liste ou des contrats passés avec tous les cadres de pratique offrant aux étudiantes sages-femmes une expérience pratique est disponible auprès du bureau du programme. Le programme de formation des sages-femmes définit par écrit ce qu'il entend par *expérience suffisante* pour son environnement, contexte et cadre réglementaire et les moyens d'évaluer cette expérience. Le programme de formation des sages-femmes est capable de démontrer que chaque étudiante sage-femme a acquis un niveau de maîtrise correspondant au niveau d'expérience pratique spécifié.

Lorsque les politiques réglementaires ou régionales exigent un certain nombre d'expériences pratiques, le corps professoral sera peut-être obligé de rechercher le soutien et la collaboration d'organismes de réglementation/d'octroi de licence pour satisfaire ces exigences.	Des dossiers sur l'expérience pratique des étudiants sont disponibles et reflètent les conditions exigées par le programme de formation des sages-femmes.

Norme III.7 ***Les étudiants fournissent des soins de pratique de sage-femme principalement sous la supervision d'une sage-femme enseignante ou d'une sage-femme préceptrice clinique/enseignante clinique.***

Recommandations	Preuve
Dans une situation idéale tous les soins de pratique de sage-femme fournis par des étudiants sont supervisés par une sage-femme qualifiée.	Des accords écrits sont passés avec les environnements pratiques et les précepteurs individuels.
Dans les régions où la personne qui supervise exerce une discipline différente, par exemple s'il s'agit d'un physicien, elle doit avoir les compétences appropriées pour enseigner des compétences de pratique de sage-femme spécifiques.	Le dossier de l'étudiant indique le titre de la personne chargée de la supervision.

Norme IV : Programme d'études

Norme IV.1 ***La philosophie du programme d'études des sages-femmes est conforme à la philosophie et au modèle de soins de pratique de sage-femme de l'ICM.***

Recommandations	Preuve
Cette philosophie énonce par écrit des principes au sujet de l'enseignement et de l'apprentissage et des soins de pratique de sage-femme. Voici à la suite quelques exemples de ces principes sur l'enseignement et l'apprentissage : • Niveau et type d'apprenant • Pédagogie • Relations respectueuses entre enseignants et apprenants • Environnement d'apprentissage	Le programme comprend une philosophie écrite sur la formation et la pratique de sage-femme.

Les principes sur les soins de pratique de sage-femme incluent : • le partenariat avec les femmes • l'autonomisation des femmes • les soins individuels / personnalisés • la continuité des soins • la normalité de la grossesse et de l'accouchement • les soins sans risque conformément aux normes • la sécurité culturelle • les pratiques optimums (fondées sur des données probantes) • la pratique autonome	

Norme IV.2 ***Le programme d'études des sages-femmes a pour but de former une sage-femme compétente.***

Norme IV.2.a. ***Une sage-femme compétente a atteint/démontré, au minimum, les toutes dernières Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM.***

Recommandations	**Preuve**
Les sages-femmes diplômées sont des praticiennes compétentes, conformément aux documents fondamentaux de l'ICM (*Compétences essentielles de l'ICM pour la pratique de base du métier de sage-femme, Définition de la sage-femme, Code de déontologie international des sages-femmes*) et les réglementations nationales et internationales sur le métier de sage-femme.	Les objectifs d'apprentissage écrits du programme de formation des sages-femmes reflètent les documents fondamentaux de l'ICM.
Ces compétences impliquent entre autres la capacité de démontrer : • une pratique basée sur des données probantes • la capacité de sauver des vies • une pratique adaptée sur le plan culturel • la capacité d'exercer dans les systèmes de soins de santé de leur pays et de satisfaire les besoins des femmes et de leurs familles • la réflexion critique et la résolution de problème	Lorsqu'un programme de formation de sages-femmes exige la maîtrise de compétences qui dépassent celles exigées par l'ICM, ces compétences supplémentaires sont documentées.

• la capacité de gérer des ressources et d'exercer efficacement • la capacité d'être des défenseurs efficaces des femmes et de leurs familles • la capacité d'être des partenaires professionnels d'autres disciplines de soins de santé • une orientation vers le service communautaire • une capacité de leadership • le développement professionnel continu (apprentissage sur toute la vie)	

Norme IV.2.b ***Une sage-femme compétente répond aux critères de la Définition de la sage-femme de l'ICM et aux normes des organismes de réglementation conduisant à une autorisation d'exercer ou à un enregistrement professionnel en tant que sage-femme.***

Recommandations	Preuve
Les conditions requises pour réussir le programme de formation des sages-femmes sont conformes à la *Définition* de l'ICM et permettent aux diplômés d'avoir droit à un enregistrement professionnel/ une reconnaissance au sein de leur site pratique.	Toutes les sages-femmes diplômées répondent aux critères d'enregistrement/de reconnaissance légale et fournissent sur demande des copies des documents prouvant qu'elles sont autorisées à exercer au responsable du programme.

Norme IV.2.c ***Une sage-femme compétente répond aux critères pour poser sa candidature à des programmes d'enseignement plus poussés***.

Recommandations	Preuve
Afin de permettre aux sages-femmes diplômées de poser leur candidature à des programmes d'enseignement plus poussés, les programmes de formation de sages-femmes doivent leur fournir une qualification reconnue dans le pays.	La qualification conférée à la fin du programme de formation des sages-femmes est reconnue dans le pays et les diplômés peuvent poursuivre des études plus poussées.

Norme IV.2.d ***Une sage-femme compétente est une praticienne autonome et bien informée qui respecte : le Code international de déontologie des sages-femmes de l'ICM ; les normes de la profession ; et le champ de pratique dans le cadre légal où elle est reconnue.***

Recommandations	Preuve
Les objectifs du programme de formation des sages-femmes sont conformes aux exigences de la réglementation concernant la pratique autonome.	Le programme de formation des sages-femmes suit systématiquement les diplômés pendant une durée définie pour connaître leur expérience de pratique continue.

Norme IV.3 ***La progression et le contenu du programme d'études des sages-femmes permettent à l'apprenant d'acquérir des compétences essentielles en matière de pratique de sage-femme conformément aux documents fondamentaux de l'ICM.***

Recommandations	Preuve
Le programme d'études des sages-femmes est organisé de manière logique et systématique afin d'aider les étudiants à acquérir progressivement les connaissances, compétences et comportements essentiels. On peut donner comme exemples de ces approches un contenu progressif de la préconception aux soins post-partum ; ou des processus physiologiques aux conditions pathologiques ; ou des situations/problèmes simples et courants aux urgences complexes et rares. L'approche sous-jacente guide l'organisation du contenu et l'acquisition des *Compétences essentielles*. Elle sert également de base à l'établissement du calendrier des évaluations régulières sur le développement des compétences (voir III Population étudiante et les VI Stratégies d'évaluation)	Le cadre organisationnel apparaît clairement dans les documents du programme d'études des sages-femmes. Le corps professoral et les étudiants comprennent l'organisation du contenu et l'approche adoptée pour évaluer la maîtrise des compétences.

Norme IV.4 ***Le programme d'études des sages-femmes couvre à la fois les aspects théoriques et les aspects pratiques dans une proportion minimum de 40 % de théorie et 50 % de pratique.***

Recommandations	Preuve
Chaque programme de formation des sages-femmes planifie son ratio théorie et pratique de façon à : • permettre à l'étudiant d'acquérir les compétences de l'ICM (capacités professionnelles cognitives, techniques ou comportementales), • faciliter le transfert des compétences dans la pratique et • permettre à l'étudiant, pendant le processus d'apprentissage, de démontrer sa capacité à contextualiser les soins. Certains programmes de formation des sages-femmes pourront décider d'un ratio 50 %/ 50 % alors que d'autres pourront décider d'un ratio 40 %/60 %. La durée supplémentaire consacrée à la pratique pourra permettre de renforcer l'enseignement pratique ou de consacrer ce temps à l'apprentissage par simulation. La durée supplémentaire consacrée à la pratique pourra servir à démontrer des compétences supplémentaires, réaliser des objectifs d'apprentissage lorsque l'expérience pratique est limitée ou lorsque certains étudiants prennent plus longtemps pour acquérir des compétences.	La structure générale du programme est présentée dans un document qui définit le temps consacré à la théorie et à la pratique. Cette structure est clairement justifiée. Si un autre contenu théorique qui n'est pas directement lié aux compétences de pratique de sage-femme est inclus, par exemple la recherche, la présence d'un tel contenu sera également clairement justifiée. Ce contenu n'est pas pris en compte dans le ratio décrit ci-dessus.

Norme IV.4.a La durée minimum d'un programme de formation des sages-femmes par admission directe est de trois (3) ans.

Recommandations	Preuve
La durée minimum des programmes de formation des sages-femmes par admission directe a été adoptée dans le cadre d'un sondage Delphi modifié. ICM comprend que la durée est une estimation donnée du temps nécessaire pour acquérir	La formule utilisée par le programme pour des expériences théoriques et pratiques (cours/unité d'enseignement) est définie par écrit et disponible pour les étudiants et toutes les enseignantes sages-femmes. La rationnelle de cette formule est aussi

les compétences de pratique de sage-femme, quelle que soit la voie d'accès au programme de formation. Le Dossier de Ressources #2 d'ICM (2012) présente un cursus type de formation par admission directe ainsi que des moyens de déterminer les heures nécessaires pour aprendre la théorie et démontrer des compétences. Le nombre de cours/modules et d'heures nécessaires pour chaque est déterminé par des formateurs expérimentés, basé sur le contenu et son niveau de difficulté (simple ou complexe), et si il y a une composante clinique ou pas. Le temps disponible dans un cursus de formation est aussi un facteur à prendre en compte. Par exemple, la théorie et la pratique de l'ante-partum couvre neuf mois de la grossesse et inclut les bases de la physiologie de la femme enceinte et du développement du fœtus alors que le contenu d'enseignement sur le travail et l'accouchement couvre une période beaucoup plus courte mais requiert des compétences en secourisme pour la mère et le nouveau-né ainsi que des compétences en matière de travail et d'accouchement. Les modules qui n'ont pas de contenu clinique (par ex. pharmacologie, anatomie, épidemiologie, problème professionnel) peuvent exiger moins de temps pour l'apprentissage de la théorie avec des modules de mise en pratiques de soins de pratique de sage-femme. Dans l'ensemble, il est suggéré que les cours de pratiques cliniques (AP, IP, PP, NB, FP) devraient bénéficier de la majeur partie du temps alloué au cursus de formation, avec d'autres cours complémentaires. Si le programme se déroule dans un établissement d'enseignement, un	enregistrée, et évaluée périodiquement en fonction des capacités du diplomé à démontrer toutes les Compétences Essentielles d'ICM.

système d'heures par crédit est déjà déterminé (par ex, 1 heure de théorie par semaine = 1 crédit ; 3-5 heures de pratique clinique par semaine = 1 crédit sur une période de 12-14 semaines). Si les cours d'Ante-partum représentent 6 crédits, alors 3 crédits correspondraient à 3 heures de théorie par semaine et 3 crédits correspondraient à 9-15 heures d'expérience pratique par semaine.	

Norme IV.4.b La durée minimum d'un programme de formation post-enregistrement est de dix-huit (18) mois.

Recommandations	**Preuve**
Fait référence à l'explication ci-dessus IV.4.a. Dans le cadre d'un programme d'étude de 18 mois se concentrant uniquement sur le contenu et la pratique de sage-femme, le corps professoral devra déterminer que d'autres cours de soutien au sein du programme de trois ans ont été inclut dans le programme de pre-enregistrement de l'étudiant. Le Dossier de Ressources #2 d'ICM (2012) contient un cursus type de formation pour un programme d'études post-enregistrement de 18 mois. Il faut se rappeler que l'objectif de tout programme de formation de sage-femme est de préparer une sage-femme compétente qui saura démontrer toutes les Compétences Essentielles d'ICM.	Se référer à IV.4.a

Norme IV.5 ***Le programme de formation des sages-femmes utilise des méthodes d'enseignement et d'apprentissage qui sont basées sur la preuve et qui favorisent l'apprentissage des adultes et la formation basée sur les compétences.***

Recommandations	**Preuve**
Les preuves de pratiques pédagogiques optimums évoluent au fil du temps et le corps professoral doit se tenir en permanence au courant de sujets relatifs à l'éducation tels que : • les méthodes d'acquisition des compétences • les étudiants en tant qu'apprenants adultes • l'apprentissage spécifique à chaque sexe • les principes de l'apprentissage tout au long de la vie (*Exposé de prise de position sur la formation de base et la formation continue pour les sages-femmes* de l'ICM). Les méthodes d'enseignement basées sur des données probantes incluent : • l'apprentissage reposant sur la recherche, • la modélisation, • la méthode des cas, • l'apprentissage par simulation • la supervision • la réflexion Les méthodes pédagogiques peuvent être utilisées en classe ou sur le web si elles sont modifiées de façon appropriée.	Les méthodes d'enseignement fondées sur les preuves sont reflétées dans le matériel pédagogique.

Norme IV.6 ***Le programme de formation des sages-femmes offre des opportunités de contenu et d'expériences d'apprentissage multidisciplinaires qui complètent le contenu spécifique à la pratique de sage-femme.***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes encourage des contributions d'experts dans des disciplines connexes afin de : • améliorer les connaissances des sages-femmes étudiantes, • comprendre le contenu spécifique à la discipline, • s'informer et tirer des enseignements d'autres disciplines/professions liées aux soins de maternité et • améliorer le travail d'équipe entre les professions (*Exposé de prise de position sur la formation de base et la formation continue pour les sages-femmes* de l'ICM). Les experts dans des disciplines complémentaires à la pratique de sage-femme peuvent enseigner des matières telles que la sociologie, la psychologie, la pharmacologie, l'anatomie et la physiologie. Des sujets spécifiques liés aux soins de maternité peuvent être enseignés par des infirmières, des obstétriciens, des pédiatres et des anesthésistes. Les programmes de formation des sages-femmes peuvent inclure des expériences d'apprentissage interprofessionnelles dans des environnements de soins communautaires, institutionnels et de santé primaire sur place ou dans des pays étrangers sélectionnés, permettant aux étudiantes sages-femmes de collaborer avec des étudiants et/ou d'autres prestataires de soins de santé en étant membres de leur équipe.	Le programme de formation des sages-femmes a des objectifs d'apprentissage pour les étudiants qui incluent la collaboration interprofessionnelle. Le plan du programme d'études comprend des éléments d'autres disciplines et expériences pratiques interprofessionnelles. Le programme garde une liste de toutes les personnes qui enseignent aux étudiantes sages-femmes et de leurs antécédents professionnels.

Norme V : Ressources, sites et services

Norme V.1 ***Le programme de formation des sages-femmes applique des principes écrits qui veillent à la sécurité et au bien-être des étudiants et des enseignants dans des environnements d'enseignement et d'apprentissage.***

Recommandations	Preuve
Ces principes incluent entre autres : • les déplacements/le transport sans risque aux cliniques, sites de pratique communautaire, zones rurales/éloignées • la sécurité personnelle dans les cadres communautaires • le respect de précautions universelles relatives aux pathogènes hématogènes • la prise en charge des blessures occasionnées par des objets tranchants • les étudiants présentent une preuve d'immunisation permanente à jour • les étudiants présentent un certificat de bonne conduite	Les programmes de formation des sages-femmes ont adopté des principes écrits qui sont remis à tout le corps professoral, aux étudiants et aux préceptrices cliniques/enseignantes cliniques. Les bénéficiaires connaissent ces principes.

Norme V.2 ***Le programme de formation des sages-femmes a suffisamment de ressources d'enseignement et d'apprentissage pour satisfaire les besoins du programme.***

Recommandations	Preuve
Par suffisamment de ressources d'enseignement et d'apprentissage on entend : • l'accès à des ressources d'apprentissage à jour comme des textes, revues et sources de référence imprimés ou sous format électronique • des technologies de la communication comme les téléphones et les récepteurs de radiomessagerie • l'espace en classe ou des options d'apprentissage à distance • l'accès à des laboratoires équipés pour étudier les sciences fondamentales et le développement de compétences pratiques	Une liste des ressources est disponible. La planification budgétaire tient compte de l'acquisition et de la mise à jour des ressources d'apprentissage. Les institutions d'accueil mettent en commun des ressources auxquelles le programme de formation des sages-femmes peut faire appel en fonction des besoins.

• des équipes et matériel visant à soutenir l'apprentissage pratique des étudiants comme les mannequins, les gants et les instruments • l'accès aux services d'assistance aux étudiants, par exemple, services d'aide financière et de conseil	

Norme V.3 ***Le programme de formation des sages-femmes dispose des ressources humaines adéquates afin d'appuyer l'apprentissage en classe/théorique ainsi que l'apprentissage pratique.***

Recommandations	**Preuve**
Ressources humaines adéquates requises : • un programme de ressources humaines • un budget programmatique suffisant pour recruter et garder des membres qualifiés du corps professoral • le nombre de personnel enseignant nécessaire pour satisfaire la charge et les responsabilités pédagogiques requises. Les programmes de formation des sages-femmes ont le personnel de soutien nécessaire pour : • aider à administrer et organiser le programme • maintenir des enregistrements financiers et autres • travailler avec d'autres programmes ou services en fonction des besoins	Le programme garde des informations sur les personnes qui fournissent un enseignement théorique et qui se chargent de la supervision/de l'évaluation des étudiants sur les sites pratiques, par exemple • le nombre de personnes • le temps qu'elles consacrent au programme de formation des sages-femmes • leurs diplômes et expérience de l'enseignement Les dossiers du personnel incluent les diplômes et les descriptions de poste de chaque membre du personnel de soutien.

Norme V.4 ***Le programme de formation des sages-femmes a accès à des expériences pratiques suffisantes, dans diverses structures pour répondre aux besoins d'apprentissage de chaque étudiant.***

Recommandations	Preuve
Les structures pratiques diverses où s'exerce la pratique de sage-femme incluent : • les hôpitaux • les cliniques • les centres sanitaires • les communautés • le domicile des femmes Des placements pratiques sont négociés avec les sites individuels et incluent : • le type et le nombre d'expériences disponibles • le nombre d'étudiants qui peuvent être acceptés • la disponibilité des préceptrices cliniques/enseignantes cliniques	Des contrats signés avec tout un éventail d'agences sont conservés dans les archives du bureau du programme de formation des sages-femmes. Les contrats sont mis à jour et renouvelés périodiquement. [Voir Norme III.6]

Norme V.5 ***Les critères de sélection de sites d'apprentissage pratiques appropriés à la pratique de sage-femme sont clairement rédigés et appliqués.***

Recommandations	Preuve
Les critères de sélection des sites incluent : • la qualité des soins fournis aux mères et aux bébés, • une philosophie favorable à la mère et à son bébé • l'accessibilité et la sécurité des étudiants • la disponibilité des opportunités d'apprentissage • les équipements et instruments disponibles • la disponibilité de sages-femmes préceptrices cliniques/enseignantes cliniques • d'autres professionnels des soins de santé qui acceptent de faciliter l'apprentissage	Les critères de sélection sont écrits et suivis. Les évaluations des sites pratiques réalisées par les étudiants reflètent ces critères.

Norme VI : Stratégies d'évaluation

Norme VI.1 ***Le corps professoral utilise des méthodes d'évaluation formative et sommative fiables et valides pour évaluer la performance et les progrès des étudiants dans les domaines suivants : a. connaissances, b. comportements, c. aptitudes pratiques, d. pensée critique et prise de décisions et e. aptitudes relationnelles/communication interpersonnelle***

Recommandations	Preuve
Le programme de formation des sages-femmes sélectionne ou développe les outils d'évaluation nécessaires à l'évaluation formative et sommative. Les méthodes d'évaluation sont sélectionnées de manière à convenir le mieux possible au domaine (cognitif, affectif, psychomoteur) évalué et sont choisies en fonction des objectifs d'apprentissage. Par exemple, l'acquisition des connaissances, l'analyse critique et la réflexion peuvent être évaluées à l'aide d'examens oraux ou écrits et d'essais, tandis que les compétences pratiques, les comportements professionnels, la prise de décision et les relations interpersonnelles peuvent être observés et évalués dans des sites pratiques et/ou dans des scénarios/situations de simulation L'auto-évaluation et les évaluations par des pairs peuvent avoir lieu en plus de celles réalisées par les enseignants. Les outils et évaluations multiples offrent un meilleur « échantillonnage » des capacités des étudiants.	Un éventail d'outils d'évaluation valides et fiables est disponible et utilisé. Le matériel didactique décrit clairement les méthodes utilisées pour évaluer la réalisation des objectifs d'apprentissage.

Norme VI.2 ***Les moyens et critères d'évaluation de la performance et de la progression des étudiants en pratique de sage-femme y compris l'identification de toutes difficultés d'apprentissage sont consignés et partagés avec les étudiants.***

Recommandations	Evidence
Les critères définissant des progrès et les remèdes (le cas échéant) adéquats font partie des politiques/informations écrites du cours et du programme. Les étudiants ont accès aux informations par écrit ou en ligne.	Un plan d'évaluation écrit est à la disposition des étudiants et du corps professoral. Des politiques et dispositions visant à soutenir les mesures correctives sont en place.

Norme VI.3 ***Le corps professoral revoit régulièrement le programme d'études dans le cadre de l'amélioration de la qualité notamment en consultant des étudiants, des diplômés du programme, des sages-femmes praticiennes, des clientes des sages-femmes et d'autres parties prenantes.***

Recommandations	Preuve
L'amélioration de la qualité est un processus cyclique : le retour d'information obtenu par des moyens officiels et informels (ex. enquêtes, évaluations, demandes d'examens) fournit une base pour apporter les améliorations et/ou les changements nécessaires au programme. Une réévaluation est effectuée après une période de temps convenable. La participation de parties prenantes très diverses, y compris des bénéficiaires des soins de pratique de sage-femme offre une perspective plus vaste et contribue à accroître la visibilité et la crédibilité du programme.	Des preuves écrites concernant les périodes d'évaluation, les améliorations/changements effectués et les délais sont disponibles.

Norme VI.4 ***Le corps professoral revoit en permanence les sites d'apprentissage pratiques pour s'assurer qu'ils conviennent à l'expérience/l'apprentissage des étudiants par rapport aux résultats d'apprentissage attendus.***

Recommandations	**Preuve**
Des membres du corps professoral du programme visitent et contrôlent régulièrement les sites de pratique pour s'assurer qu'ils conviennent. Ces audits se penchent entre autres sur les aspects clés suivants : • soutien en faveur de la philosophie et du modèle de soins du programme de formation des sages-femmes, • participation des étudiants à tous les aspects des soins, • niveau d'intérêt et enthousiasme des préceptrices cliniques/enseignantes cliniques en ce qui concerne l'enseignement et l'évaluation des étudiants, • nombre adéquat de clients qui présentent une condition physique qui correspond aux objectifs d'apprentissage souhaités des étudiants. Les étudiants fournissent un retour d'information régulier sur les sites d'apprentissage pratiques comme l'environnement global, le soutien aux étudiants, le domaine couvert par les cours et la qualité des services.	Des rapports d'audit sont conservés dans les dossiers du secrétariat du programme.

Norme VI.5 ***Une évaluation externe régulière de l'efficacité du programme a lieu.***

Recommandations	Preuve
Une évaluation externe peut avoir lieu pour satisfaire en partie les exigences de l'institution/de l'état/du pays où le programme est basé ou pour satisfaire les exigences d'accréditations nationales ou pour que le programme soit approuvé par un organisme de réglementation des sages-femmes. Lorsqu'aucune exigence n'existe, le programme de formation des sages-femmes doit procéder à un examen mené par 2 ou 3 enseignantes/expertes sages-femmes qui viennent d'une autre région/pays. Les personnes chargées de réaliser cet examen peuvent observer et interviewer les membres du corps professoral, les étudiants, administrateurs et diplômés sur ce qu'ils pensent du programme et sa capacité à former des sages-femmes qui deviendront d'excellentes praticiennes. Les personnes chargées de réaliser cet examen doivent également lire la documentation du programme, revoir les politiques et procédures et se faire une idée globale des points forts et des points faibles afin de formuler des recommandations pour améliorer la qualité du programme. Des examens externes réalisés tous les 5-7 ans peuvent accroître la qualité et l'intégrité du programme.	Le programme de formation des sages-femmes a prévu une procédure d'examen officiel à intervalles réguliers. Les résultats de ces évaluations sont classés dans des dossiers et un suivi documenté des recommandations est réalisé.

ANNEXE 35 : critères et outil d'évaluation des formations de sages-femmes

Critères d'évaluation des formations de sages-femmes (OMS, 2007)

Le suivi d'un programme de formation des sages-femmes devrait être un processus continu. L'évaluation du programme doit permettre de :

• Veiller à ce que le programme de formation réponde aux besoins de la communauté en matière de santé (compétence professionnelle, respect de la déontologie, rentabilité, accessibilité, promotion de la santé publique) et profite à la communauté.

• Veiller à ce que le programme de formation satisfasse aux exigences de qualité (recrutement, taux de réussite, qualités professionnelles des diplômés) définies par le législateur.

• Veiller à ce que le corps enseignant puisse compter sur :

(a) les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires ;
(b) un processus de recrutement, de développement et de maintien du personnel ;
(c) un programme de formation permettant la réalisation des objectifs d'apprentissage ;
(d) un système d'évaluation des étudiants et des enseignants ;
(e) un mécanisme de suivi de la mise en œuvre et de la révision du programme de formation.

(Extrait de la publication *Guidelines for Evaluating Basic Nursing and Midwifery Education and Training Programmes in the African Region*. OMS 2007)

Outil d'évaluation des formations de sages-femmes (UNFPA & ICM, 2013, pp. 47-48)

Formation des sages-femmes	Lieux/Éléments à vérifier	Ce qu'il faut rechercher
Institut de formation des sages-femmes	Salle de classe	- Existence ou non existence d'un environnement favorable à l'apprentissage (ventilation adéquate, salle de classe, nombre de places, éclairage, etc.) - Ratio élèves/enseignant - Ressources pédagogiques et de formation (équipements multimédias, supports audiovisuels, modèles cliniques, tableaux, etc.) - Formateurs en obstétrique compétents, qui maîtrisent le sujet et possèdent de bonnes compétences cliniques
	Salle de travaux pratiques	- Liste des équipements de la salle de travaux pratiques - Qualité et quantité des ressources pédagogiques et de formation (modèles, supports pédagogiques, simulateurs, etc.) par rapport aux nombre d'élèves
	Bibliothèque	Manuels scolaires adaptés et à jour, ordinateurs, temps d'accès accordé aux élèves ; le tout bien organisé et catalogué
	Programme de formation	- Notez les différentes spécialités de sage-femme - Vérifiez que le programme intègre bien les compétences de base de la profession et les normes de formation définies par l'ICM et l'OMS - Évaluez les stratégies et les méthodes utilisées pour couvrir les composantes théoriques et pratiques du programme - Répartition du temps consacré à la théorie et à la pratique - Qualification des enseignants (p. ex. bénéficient-ils d'un programme de développement professionnel continu, ont-ils les compétences médicales nécessaires, sont-ils pédagogues ?)
Environnement (déterminez où les étudiants exercent leur pratique clinique)	Supervision	- Le ratio patient/élève permet-il aux étudiants de s'exercer ? - Les étudiants sont-ils correctement supervisés en continu ? - Les enseignants savent comment utiliser les modèles et sont capables de former les élèves de manière efficace.
	Autonomie professionnelle	Au moyen d'entretiens et en vous basant sur vos observations, évaluez la capacité des sages-femmes à assurer toutes les fonctions essentielles (en fonction du champ d'activité de la profession) en toute autonomie

ANNEXE 36 : référentiel de formation initiale de la *Residência* pour les infirmières obstétricales au Brésil

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SGTES
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO - DEGES

PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

PROJETO PILOTO

Coordenadora

Marli Vilela Mamede – EERP/USP/MS

Equipe de trabalho

Ana Márcia Spanó Nakano – EERP/USP
Antonieta Keiko Kakuda Shimo – FCM/UNICAMP
Carla Luiza França Araújo – ABEn/UFRJ
Cleide Maria Pontes - UFPE
Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues – ATSM/DAPES/MS
Fernanda Almeida dos Santos – OPAS/OMS/DEGES/SGTES
Leila Maria Geromel Dotto- UFAC
Lélia Maria Madeira – Hospital Sofia Feldman
Luiza Mara Correia – FAC.ENF./UERJ
Márcia Maria Bragança Lopes – FAENF/UFPA
Maria Cristina Gabrielloni - UNIFESP
Maria Madalena Januário Leite – EEUSP/CNRMS
Odaléa Maria Brüggemann - UFSC
Solange Maria dos Anjos Gesteira – EE/UFBA
Thaís de Oliveira Gozzo – EERP/USP
Torcata Amorim – EE/UFMG
Valdecyr Herdy Alves – ABENFO NACIONAL
Valdelize Elvas Pinheiro – COFEN/UEA

1. APRESENTAÇÃO

Há hoje um consenso da necessidade de um esforço intenso de abrangência nacional para o aprimoramento da qualificação profissional em saúde, que potencializa o compromisso com a cidadania e a educação em saúde articulando-se, permanentemente, com os avanços científicos e o saber acumulado. A demanda prioritária é, sobretudo, identificar e propor modalidades concretas de realização e aprimoramento deste processo.

As bases legais que legitimam as ações do setor saúde (Ministério da Saúde-MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) estão expressas no artigo 200, inciso III da Constituição Federal que estabelece como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema. Assim, a efetivação do Sistema impõe a organização e a operacionalização de múltiplos e distintos espaços e processos de trabalho visando à atenção à saúde derivada dos princípios políticos, filosóficos e operacionais que sustentam o SUS.

O Brasil como signatário das metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para atingir a meta 5, deverá apresentar Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (nv) até 2015. A mortalidade materna ainda permanece como um desafio a ser enfrentado. Em 1990, a RMM corrigida era 140 óbitos por 100 mil nv, enquanto em 2007 houve redução para 75 óbitos por 100 mil nv. Mas, a projeção realizada de 2008 até 2015 revelou valores entre 69 e 77 óbitos por 100 mil nv, indicando a dificuldade para cumprimento destas metas (BRASIL, 2010).

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicam que, entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98% no país. Da totalidade de partos ocorridos no território nacional, 76% foram realizados no SUS. A grande maioria foi assistida por profissionais formalmente qualificados, médico (89%) ou enfermeira (8,3%) (BRASIL 2010). Apesar da evidência de que as cesarianas estejam associadas com o aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal não há sinais de que esse procedimento esteja reduzindo (VICTORA et all, 2011).

A mortalidade materna constitui uma severa violação dos direitos reprodutivos das mulheres considerando que praticamente todas as mortes maternas poderiam ser evitadas (VICTORA et all, 2011).

O MS lançou, em 2011, a **Rede Cegonha**, uma rede integrada de assistência, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), objetivando um

novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, bem como a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011). Pretende-se nessa linha de cuidado a garantia:

- ✓ do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL
- ✓ de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro
- ✓ das boas práticas e segurança na atenção ao PARTO E NASCIMENTO
- ✓ da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade
- ✓ da ampliação do acesso ao PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Na perspectiva de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, o paradígma político-assistencial do SUS torna-se um eixo balizador dos projetos de formação profissional, dentre eles o de Residência em Enfermagem Obstétrica.

Desta forma, o MS apresenta o **Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica** como um dos instrumentos fundamentais para a qualificação dos padrões de atuação dos trabalhadores em saúde nos serviços de assistência obstétrica e neonatal no país.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a constituição de diretrizes e orientações para um programa educacional de **Residência em Enfermagem Obstétrica** para o SUS e dentro da concepção da Rede Cegonha pretende-se a formação de um profissional, que em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família, atue com competência no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e no período neonatal.

É importante salientar que a formação é entendida como um processo de aquisição e de reconstrução de saberes necessários à intervenção social, como uma oportunidade para repensar a própria postura ética e política, para analisar, aprimorar e transformar a prática, como um espaço para partilhar e debater abordagens diferentes, e ocasião privilegiada para gerar questões.

Pretende-se ainda contribuir para a busca de respostas a problemas identificados na organização do processo de trabalho em saúde e para a mudança do modelo de atenção pautado nas boas práticas e evidências científicas.

Para tanto, a concepção de formação profissional adotada no Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica deverá se pautar nos seguintes princípios:

- Os Direitos Humanos e a Cidadania considerados como referências éticas, normativo-legais e práticas, que privilegia o respeito à pessoa, à justiça social e à compreensão e a valorização das

diferenças. Princípios estes de caráter ético que precisam ser concretizados e colocados em sinergia nas diversas ações educativas envolvendo os conteúdos teóricos, técnicos e práticos destinados à capacitação dos atores sociais comprometidos com a implementação das Políticas de Atenção à Saúde no país.

- Os processos de formação devem estar articulados aos diversos espaços de atuação dos trabalhadores de saúde. Devem tomar a integralidade da atenção como princípio que congrega dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais do processo saúde-doença na condição de elementos indissociáveis e que, por isso, se conforma como paradigma para a educação profissional.
- As práticas de atenção à saúde da mulher e ao neonato devem ser pautadas nas boas práticas e evidências científicas.
- Os princípios éticos e de trabalho em equipe implícitos no arcabouço jurídico-legal que rege o Sistema de Saúde no Brasil, com destaque para o que regulamenta a organização do SUS.
- Os princípios que regem, regulam e conformam o trabalho e a atuação dos trabalhadores na Rede de Serviços da Saúde.
- As ações formativas devem ser submetidas a processos de avaliação e monitoramento sistemático. As atividades devem concretizar o compromisso com a qualidade e atualização permanente em consonância com os almejados critérios de excelência.

Para atender essa formação foram construídos os eixos articuladores do **Programa Nacional da Residência em Enfermagem Obstétrica** que estruturam o conjunto dos conteúdos formativos propostos os quais comunicam o sentido político-pedagógico do que se pretende realizar. Tais eixos são diretrizes que definem a orientação geral do processo formativo e os conteúdos a serem tratados para a estruturação dos diversos processos pedagógicos. Os eixos articuladores constituem a base para a elaboração das áreas temáticas, os quais permeiam os diferentes módulos, seus objetivos, conteúdos e orientações didático-pedagógicas.

Os eixos articuladores foram definidos por sua pertinência na discussão da atenção ao planejamento reprodutivo, à gestação, ao parto e nascimento, puerpério e ao neonato e por envolverem problemáticas atuais e urgentes, enfrentadas pelos profissionais. Estes eixos ensejam uma concepção dinâmica do trabalho em saúde a partir do questionamento das posições assumidas nos diferentes papéis que os sujeitos desempenham na sociedade e no setor saúde e articulam à questão da qualidade da atenção, na forma de discursos e práticas diferenciadas.

Os Eixos Articuladores são:

1- O sujeito e as interações no contexto da sociedade e do SUS;

2- Ética, Cidadania, Direitos Humanos e Reprodutivos;

3-Planejamento, organização do trabalho em Saúde no contexto do SUS

4-As boas práticas e as evidências científicas no Cuidado de Enfermagem à mulher, ao neonato e família

1. Sujeito e Interações no contexto da Sociedade e do SUS

Este Eixo considera o enfermeiro sujeito que desenvolve sua função em interação permanente com outros sujeitos. Desta forma, torna-se primordial articular as áreas temáticas a questões que dizem respeito a esta dimensão, pretendendo-se abordar as diferentes concepções acerca do indivíduo, os papéis por ele desempenhados e a qualidade das interações. Devem ser considerados os valores que o participante da formação tem a respeito de si mesmo e das relações que estabelece, em particular, no contexto do exercício da sua profissão. É o eixo que traduz a exigência de considerar os princípios e as atividades que norteiam o SUS no contexto da sociedade.

Deve permitir que os próprios processos educativos sejam vivenciados e entendidos no seu decorrer como momentos de interação e encontro e incluam, para tanto, momentos em que as relações entre participantes sejam estimuladas, aprimoradas e discutidas. Temas que podem estar diretamente ligados a este eixo: sensibilização, motivação, integração multiprofissional, aspectos humanos da profissão, relações humanas, autoconhecimento e valores.

2. Ética, Cidadania, Direitos Humanos e Reprodutivos

Este Eixo estimula o desenvolvimento de conhecimentos, práticas e atitudes relativas à dimensão ética da existência humana, da prática profissional e da vida social.

É importante refletir sobre as articulações entre as diferentes noções de ética, cidadania, direitos humanos, direitos reprodutivos, bem como suas implicações nos diferentes aspectos da vida profissional e institucional no contexto das atividades dos serviços de saúde. Deve contemplar a transversalidade da dimensão ética nas diversas áreas temáticas, inclusive as de caráter técnico e operacional.

Cabe proporcionar ao enfermeiro instrumentos para conhecer e refletir sobre inúmeras expressões da diversidade como fenômeno inerente à vida social e às relações humanas, e, como direito fundamental da cidadania. Este eixo deve permitir a reflexão permanente sobre as intervenções em saúde frente às

realidades que envolvem questões de diferença sociocultural, gênero, orientação sexual, etnia, comportamentos estigmatizados e violência.

3-Planejamento, organização do trabalho em Saúde no contexto do SUS

Este eixo deve abordar as dimensões do processo de trabalho do enfermeiro nos diferentes espaços de atenção ao planejamento reprodutivo, à gestação, ao parto e nascimento, puerpério e ao neonato, no contexto do SUS. Neste sentido, as áreas temáticas deverão contemplar as questões relacionadas aos múltiplos significados do processo de trabalho, os elementos e instrumentos de trabalho no processo de gerenciamento e os modelos de atenção à saúde da mulher e do neonato.
Este eixo deve estimular a reflexão permanente sobre a realidade vivenciada nos contextos da prática e ser capaz de propor alternativas de transformação em consonância com as políticas públicas com vistas à implementação das boas práticas e evidências científicas na atenção obstétrica.

4-As boas práticas e as evidências científicas no Cuidado de enfermagem à mulher, ao neonato e família

Este eixo aborda as ações do enfermeiro obstetra na prática direcionada à linha do cuidado de enfermagem à mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e família pautadas nos instrumentos legais. Contempla os conteúdos teóricos e práticos relacionados às áreas temáticas específicas, para possibilitar o desenvolvimento das competências profissionais na atenção obstétrica e neonatal. Permite, portanto, uma atenção que respeite a fisiologia dos processos envolvidos, que utilize as boas práticas e as evidências científicas, transformação das práticas promovendo uma redução de riscos. Permite também contribuir para a elaboração de novas práticas sustentadas pelas evidências.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Qualificar enfermeiras para atuarem no cuidado à saúde da mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e família, compreendendo seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e

evidências científicas, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e pelos princípios e diretrizes do SUS.

3.2. Objetivos específicos

Qualificar a enfermeira para:

1. Analisar as condições de vida e saúde da mulher e do neonato em seu contexto social e cultural;
2. Realizar ações educativas junto à mulher e à família, que promovam a expressão e valorização do saber feminino;
3. Investigar a realidade assistencial, com vista à produção de conhecimento, à transformação desta prática e ao desenvolvimento de tecnologias próprias da enfermagem;
4. Desenvolver atividades de gestão da assistência à mulher, neonato e família, articuladas à equipe multiprofissional;
5. Atuar em rede de atenção à saúde em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família;
6. Assistir a mulher no planejamento reprodutivo, na gestação de baixo risco, no trabalho de parto e parto sem distócia, no período puerperal, no processo de abortamento, ao neonato e família;
7. Realizar o parto normal sem distócia;
8. Identificar as distócias e riscos obstétricos, perinatais e tomar providências na assistência pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério e no cuidado ao neonato;
9. Atuar na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

4. PERFIL DA ENFERMEIRA OBSTETRA

Enfermeira especialista em obstetrícia, na modalidade de Residência, com visão humanista, crítica e reflexiva, pautada na premissa de que a gravidez e nascimento são eventos normais de vida. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde da mulher e do neonato, mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, considerando os aspectos familiares, as dimensões fisiológicas, sociais, culturais, emocionais, éticas e políticas dos seus determinantes. Capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

5. NÚMERO DE VAGAS: Mínimo de 6 e máximo de 12 vagas anual.

6. FORMAS E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- ✓ Edital anual de seleção pública
- ✓ Prova teórica (eliminatória)
- ✓ Análise de currículo e Entrevista (classificatória)
- ✓ Prova prática (opcional, a critério da instituição)

7. DIRETRIZES PEDAGÓGICAS

O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica será desenvolvido em 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, sendo 48 horas de prática e 12 horas de teóricas e teórico-práticas. O programa terá duração de no mínimo 24 meses, com período de 30 dias de férias anuais.

O conteúdo programático será desenvolvido por meio de atividades teóricas, teórico práticas e práticas e fundamentado nos eixos articuladores, quais sejam: *O sujeito e as interações no contexto da sociedade e do SUS; Ética, Cidadania, Direitos Humanos e Reprodutivos; Planejamento, organização do trabalho em Saúde no contexto do SUS, e, As boas práticas e as evidências científicas no Cuidado de enfermagem à mulher, ao neonato e família* (Quadro 1).

As atividades teóricas serão desenvolvidas nas diferentes áreas temáticas, com a participação de alunos e professores nos diversos módulos. Além disso, poderão ser convidados outros professores e profissionais como: representantes da comunidade, de programas de saúde, de entidades e instituições de saúde.

As atividades práticas serão orientadas por tutores e preceptores. O preceptor que acompanhará o residente na atenção à mulher no trabalho de parto, parto e puerpério deverá ser *enfermeiro especialista em obstetrícia*. O preceptor que acompanhará o residente na atenção à mulher no planejamento reprodutivo, durante a gestação, puerpério e ao neonato na atenção básica poderá ser *enfermeiro especialista nas áreas da saúde*. A proporção de preceptores/ residentes não deverá exceder a 1 para 5.

A prática será desenvolvida nos diferentes cenários de atenção à mulher no planejamento reprodutivo, no processo de abortamento, na gestação, parto e nascimento, puerperio e ao neonato, ou seja, na rede básica de saúde, casas de parto, centro de parto normal, maternidades, hospitais, ambulatórios, em todos os seus níveis de complexidade, em outras instituições que desenvolvam programas de assistência à saúde da mulher e no domicílio da clientela.

A escolha dos locais para o desenvolvimento da prática assistencial deverá obedecer aos seguintes critérios: ter demanda suficiente e condições físicas e de materiais que possibilitem o ensino em serviço de qualidade na região.

Serão utilizadas metodologias ativas, por meio de técnicas individuais e grupais de ensino utilizando: aula expositiva dialogada, atividades em ambiente virtual de ensino, simulação e vivências, pesquisa bibliográfica individual ou em grupo, realização de seminários, estudo dirigido, aula teórico prática e estudo de caso.

8. MATRIZ CURRICULAR

A matriz curricular do Programa da **Residência em Enfermagem Obstétrica** está alicerçada nos eixos articuladores os quais estruturam o conjunto das áreas temáticas propostas e comunicam o sentido político-pedagógico do que se pretende realizar. Tais eixos são as diretrizes que definem a orientação geral do processo formativo e os conteúdos a serem tratados para a estruturação dos diversos processos pedagógicos do programa. Os eixos articuladores constituem a base para a elaboração das áreas temáticas que permeiam os diferentes módulos, seus objetivos, conteúdos e orientações didático-pedagógicas.

Neste sentido, as áreas temáticas articuladas aos eixos temáticos e os conteúdos inseridos em cada módulo estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Eixos, áreas temáticas e conteúdo programático

Eixos	Áreas temáticas	Conteúdo
1-O sujeito e as interações no contexto da sociedade e do SUS	**- Ética, saúde e sociedade** **- Políticas de saúde** **- Metodologia de pesquisa**	- Políticas públicas de atenção à saúde da mulher - Políticas públicas de atenção à saúde do neonato - Situação social e epidemiológica da saúde da mulher e do neonato - Bioética - Relações sociais de gênero - Bases metodológicas e conceituais na investigação científica
2 - Ética, Cidadania, Direitos Humanos e Reprodutivos;	**- Ética, saúde e sociedade** **- Direitos humanos e reprodutivos**	- Direitos humanos - Direitos e saúde: sexual e reprodutiva - Planejamento reprodutivo - Relações sociais de gênero - Bases legais do exercício profissional - Bioética

9

	- Metodologia de pesquisa	- Bases metodológicas e conceituais na investigação científica
3 - Planejamento, organização do trabalho em Saúde no contexto do SUS,	**- Processo do trabalho em saúde** **-Metodologia de pesquisa**	- O Sistema Único de Saúde - Modelos de assistência - Sistematização da assistência - Organização do trabalho - Planejamento e organização do serviço de saúde -indicadores de qualidade - Processo de trabalho - Segurança do paciente - Risco ocupacional e biosegurança - Ambiência - Bases metodológicas e conceituais na investigação científica
4 - As boas práticas e as evidências científicas no Cuidado de enfermagem à mulher, ao neonato e família.	**- Processo de Gestação**	- Preparação da mulher e família para gravidez - Fisiologia e evolução da gravidez - Aspectos sociais, culturais e emocionais da gravidez -Consulta de Enfermagem Obstétrica - Aleitamento materno - Praticas educativas - Plano de parto - Alterações da normalidades durante a evolução da gravidez - Legislações de proteção à mulher, criança e família - Sexualidade - Segurança do paciente -sistematização da assistência de enfermagem
	- Processo de parturição e nascimento	- Aspectos emocionais, sociais e culturais do processo de parturição e nascimento - Fisiologia do parto e nascimento - Partograma -Assistência de enfermagem no processo de parturição e nascimento - Boas práticas e evidências científicas no processo de parturição e nascimento - Monitoramento do bem estar fetal - Identificação das Alterações da normalidade no processo de parturição e nascimento - Legislações de proteção à mulher, criança e família - Segurança do paciente - Sistematização da assistencia de enfermagem

	- Atenção ao neonato	- Cuidados imediatos e mediatos ao neonato - Adaptação do neonato à vida extra-uterina - Boas práticas e evidências científicas na assistência ao neonato - Aleitamento materno - Programa Nacional de Imunização - Orientação para o crescimento e desenvolvimento - Segurança do paciente - Sistematização da assistencia de enfermagem
	-Puerpério e aleitamento materno	- Fisiologia no puerpério e aleitamento materno - Aspectos sócio-culturais e emocionais no período puerperal e aleitamento materno - Alterações de normalidade do período puerperal - Rede de apoio social - Maternidade e paternidade - Manejo clinico da amamentação - Sexualidade - Atividade educativa - Plano de alta - Consulta de enfermagem - Planejamento familiar - Legislações de proteção à mulher, criança e família - Segurança do paciente - Sistematização da assistencia de enfermagem
	- Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação, no parto e puerpério	- Intercorrências clinicas - Intercorrências obstétricas diretas e indiretas -Doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS - Síndromes hipertensivas - Síndromes hemorrágicas - Infecções - Segurança do paciente - Sistematização da assistencia de enfermagem
	- Metodologia de pesquisa	- Bases metodológicas e conceituais na investigação científica

9. AVALIAÇÃO

11

A avaliação do desempenho do residente deverá ter caráter somativo, formativo e processual, bimestral, com a utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores. Serão consideradas as atividades teóricas, práticas, teóricas- práticas desenvolvidas pelo enfermeiro residente no decorrer do programa nos diferentes cenários de prática. Ao final do programa o residente deverá apresentar individualmente uma monografia ou um artigo científico com comprovação de protocolo de envio de publicação.

10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para o monitoramento e avaliação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica devem ser considerados alguns indicadores da atenção tendo como parâmetros, mesmo que um recorte parcial da realidade, situações indutoras de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e ao neonato bem como de redução de mortalidade materna e neonatal, a saber:

- Condições (físicas, materiais, recursos humanos) dos cenários de prática
- Espaço político para prática do enfermeiro residente
- Número de partos realizados por enfermeiro
- Relação entre número de partos normais e cesarianas
- Intercorrências na gestação e parto
- Número de intervenções obstétricas abusivas ou não apropriadas (uso de ocitocina, episiotomia, enema, etc)
- Aplicação de boas práticas
- Uso do partograma
- Indicadores de aleitamento materno
- Número de óbitos maternos e neonatais
- Número de transferências obstétricas e neonatais
- Número de complicações obstétricas e neonatais
- Índice de Apgar no 5º min

11. REFERÊNCIAS

- Araújo MJO. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Antigas necessidades e novas perspectivas. In: PAISM: 20 anos depois. J Rede Feminista Saúde. 2005;27:28 - 30.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_3/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm .

_____ .Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 259/2001, de 29 de março de 2007, Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem.

_____.Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude-CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n°s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

_____ Política Nacional de Humanização-PNH: Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

_____ .Portaria Interministerial n° 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: http://www.portalodm.com.br.

_____. Resolução n° 2, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.

_____ . Resolução n° 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a freqüência dos profissionais da saúde residentes.

_____ . Resolução n° 3, de 15 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes.

_____ . Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede cegonha.

_____ . Rcsolução n° 4, dc 15 dc dczcmbro dc 2011. Dispõc sobrc a data dc início dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, preenchimento de vagas e desistências.

- ICM. International Confederation of Midwives. Competências essenciais para o exercício em obstetrícia. Disponível em:

13

http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias_para_o_exercicio_da_obstetr%C3%ADcia.pdf. (acessado em 19 fev 2012).

- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10(3):599-613.

ANNEXE 37 : référentiel de formation initiale de la Spécialisation pour les infirmières obstétricales au Brésil (*CEEO II*)

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEARTAMENTO MATERNO INFANTIL E DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 4º andar - Bairro Santa Efigênia. CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: (31) 3409-9861

Dados do Projeto:

Título do Projeto:	CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CEEO) – Rede Cegonha Nº proposta de projeto: 172179850001/15-010 (GESCON)
Instituição Executora:	Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Escola de Enfermagem. Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública – UFMG/EE/EMI.
Coordenador(a) do Projeto:	Kleyde Ventura de Souza
Equipe de Coordenação do Projeto	Clara de Jesus Marques de Andrade Anézia Moreira Faria Madeira Marta Araújo Amaral Bruna Figueiredo Manzo Laise Conceição Caetano Ieda Maria Andrade Paulo Elysângela Dittz Duarte
Órgão financiador:	Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MS Área Técnica de Saúde da Mulher/ DAPES/ SAS/MS
Instituições Executoras:	IFES: A serem definidas pelo Ministério da Saúde

Coordenação e elaboração

Kleyde Ventura de Souza

Equipe de Coordenação do Projeto

Bruna Figueiredo Manzo

Clara de Jesus Marques de Andrade

Elysângela Dittz Duarte

Fernanda Penido Matozinhos

Ieda Maria Andrade Paulo

Laise Conceição Caetano

Marta Araújo Amaral

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde

Arthur Chioro

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES

Aparecida Linhares Pimenta

Área Técnica de Saúde da Mulher

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES

Secretário

Francisco Eduardo de Campos

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES

Diretor
Sigisfredo Luis Brenelli

Coordenadora Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde
Clarice Aparecida Ferraz

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Extensão

Benigna Maria de Oliveira

Diretor-Executivo da Fundep
Alfredo Gontijo de Oliveira

Diretora da Escola de Enfermagem

Eliane Marina Palhares Guimarães

Vice-Diretora da Escola de Enfermagem

Sônia Maria Soares

Colegiado Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Coordenador: Francisco Carlos Félix Lana

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública

Chefe: Claudia Maria Mattos Penna

Sub-Chefe: Lívia de Souza Pancrácio Errico

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA / CEEO – Rede Cegonha

Coordenação
Coordenador (a) Geral – Kleyde Ventura de Souza (EMI/EE/UFMG)
Subcoordenador (a) Geral – Anézia Moreira Faria Madeira (EMI/EE/UFMG)
Coordenador (a) Pedagógico – Laíse Conceição Caetano (EMI/EE/UFMG)
Subcoordenador (a) Pedagógico – Marta Araújo Amaral (EMI/EE/UFMG)
Coordenador (a) Tutoria – Clara de Jesus Marques Andrade (EMI/EE/UFMG)
Subcoordenador (a) Tutoria – Bruna Figueiredo Manzo (EMI/EE/UFMG)

Secretaria do Curso
Mariene Luiza Lopes Pereira (Secretária)
Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG – Campus Saúde
Av. Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, sala 406 – 4º andar
Belo horizonte – Minas Gerais – CEP: 30.130-100
Telefax: (31) 3409-9861 e-mail: ceeo.ms.2013.2014@gmail.com

SUMÁRIO

1. Identificação do Curso 2
2. Caracterização da Proposta 3
3. Caracterização do Curso **7**
3.1 Objetivos 7
3.2 Público-alvo 8
3.3 Perfil de egresso 8
3.4 Descrição/caracterização da área de concentração 8
3.5 Estrutura e forma de funcionamento do curso 9

4. Estrutura Curricular 12
5. Estrutura Metodológica 13
5.1 Organização e funcionamento 15
5.2 Corpo docente e tutoria, orientadores e pessoal de apoio 18
5.3 Sobre o processo pedagógico e de avaliação 23
6. Disciplinas, Ementas e Bibliografia Básica **29**
7. Regulamento do Curso 48
8. Cronograma 55
09. Financiamento 56
Referências 59
Anexos 60

1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Nome Completo: Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha (CEEO - Rede Cegonha)

Data prevista para início do curso: março/2016

Data prevista para término do curso: julho/2017

Número de vagas: 300 - distribuídas nas cinco regiões do País

Universidades parceiras: A serem definidas pelo Ministério da Saúde

Público Alvo: Enfermeiros que atuam em hospitais/maternidade de Estados que aderiram a estratégia Rede Cegonha.

2. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA

2.1 INTRODUÇÃO

Progressos consideráveis nas condições de saúde materno-infantil compõem uma nova realidade sanitária brasileira, especialmente considerando-se os resultados positivos das últimas décadas. No entanto, persistem grandes desafios para se proporcionar condições seguras ao nascimento no país (REIS et al) [1]. A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é um desafio prioritário para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, uma vez que a maioria dessas mortes são consideradas evitáveis através do acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde (BRASIL, 2009)[2].

Estimam-se anualmente três milhões de nascimentos ao ano no país, dentre os quais falecem cerca de 11 em cada 1000 crianças no período neonatal e 77 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, dados do ano de 2006 (BRASIL, 2011)[3]. Estes indicadores refletem as dificuldades atuais da assistência pré-natal e a atenção ao parto em nossos serviços de saúde, pois além de se encontrarem fora do padrão esperado, em sua maioria são consideradas evitáveis (ARAÚJO, 2005)[4]. Além disto, incomodam o déficit de qualidade na assistência ao parto e as elevadas taxas de cesariana (BRASIL, 2009)[2].

A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce (0-6 dias), cerca de 40% no primeiro dia, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência de saúde em maternidades (OPAS, 2009)[5]. Assim, o momento do parto é considerado crítico para a sobrevida e qualidade de vida da mãe e da criança.

Em relação às mulheres, cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto e a hipertensão arterial, complicações hemorrágicas e infecção são seus determinantes principais (BRASIL, 2009)[2]. Desta forma a garantia do cuidado por níveis de atenção e o seu acesso oportuno a partir de uma classificação de risco gestacional adequada, de um sistema de referenciamento e transporte da gestante e da criança efetivos são estratégias fundamentais para a busca de redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, com repercussões diretas na qualidade de vida dos primeiros 24 meses da criança.

Nesse contexto, podem-se destacar as críticas ao modelo brasileiro de assistência ao parto e seus resultados (DOMINGUES, SANTOS E LEAL, 2004)[6]. Assim, vem ganhando força discussões voltadas à implantação de modelos de atenção que privilegiem condutas reconhecidamente benéficas no processo de parto e nascimento, considerando a perspectiva da vivência da gestação, do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas

e enriquecedoras para as mulheres e suas famílias e aliando-a a qualidade da assistência prestada a esses usuários e aos recém nascidos.

A oferta de atenção qualificada aparece como um componente essencial para a reversão deste quadro. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado humanizado, incluindo o uso racional de tecnologias, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados (MEHRY, 2002)[7].

Esse deslocamento de foco implica, substancialmente, na mudança da lógica e do processo assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e compromisso dos gestores às políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais[7], entre eles a Enfermagem, em particular, o incentivo a formação de enfermeiros obstetras.

Em relação ao parto e nascimento, algumas medidas têm sido consideradas importantes para a melhoria da assistência. Uma delas refere-se à incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes assistenciais de hospitais/maternidades e/ou nos Centros de Partos Normais (CPN), como um passo importante para a construção do modelo colaborativo, em consonância com a política da humanização.

A formação dessa profissional está alicerçada na Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem no país. Estabelece no artigo 9º a exigência da qualificação como especialista em enfermagem obstétrica para as atividades específicas de prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).[8]

Assim, reitera-se a importância da formação de enfermeiras obstétricas para atuarem nos CPNs e, também em **hospitais**/maternidades, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão, bem como a implementação de políticas públicas e a qualificação da atenção obstétrica e neonatal, no país.

2.2 JUSTIFICATIVA

A realidade no Brasil, com índices de cesáreas maiores do que o recomendado pela OMS – Organização Mundial de Saúde vem apontando para a necessidade de um novo modelo, que trate o processo do parto e nascimento dentro do contexto social, cultural, humano e de gênero, respeitando a mulher e a fisiologia do parto. O profissional da saúde precisa acolher a gestante, buscando compreender os múltiplos significados de sua gestação, e o enfermeiro, pela natureza da sua formação pautada no cuidar, é um profissional com potencialidade para atuar neste processo.

A partir do final da década de 1990, o Ministério da Saúde estabeleceu normas para a criação de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e financiou 55 cursos desta especialidade em todo o Brasil, capacitando 854 profissionais. A partir de 1999, o Ministério da Saúde, Escolas de Enfermagem, Instituições de Saúde e a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), se empenharam na formação de enfermeiras obstétricas para atender esta demanda. Este fato foi importante para o resgate, formação e inserção da enfermeira obstétrica, com vislumbre de múltiplas possibilidades, especialmente de sistematização e consolidação da sua atuação na atenção ao parto e nascimento.

Desse modo, a formação de enfermeiros obstetras, para a assistência à mulher no período grávido puerperal e ao recém nascido no período neonatal, tem sido foco de políticas governamentais nos últimos anos, buscando retratar a experiência de países industrializados, onde as parteiras profissionais são as provedoras da atenção primária à saúde de mulheres saudáveis durante o parto. Com a criação da Estratégia Rede Cegonha em 2011, o Ministério da Saúde, novamente, incentiva a formação destes profissionais.

Para tanto, os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica colocam-se como instrumento essencial para a formação de enfermeiros que respondam, na qualidade desejada e exigida, às necessidades assistenciais da mulher no período grávido-puerperal e do recém-nascido de risco habitual.

Diante desta realidade, a Escola de Enfermagem da UFMG aceitou o desafio de realizar Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher/ DAPES/ SAS/MS e Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MS.

Dessa forma, esse projeto propõe a realização de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO), financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MS, tendo em vista a experiência acumulada nas últimas décadas com a realização deste tipo de curso.

A proposta atual se consubstancia na realização de CEEO em parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), indicadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher/ DAPES/ SAS/MS, visando, além da melhoria da qualidade da assistência, o fortalecimento do trabalho no modelo colaborativo no âmbito da atenção obstétrica e neonatal, bem como a implementação da Rede Cegonha em todo o território nacional.

Pode-se ainda destacar que, para além da experiência acumulada pela EE/UFMG na realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, ao longo da última década, os professores do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública (EMI), que coordenarão a realização do Curso CEEO- Rede Cegonha vem desenvolvendo ações que articulam ensino, pesquisa e extensão nessa área de conhecimento, bem como integram o corpo de docentes da Pós-Graduação *lato sensu* e *strictu sensu*, da EE/UFMG.

Desse modo, espera-se ainda potencializar com este Projeto, ações de articulação entre as dimensões ensino e pesquisa e entre pós-graduação e

graduação, particularmente, nas atividades de extensão a serem compartilhadas entre a coordenação geral dos cursos, a ser realizada pelos docentes do EMI/EE/UFMG e os docentes das IFES executoras.

2.2.1 Cooperação e Intercâmbios

Trata-se de um Projeto financiado pelo Ministério da Saúde – Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MS e Área Técnica de Saúde da Mulher/ DAPES/ SAS/MS, considerando a necessidade de formação de enfermeiros obstétricos para atuar, segundo as diretrizes da estratégia Rede Cegonha.

Para tanto, esse **Projeto** dirige-se, prioritariamente, à **qualificação de enfermeiras que já atuam em serviços em todo o país aderidos à Rede Cegonha**, especializando-as em enfermagem obstétrica. Portanto, o CEEO – Rede Cegonha volta-se a um público alvo direcionado.

Além do financiamento do MS que reforça a cooperação entre este órgão e a EE/UFMG, ressalta-se a parceria entre essa última e as IFES parceiras, não apenas para a formação, mas também para produção que deverá se originar com a elaboração de projetos de pesquisa e extensão, haja vista a realização dos trabalhos de conclusão de curso, um dos requisitos para a formação proposta.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CURSO:

3.1 OBJETIVOS:

- Realizar Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em parceria com outras Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), em estados prioritários para a Rede Cegonha.
- Contribuir para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, com foco na melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe, no modelo colaborativo.
- Fortalecer iniciativas de hospitais/maternidades aderidos à estratégia Rede Cegonha e comprometidos com a mudança do modelo assistencial na atenção ao parto e nascimento e melhoria da atenção obstétrica, entre elas, a inserção de enfermeiras (os) obstétricas na assistência ao parto e nascimento.

3.1.2 Objetivos específicos:

- Qualificar enfermeiras (os) que já atuem em serviços aderidos à estratégia Rede Cegonha, por meio da formação em nível de especialização em enfermagem obstétrica.
- Formar Enfermeiras (os) Obstetras, com perfil humanístico e ético, capazes de atuar como colaboradores na mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal do país.
- Desenvolver conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes da (o) Enfermeira (o) Obstétrica para a assistência ao parto e nascimento, em Centros de Parto Normal e Hospitais/Maternidades.
- Instrumentalizar enfermeiras (os) obstétricas (os) para assistência no processo de parto e nascimento, considerando os preceitos éticos e legais da profissão e a implementação da Rede Cegonha, com enfoque no componente parto e nascimento, centrada no bem-estar da mulher, recém-nascido e família.

3.2 PÚBLICO ALVO:

O curso será direcionado a enfermeiras (os) que já atuam em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS), com prioridade para àquelas com unidades federativas aderidas a Rede Cegonha e que em seus Planos de Ação Estadual estejam previstos Centros de Parto Normal - CPN, sejam eles intra ou peri-hospitalar. Para tanto, foram definidos os seguintes requisitos:

i) Ter graduação em Enfermagem;
ii) Ter registro regular no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição;
iii) Apresentar carta de compromisso do gestor do serviço em que atua ou atuará (nos casos em que haverá criação de centros de Parto Normal –CPN;
iv) Dedicar tempo suficiente à realização das atividades exigidas;
v) Realizar os trabalhos e atividades sugeridas, indispensáveis à formação proposta.

3.3 PERFIL DO EGRESSO:

Para obtenção do certificado de Especialista em Enfermagem Obstétrica, a (o) estudante deverá ao final do curso ter comprovado a assistência direta de no mínimo de 20 partos, 15 atendimentos de pré-natal, 15 atendimentos ao recém-nascido, além de elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no formato de projeto de intervenção, com foco no processo de assistência ao pré-natal, parto e nascimento pela enfermagem obstétrica.

As (os) enfermeiras (os) obstetras egressos do Curso CEEO – Rede Cegonha deverão ser capazes de:

i) Realizar consulta de pré-natal, puerpério e saúde sexual e reprodutiva;
ii) Identificar e encaminhar gestantes alto risco no pré-natal; Sustentar a prática do enfermeiro obstetra na atenção ao parto e nascimento no âmbito da unidade obstétrica;
iii) Prestar assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, de acordo com as evidências e práticas de humanização;
iv) Oferecer atenção humanizada, ética e reflexiva nos cuidados com gestantes, parturientes e puérperas; prestar cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de parto, protegendo o período sensível e demonstrar habilidade na reanimação neonatal de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB);
v) Desenvolver postura investigativa na perspectiva de inquerir sobre eventos relacionados à sua prática e elaborar documentos científicos.

3.4 DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

A área de concentração do CEEO - Rede Cegonha: Enfermagem Obstétrica.

Esta área corresponde aos Fundamentos e Práticas de Enfermagem Obstétrica, que compreende estudos sobre teorias, conceitos, princípios, instrumentos e prática clínica que, norteiam a implementação de práticas para o cuidado de enfermagem que envolvem prioritariamente, a área da obstetrícia, além de saúde da mulher e neonatalogia na organização e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem na atenção obstétrica e neonatal; na formação e capacitação de recursos humanos de enfermagem para atuar, segundo os princípios da estratégia Rede Cegonha.

3.5 ESTRUTURA E FORMA DE FUNCIONAMENTO DO CURSO

Todos os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) – Rede Cegonha serão coordenados pela EEUFMG, vinculados ao Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública (EMI), em parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) com credenciamento para oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* e, financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MS.

Para a criação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) – Rede Cegonha, objeto desta proposta, considerou-se a legislação básica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a saber:

i) Normas Gerais de Pós-Graduação da UFMG; Resolução Nº 04/2008 do CEPE, de 26 de agosto de 2008, que regulamenta os aspectos acadêmicos dos Cursos de Especialização na UFMG (ANEXO 1);

ii) Resolução Complementar nº 01/2009, de 27 de outubro de 2009, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFMG, que aprova as Normas Gerais de Pós-Graduação da UFMG (ANEXO 2);

Foram previstas um total de 300 vagas, distribuídas entre IFES que serão indicadas pelo Ministério da Saúde.

3.5.1 Princípios, Diretrizes e Orientações para o desenvolvimento dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO –Rede Cegonha

As diretrizes e orientações para a realização e desenvolvimento dos CEEO – Rede Cegonha, objeto deste Projeto, apoiam-se no paradigma político-assistencial do SUS e tomam de empréstimo a concepção de formação profissional adotada no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde, no qual a EE/UFMG integra, em conjunto com outras universidades do país.

Resguardadas as diferenças entre as modalidades de formação, nas modalidades especialização e Residência em Enfermagem Obstétrica, com

base no Programa citado adotam-se, na íntegra, os princípios descritos no Quadro 2.

Quadro 2: Princípios Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) – Rede Cegonha.

- Os Direitos Humanos e a Cidadania são referências éticas, normativo-legais e práticas, privilegia o respeito à pessoa, à justiça social e à compreensão e a valorização das diferenças. Princípios estes de caráter ético que precisam ser concretizados e postos em sinergia nas diversas ações educativas envolvendo os conteúdos teóricos, técnicos e práticos destinados à capacitação dos atores sociais comprometidos com a implementação das Políticas de Atenção à Saúde no país.
- O processo de formação deve estar articulado aos diversos espaços de atuação dos trabalhadores de saúde. Deve tomar a integralidade da atenção como princípio que congrega dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais do processo saúde-doença na condição de elementos indissociáveis e que, por isso, se conforma como paradigma para a educação profissional.
- As práticas de atenção à saúde da mulher e ao neonato devem ser pautadas nas boas práticas e evidências científicas.
- Os princípios éticos e de trabalho em equipe implícitos no arcabouço jurídico-legal que rege o Sistema de Saúde no Brasil, com destaque para o que regulamenta a organização do SUS.
- Aos princípios que regem, regulam e conformam o trabalho e a atuação dos trabalhadores na Rede de Serviços da Saúde.
- As ações formativas devem ser submetidas a processos de avaliação e monitoramento sistemático. As atividades devem concretizar o compromisso com a qualidade e atualização permanente em consonância com os almejados critérios de excelência.

Fonte: Programa Nacional de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Ministério da Saúde.

No que se refere às diretrizes para o desenvolvimento dos CEEO – Rede Cegonha, tomou-se como base as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, definidas pela *International Confederation of Midwives* – ICM, divulgado pela Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO Nacional), depois de realizados ajustes, que consideraram a realidade brasileira (ABENFO, 2002) (ANEXO 3).

Essas competências formam a base para o exercício profissional de parteiras profissionais[1], são continuamente revisadas pela ICM[1], também, servem como uma diretriz para programas de educação em enfermagem obstétrica. Referem-se a seis domínios e para cada um deles foram definidas competências.

[1] Considerando a realidade brasileira, o termo "parteira profissional" deve ser entendido como sinônimo de enfermeira obstétrica e obstetriz (ABENFO, 2002).

QUADRO 3: Domínios e Competências essenciais para o exercício da obstetrícia (ICM,2002).

DOMÍNIO	Competência
Conhecimentos, habilidades e comportamentos gerais	1: As(os) Parteiras(os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.
Atenção pré-concepcional e métodos de planejamento familiar	2: As(os) Parteiras(os) Profissionais fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.
Atenção e orientação durante a gravidez	3: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
Atenção durante o parto e nascimento	4: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, e culturalmente sensível. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos
Atenção pós natal à mulher	5: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
Atenção ao recém-nascido (até 2 meses de idade)	6: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

Fonte: ABENFO. Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia/2002. Disponível em: http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias _para_o_exercicio _da_obstetr%C3%ADcia.pdf. Acesso em: 07 jul 2012.

As orientações para aquisição de experiência clínica seguem os critérios definidos pela ABENFO, em 1998, tendo em vista o desenvolvimento de capacidade técnica e segurança no desempenho da assistência, incluem no mínimo: 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto; 15 atendimentos a recém nascidos, em sala de parto, e 15 consultas de pré-natal, com base nos critérios da ABENFO para formação em enfermagem obstétrica. (ANEXO 4).

4. ESTRUTURA CURRICULAR

A construção curricular dos cursos que comporão o CEEO – Rede Cegonha tem como base a proposta curricular recentemente atualizada do CEEO/2012 da EEUFMG, bem como as diretrizes e orientações do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde, que tem a EEUFMG como uma de suas parceiras. Desse último, em particular, foram considerados eixos articuladores e suas respectivas áreas temáticas e conteúdo (ANEXO 5).

Desse modo, o conjunto das 11 disciplinas a serem ofertadas nos cursos que comporão o CEEO – Rede Cegonha são: Capacitação Pedagógica; Metodologia da Pesquisa I e II; Práticas Obstétricas Baseadas em evidências Científicas; Enfermagem na Saúde da Mulher I e II; Enfermagem Obstétrica I e II; Enfermagem Neonatal I e II e Gerenciando o Cuidado de Enfermagem em Unidades Hospitalares e Centros de Parto Normal (CPN). Todas as disciplinas do currículo são obrigatórias.

4.1 CARGA HORÁRIA E CRÉDITOS

O curso terá carga horária total (ChT) de 705h ou 47 créditos (01 crédito = 15 horas). Será ministrado em dois semestres letivos, nos quais se desenvolverão a carga horária teórica (CHT) + CH Teórico-prática (CHTP) = 285h (19 créditos), CH prática (CHP) = 420 h (28 créditos) e, o trabalho de conclusão de curso (TCC). Todas as disciplinas são obrigatórias (Quadro 4).

Quadro 4: Disciplinas obrigatórias, carga horária e créditos correspondentes.

Disciplinas – 1º Semestre	Código	CH			Créditos		
		T	P	Total	T	P	Total
Capacitação Pedagógica (CP)	EMI	15	-	15	1	-	1
Enfermagem Obstétrica I (EOI)	EMI	30	120	150	2	8	10
Enfermagem na Saúde da Mulher I (SMI)	EMI	45	30	75	3	2	5
Enfermagem Neonatal I (NEOI)	EMI	30	15	45	2	1	3
Metodologia da Pesquisa I (MP I)	EMI	30	-	30	2	-	2
SUB TOTAL		**150**	**165**	**315**	**10**	**11**	**21**
Disciplinas – 2º Semestre	Código	T	P	Total	T	P	Total
Metodologia da Pesquisa II(MP II)	EMI	15	-	15	1	-	1
Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas (PO)	EMI	30	45	75	2	3	5
Enfermagem Saúde da Mulher II (SMII)	EMI	15	30	45	1	2	3
Enfermagem Neonatal II(NEOII)	EMI	30	30	60	2	2	4
Enfermagem Obstétrica II (EOII)	EMI	30	150	180	2	10	12
Gerenciando o Cuidado de Enfermagem (GCE)	EMI	15	-	15	1	-	1
SUB TOTAL		135	255	390	9	17	26
TOTAL		**285**	**420**	**705**	**19**	**28**	**47**

A distribuição da ChT, com uma proporção maior de CHP (aproximadamente 60%), justifica-se pelos princípios, diretrizes e orientações para o desenvolvimento do CEEO- Rede Cegonha.

Assim, das 420h (CHP), 315 h (75%), serão realizadas em unidades de atenção obstétrica - hospitais, maternidades e CPN hospitalar, com as seguintes atividades: assistência ao parto e nascimento com base em práticas baseadas em evidências científicas e em ambiência adequada aos preceitos de humanização, como a presença do acompanhante; assistência ao recém-nascido na sala de parto, à puérpera, ao bebê a à família no alojamento conjunto, apoio à amamentação e transição para a comunidade (alta hospitalar) e ações educativas em planejamento reprodutivo.

A carga horária restante, 105 horas (25%), será destinada às atividades realizadas na rede de atenção básica: assistência pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido; planejamento reprodutivo, prevenção de câncer cérvico uterino e de mama.

As atividades Teóricas serão desenvolvidas por docentes da EEUFMG, via *Moodle* e acompanhadas por tutores das IFES, com participação de especialistas convidados (professores das IFES), quando necessários. As atividades práticas serão desenvolvidas nos serviços vinculados às IFES, acompanhados por preceptores designados pelos tutores presenciais das IFES parceiras; podendo estes preceptores serem vinculados aos serviços ou serem professores das IFES (especialistas convidados).

Estima-se uma carga horária semanal de aproximadamente 24 horas, a depender organização de cada uma das IFES e de suas respectivas realidades, a serem definidas pela Coordenação Geral e de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear (CGMDPN).

Para conclusão do curso será exigido do aluno um TCC, no formato projeto de intervenção na área de interesse do curso, que será desenvolvido e orientado ao longo do Curso, por docentes da UFMG e deverá ser finalizado em 12 meses, após o início do Curso.

5. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

As propostas de formação *lato sensu* na área da saúde são direcionadas à capacitação de profissionais para atuarem diretamente na assistência. Portanto, espera-se que o CEEO - Rede Cegonha, além de oferecer oportunidade para formação em serviço, busque garantir a qualidade da assistência no processo de parto e nascimento e contribuir para modificação do atual modelo assistência vigente na atenção obstétrica e neonatal, com a qualificação de enfermeiras do próprio serviço e sua inserção nesse serviço como especialista em enfermagem obstétrica.

O desenvolvimento do processo pedagógico proposto no CEEO-Rede Cegonha dar-se-á por meio da problematização da prática tendo como sustentação o diálogo, a articulação entre educação, saúde e trabalho. Assim, A metodologia proposta procura estabelecer relações entre teoria e prática,

ensino e trabalho, de modo a permitir ao aluno uma reflexão crítica visando a transformação de sua realidade.

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção em que os conteúdos de ensino são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas não na forma de problemas. Ou seja, as relações são descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar[9] (MADRUGA, 1996).

O CEEO - Rede Cegonha acontecerá majoritariamente a distância, exceto durante as atividades práticas, orientações e avaliações presenciais, que ocorrerão nos momentos presenciais (MP), em cada uma das IFES. Essa proposta possibilita a realização do curso, sem que os alunos se afastem do seu local de trabalho, e como forma de se aproximarem dos conteúdos teóricos. Tendo em vista que o CEEO – Rede Cegonha dirige-se, prioritariamente, a um público alvo específico – enfermeiros que já atuam em serviços aderidos a Rede Cegonha/MS-, e que visa a mudança do modelo assistencial dos serviços envolvidos é de fundamental importância que as atividades teóricas abarquem os problemas locais e que as atividades práticas voltem-se à mudança de realidade. Razão pela qual a EAD foi definida como modalidade de ensino.

A interação entre alunos e tutores do Curso será realizada por meio da Plataforma *Moodle*, como ferramenta metodológica. Desse modo, a EAD se mostra exequível, em virtude do progresso das tecnologias de informação e de comunicação, que se apresentam como instrumentos capazes de viabilizar nossa meta, que é formar 300 enfermeiras (os) obstétricas (os), nas cinco regiões do País, em um ano.

Durante o curso ocorrerão movimentos de articulação e integração entre alunos, tutoria, coordenação e funcionários das Escolas e a coordenação geral, para construção do conhecimento e das competências previstas nesta proposta. Esta atividade planejada pela Coordenação do Curso e conduzida pela tutoria, terá a(o) aluna(o) como centro do processo educacional, e o movimento reflexão- ação-reflexão, como na construção do conhecimento.

A EAD representa uma estratégia educacional apropriada a situações em que não existe contiguidade entre professor e aluno, porque pode estabelecer uma relação entre tutor e aluno, por intermédio de diversos tipos de mídia, potencializando os meios virtuais[10] (BOMFIM, et al., 2002).

Para viabilizar a EAD é necessário ter um ambiente virtual que no presente projeto será a Plataforma *Moodle,* versão 2.0, que é um sistema de administração de atividades educacionais, destinado à criação de comunidades on-line em ambientes virtuais voltados para a aprendizagem, e que permite ao aluno do curso entrar no ambiente virtual interagindo com os demais participantes (tutores, colegas). Este ambiente permite a utilização de ferramentas como chats, fóruns, wiki, biblioteca virtual, diários de estudo, além da postagem de atividades que serão propostas no decorrer do curso.

Outros dispositivos que também poderão ser utilizados na modalidade EAD, são vídeos interativos, material impresso, textos, hipertexto, CD room, TV a cabo ou por satélite, sistema multimídia (áudio, vídeo e imagem, teleconferência e videoconferência), além do correio eletrônico. Ademais, é possível utilizar os meios tradicionais de comunicação como correio, telefone e facsímile, entre outros.

O material impresso será apresentado em forma de "cadernos", correspondendo, cada um, a um núcleo temático e Guias do Aluno e do Tutor. Ficará disponível em PDF na Plataforma *Moodle* da UFMG, com acesso livre para alunos do Curso, tutores docentes à distância e tutores presenciais, por meio de *login* e senha.

Cada caderno, conterá as competências específicas a serem alcançadas, proposições de atividades a serem desenvolvidas, recomendações de leituras, construção de textos, elaboração de documentos, leituras complementares, atividades de avaliação do respectivo núcleo e bibliografia de referência. Esses Guias apresentarão informações que permitam a compreensão das características do curso e dos aspectos fundamentais acerca do processo a ser vivenciado.

A opção pedagógica deste curso requer a proposição e a organização de novas atividades educativas, que impõem a utilização de paradigmas pedagógicos centrados na aprendizagem, na investigação, na reflexão, na interatividade e na interdisciplinaridade. Sendo assim, os materiais didático pedagógicos, construídos para o curso, são incentivadores do auto estudo e facilitarão o "aprender a aprender", criando no aluno o hábito da descoberta de outras fontes de estudo, da auto motivação para o aprender independente e contínuo, assim como para a busca de novos métodos, próprios de aprendizagem.

5.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Tendo como referencial os princípios, diretrizes e orientações de formação em Enfermagem Obstétrica e, como modalidade de ensino a EAD, o CEEO- Rede Cegonha contará com uma Coordenação Geral - Coordenação Geral e de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear (CGMDPN), constituída por docentes da EEUFMG.

Tratando-se de um curso na modalidade EAD torna-se necessário uma infraestrutura de apoio nas IFES. A logística mínima demandada pelo CEEO – Rede Cegonha compõe-se de um laboratório de informática, com disponibilidade de Banda Larga, telefone, aparelho de *facsimille e scanner* e salas de aula com capacidade para entre 15 e 24 estudantes.

As IFES envolvidas serão indicadas pela área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM)/Ministério da Saúde (MS), considerando a infraestrutura oferecida e pela necessidade e potencialidade de formar enfermeiras (os) obstétricas (os), com vistas a mudanca da realidade local. Nestas IFES serão realizados os

momentos presenciais, além das avaliações do processo de aprendizagem, outras atividades pedagógicas demandadas pelo curso, inclusive as atividades práticas.

Cada IFES terá 01 Tutor presencial – vale notar que as IFES com maior número de estudantes foram definidas, considerando a capacidade instalada (experiência anterior com a formação de especialistas em enfermagem obstétrica e campos de atividades práticas com capacidade para absorver um maior número de estudantes) -, e, 01 Tutor à distância (docente UFMG) para cada 02 IFES, sendo que nas 02 IFES com 24 estudantes terá 02 Tutores à distância.

Nas IFES, além o Tutor presencial poderá contar com professores especialistas convidados - pertencentes ao quadro de recursos humanos das IFES-, para apoio nas atividades teóricas ou teórico-práticas, além dos preceptores, enfermeiros com titulação mínima exigida de especialista na área (profissionais externos) - para acompanhamento das atividades práticas, a serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Vale ressaltar que, devido a importância da inserção das (os) especializandas (os) nos cenários de prática, essas atividades serão acompanhadas por profissionais do serviço. Portanto, externos ao quadro de recursos humanos das IFES. Entretanto, em algumas IFES os professores especialistas convidados, por sua inserção nos cenários de prática, poderão realizar a atividade de preceptoria.

Essa proposta possibilita a realização do curso, sem que os alunos se afastem do seu local de trabalho estimulando a reflexão e a mudança do modelo assistencial – um dos objetivos do CEEO – Rede Cegonha-, em sua própria realidade, a partir do seu cenário de prática, considerando o modelo de assistência vigente na atenção obstétrica. Portanto, a educação a distância (EAD) se mostra exequível, em virtude do progresso das tecnologias de informação e de comunicação, que se apresentam como instrumentos capazes de viabilizar nossa meta, que é formar 300 profissionais que estejam atuando em maternidades da Rede Cegonha, em parceria com 18 IFES das diversas regiões do país.

Em relação aos recursos humanos das IFES, tutores e professores especialistas convidados, serão levantadas informações, tais como a produção intelectual, área de atuação, qualificação e regime de trabalho.

No que se refere ao CEEO - Rede Cegonha, sua concepção, implantação, implementação e avaliação conta com uma equipe de docentes da EEUFMG, além de integrantes e consultores da equipe da ATSM/MS e da SGTES/DEGES/MS.

A equipe pedagógica de concepção, da EEUFMG do CEEO Rede Cegonha será composta de docentes, especialistas das áreas da Saúde e da Educação, e com titulação e reconhecimento da comunidade acadêmica. Atuarão como coordenadores, consultores, tutores docentes à distância, que apoiarão os tutores presenciais es presenciais e orientadores de TCC.

Esta equipe constituirá a Coordenação Geral de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear (CGMDPN), eleita e aprovada pela Câmara Departamental, a qual pertencem os docentes que a constituirão, e também pela Congregação da Escola de Enfermagem da UFMG, com a seguinte composição:

I – Coordenador (a) Geral – Kleyde Ventura de Souza (EMI/EE/UFMG)
II – Subcoordenador (a) Geral – Anézia Moreira Faria Madeira (EMI/EE/UFMG)
III – Coordenador (a) Pedagógico - Laíse Conceição Caetano (EMI/EE/UFMG)
IV - Subcoordenador (a) Pedagógico – Laise Conceição Caetano (EMI/EE/UFMG)
V - Coordenador (a) de Tutoria – Ieda Andrade Paulo (EMI/EE/UFMG)
VI – Subcoordenador (a) de Tutoria – Bruna Manzo (EMI/EE/UFMG).

Os coordenadores e subcoordenadores são professores do EMI/EE/UFMG, efetivos e ativos, eleitos e com mandato de 2 (dois) anos, permitida recondução. As funções de cada coordenação e respectiva sub-coordenação são exercidas conforme descrição a seguir, considerando-se que cada dupla define, em comum acordo, as funções específicas e complementares, uma vez que a complexidade e o volume do trabalho não permitem que as sub-coordenações fiquem no papel de substituição eventual.

5.1.1 Ações da Coordenação Geral de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear:

- atuar como principal autoridade executiva e representativa do CEEO – Rede Cegonha SUS - Comissão Coordenadora;
- representar o CEEO – Rede Cegonha junto ao MS, à SGTES/DEGES/MS, as instituições parceiras e intervenientes (serviços, secretarias municipais e estaduais de saúde, entre outras);
- presidir a CGMDPN e executar suas deliberações;
- convocar e presidir reuniões da CGMDPN e outras que se fizerem necessárias ao seu bom funcionamento;
- coordenar e acompanhar a execução das atividades do CEEO – Rede Cegonha, propondo as medidas necessárias ao seu bom funcionamento;
- elaborar calendário das atividades do CEEO – Rede Cegonha bem como do relatório anual, encaminhando-os aos órgãos competentes;
- submeter à Câmara de Pós-Graduação da UFMG, os relatórios das atividades do Curso, de acordo com as instruções daquele Órgão;
- responder pelas questões administrativas relativas ao Curso no âmbito das Unidades da UFMG, e das instituições vinculadas ao Curso;
- elaborar projeto de avaliação do curso;
- executar atribuições afins.

5.1.2 Ações da Coordenação Pedagógica:

- participar do trabalho coletivo para a concepção do curso;
- zelar pelos critérios de ingresso ao curso;
- propor e coordenar o processo de elaboração do projeto político pedagógico;
- elaborar critérios e participar da seleção dos tutores docentes à distância e

presenciais;
- participar da construção, implementação e avaliação do material didático pedagógico;
- acompanhar o desenvolvimento das atividades dos tutores docentes à distância e presenciais;
- coordenar o processo de ingresso ao curso;
- coordenar a implantação e implementação do curso;
- elaborar projeto de acompanhamento e avaliação do processo de ensino-aprendizagem;
- trabalhar em comum acordo com a coordenação de tutoria;
- propor instrumentos de acompanhamento do trabalho de conclusão do curso;
- executar atribuições afins.

5.1.3 Ações de Coordenação de Tutoria:

- participar do trabalho coletivo para a concepção do curso;
- zelar pelos critérios de ingresso no Curso;
- participar da construção, implementação e avaliação do material didático pedagógico;
- participar da implantação, implementação e avaliação do curso;
- elaborar projeto de acompanhamento e avaliação do Curso;
- apoiar os tutores no acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem;
- elaborar critérios e definir tutores orientadores de trabalho de conclusão de curso;
- realizar reuniões periódicas com os tutores;
- trabalhar em comum acordo com a coordenação pedagógica.

I- A equipe de CGMDPN atuará com a participação de uma equipe de apoio – a Comissão Expandida de Matriciamento Didático-Pedagógico/CEMDP, que juntamente com a CGMDPN realizará as atividades relativas à tutoria à distância e funções correlatas, às visitas de acompanhamento dos Cursos, aos encontros presenciais nas IFES e a elaboração de material didático-pedagógico. Estão previstas a realização de 02 visitas/ curso, durante os 18 meses de desenvolvimento do Projeto.

5.2 CORPO DOCENTE E TUTORIA, ORIENTADORES E PESSOAL DE APOIO

Considerando as Normas Gerais de Pós-Graduação da UFMG, como esse Projeto será desenvolvido em parceria com IFES que serão contabilizadas para o cálculo da proporção de no mínimo dois terços de profissionais da UFMG (docentes) e um terço de profissionais vinculadas à instituição parceira (tutores presenciais).

Assim, o quadro de docentes do CEEO- Rede Cegonha conta com 61 professores. Destes, 47 (72,30%) são da UFMG; desses, 44 (93,60%) estão em atividade na UFMG e, 03(6,40%), aposentados. Os demais, 18 (27,70%),

são docentes externos, tutores presenciais, em atividade nas instituições parceiras no projeto. Para a realização deste Projeto, as chefias de Departamentos da EEUFMG, a saber: Departamento Enfermagem Básica (ENB), Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) e Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA). Os professores de cada Departamento assinaram carta de aceite considerando suas respectivas atividades (ANEXO 6).

O Quadro 5 apresenta a relação de docentes do CEEO – Rede Cegonha, com respectivas titulação, formação e lotação.

QUADRO 5 – DOCENTES DO CEEO – Rede Cegonha

	PROFESSOR	TITULAÇÃO	FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO, PAÍS, ANO DA TITULAÇÃO	INSTITUIÇÃO/ DPTO.
1.	ADRIANO MARÇAL PIMENTA**	PÓS DOUTORADO	ENFERMEIRO	**Universidad de Navarra, UNA, Espanha, 2013**	UFMG/EMI
2.	ALDA MARTINS GONÇALVES**	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2002	UFMG/ENA
3.	ALLANA DOS REIS CORRÊA**	MESTRE	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2010	UFMG/ENB
4.	ANA LUCIA DE MATTIA	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2002	UFMG/ENB
5.	ANÉZIA MOREIRA FARIA MADEIRA*	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 1998	UFMG/EMI
6.	BRUNA FIGUEIREDO MANZO	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2012	UFMG/EMI
7.	CLARA DE JESUS MARQUES ANDRADE*	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2009	UFMG (APOSENTADO)
8.	CLAUDIA MARIA DE MATTOS PENA	PÓS DOUTORADO	ENFERMEIRA	**UNIVERSITÉ RENE DESCARTES – SORBONNE, 2006**	UFMG/EMI
9.	EDNA MARIZ SANTANA	ESPECIALISTA	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2004	HC/UFMG
10.	ELIANA APARECIDA VILLA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2008	UFMG/ENA
11.	ELIANE MARINA PALHARES GUIMARÃES**	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2004	UFMG/ENA
12.	ELYSÂNGELA DITTZ DUARTE*	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2007	UFMG/EMI
13.	EUNICE FRANCISCA MARTINS*	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2010	UFMG/EMI
14.	FABIOLA CARVALHO DE ALMEIDA LIMA BARONI**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG/ENB
15.	FLAVIA SAMPAIO LATINI GOMES**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG/ENB
16.	GIOVANA PAULA REZENDE SIMINO**	MESTRE	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2009	UFMG/ENB
17.	GISELE PIMENTA NEVES	ESPECIALISTA	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2013	HC/UFMG
18.	IEDA MARIA ANDRADE PAULO*	MESTRE	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2005	UFMG
19.	JOANA CÉLIA MARTINS NASCIMENTO	ESPECIALISTA	ENFERMEIRO	UFMG, BRASIL, 2002	HC/UFMG
20.	JORGE GUSTAVO VELASQUES MELENDEZ**	PÓS DOUTOR	BIÓLOGO	USP, BRASIL, 1990	UFMG/ EMI
21.	JULIANA SILVA BARRA**	DOUTOR	MÉDICA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG
22.	KÊNIA LARA SILVA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG/ENA
23.	KLEYDE VENTURA DE SOUZA *	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFRJ, BRASIL, 2009	UFMG/EMI
24.	LAISE CONCEIÇÃO CAETANO *	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2005	UFMG/EMI

25.	LÉLIA MARIA MADEIRA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 1996	UFMG (APOSENTADO)
26.	LENICE DE CASTRO MENDES VILLELA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP/RP, BRASIL, 2005	UFMG/EMI
27.	LIVIA DE SOUZA PANCRACIO ERRICO**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2011	UFMG/EMI
28.	LUCIO JOSÉ VIEIRA**	DOUTOR	ENFERMEIRO	USP/RP, BRASIL, 2005	UFMG/EMI
29.	MARK ANTHONY BEINNER**	PÓS DOUTOR	ENFERMEIRO	UFMG, BRASIL, 2006	UFMG/EMI
30.	MARCIA DOS SANTOS PEREIRA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2007	UFMG /ENA
31.	MARIA FLÁVIA GAZZINELLI BETHONY**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFBA, BRASIL, 2000	UFMG /ENA
32.	MARIA IMACULADA DE FÁTIMA FREITAS**	PÓS-DOUTOR	ENFERMEIRA	**INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET LA RECHERCHE MÉDICALE, INSERM, FRANÇA, 2007.**	UFMG/EMI
33.	MARIANA SANTOS FELISBINO MENDES*	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2013	UFMG/EMI
34.	MARTA ARAÚJO AMARAL*	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2005	UFMG (APOSENTADO)
35.	MEIRIELE TAVARES ARAUJO **	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2013	UFMG/ ENA
36.	MIGUIR TEREZINHA VIECCELLI DONOSO**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2006	UFMG/ENB
37.	PAULA GONÇALVES BICALHO**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2010	UFMG/EMI
38.	RITA DE CÁSSIA MARQUES**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFF, BRASIL, 2003	UFMG/ENA
39.	SELME SILQUEIRA DE MATOS**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG/ENB
40.	SOLANGE CERVINO BICALHO GODOY**	DOUTOR	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2009	UFMG/ENB
41.	TANIA COUTO MACHADO CHIANCA**	PÓS DOUTORADO	ENFERMEIRA	**UNIVERSITY OF IOWA, UIOWA, EUA, 2002**	UFMG/ENB
42.	TÂNIA ISABEL COTTA	ESPECILISTA	ENFERMEIRA	UFMG, BRASIL, 2003	HC/UFMG7
43.	TORCATA AMORIM*	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2010	UFMG/EMI
44.	VÂNIA REGINA GOUVEIA**	DOUTOR	ENFERMEIRA	USP, BRASIL, 2007	UFMG/ENB
45.	VÂNIA SOUZA **	DOUTOR	ENFERMEIRA	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, BRASIL, 2007	UFMG/EMI

* Docentes com atividades de ensino, acompanhamento presencial nas IFES, elaboração de material didático-pedagógico e orientação.
** Docentes com atividades de orientação.
*** Tutores presenciais.

5.2.1 Tutoria

A presente proposta prevê um sistema de tutoria para oferecer suporte pedagógico e de orientação aos alunos, composto de tutores docentes a distância e tutores presenciais.

O tutor docente a distância é responsável pela orientação das atividades pedagógicas do CEEO – Rede Cegonha. Ele buscará, juntamente com o aluno, subsídios para superação de dificuldades de seu processo de aprendizagem e o aprofundamento das atividades propostas pelo curso. Esse docente, pode, também, orientar até 8 alunos, na construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O ator denominado tutor presencial é aquele que está distante da sede responsável pelo curso, UFMG, mas está presente nas IFES, sendo o contato imediato do aluno. O tutor presencial é um docente vinculado a uma das IFES, sendo responsável pelo acompanhamento de uma das 18 turmas do CEEO – Rede Cegonha. Mantém maior proximidade não apenas física, mas também em relação às características locorregionais, atuando com os princípios da pedagogia problematizadora.

Trantando-se de um importante ator no processo de ensino-aprendizagem, o Tuttor pode e deve utilizar diferentes estratégias de ensino. Entre elas, convidar professores

O tutor docente à distância é aquele que pode estar distante do ponto de vista geográfico das IFES, mas que mantém permanente contato com o aluno e com o tutor presencial, particularmente por meio da plataforma *Moodle*.

No curso, tanto os tutores presenciais quanto os tutores a distância oferecerão aos alunos atendimento individual e coletivo. No caso dos tutores a distância, o atendimento individual será realizado por intermédio de correio, telefone, *fax*, internet ou presencial, de acordo com cronograma. A cada semestre estão previstos momentos coletivos presenciais que ocorrerão nas IFES, oportunidade em que serão realizadas atividades de acompanhamento do trabalho nas IFES, avaliação presencial da aprendizagem do aluno e, ao final, para apresentação dos TCCs. Reitera-se a importância do apoio às (aos) alunas (os), na EAD, por meio das ações dos tutores presenciais nas IFES, e de tutores docentes à distância, na sede – UFMG. Ambos serão contatáveis por telefone, por mensagens eletrônicas, ou presencialmente.

Outros encontros estão programados. A CGMDPN e a CEMDP terão, ainda sob sua responsabilidade a realização de 03 seminários (Seminário I, no início um na metade e outro no final dos Cursos), com participação dos Tutores presenciais, representantes dos preceptores de práticas de campo e dos estudantes. Esses seminários acontecerão em Belo Horizonte/MG, na EEUFMG. O objetivo do Seminário I é o alinhamento pedagógico – adequação de conteúdos, bibliografia, definição de cronograma, formas de avaliação, entre outros. O seminário II tem a finalidade de realizar a avaliação e finalização dos Cursos – fechamento de relatórios, entre outros.

5.2.1.1 Ações do Tutor à Distância:

- assumir integralmente o apoio ao processo de aprendizagem dos alunos, identificando as diferenças entre suas trajetórias, respeitando ritmos próprios, valorizando suas conquistas, procurando integrá-los e os ajudando a enfrentar os desafios que o ensino individualizado impõe;
- desenvolver procedimentos que garantam a comunicação com os alunos, com ênfase no diálogo;
- propor, gerir e avaliar estratégias didáticas diferenciadas que contribuam para que o aluno organize, enriqueça e aprofunde sua própria aprendizagem;
- analisar, selecionar e fazer uso de outras tecnologias que complementem o processo de formação do aluno, além das previstas para o curso;

- propor à Coordenação do Curso, de forma coletiva com outros tutores, programação que garanta não só o atendimento específico aos alunos como a promoção de grupos de estudos, ou de atividades culturais que ampliem sua formação;
- articular-se permanentemente com outros tutores de forma direta via telefone e/ou virtualmente; consultando seus pares e se envolvendo em trabalhos interdisciplinares, estudos e pesquisas conjuntas, discussões a respeito dos alunos e trocas de experiências, de modo a formar uma equipe coesa em torno de objetivos do curso e da educação à distância;
- refletir sobre sua ação pedagógica, buscando continuamente seu próprio aperfeiçoamento e do curso;
- avaliar, continuamente junto ao tutor presencial o desempenho do aluno, visando à reformulação ou à orientação do processo de aprendizagem;
- registrar o desempenho do aluno durante todo o processo de aprendizagem;
- viajar para as cidades das IFES, para coordenar as atividades dos momentos/encontros presenciais;
- assumir a orientação do TCC, de alunos, regularmente matriculados no curso;
- participar das bancas examinadoras de avaliação dos TCC de seus alunos e de outras bancas, de acordo com a designação da CGMDPN do curso;
- criar formas específicas e rotinas de acompanhamento do processo ensino aprendizagem dos alunos, estimulando-os durante todo o curso.

5.2.1.2 Ações do Tutor Presencial:

- mediar a comunicação de conteúdos entre o tutor docente à distância e os alunos;
- acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso;
- apoiar o tutor docente à distância no desenvolvimento das atividades docentes;
- manter regularidade de acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA e responder às solicitações dos alunos no prazo máximo de 24 horas;
- estabelecer contato permanente com os alunos e mediar as atividades discentes;
- propor, gerir, e avaliar coletivamente estratégias didáticas diferenciadas e que contribuam para que o aluno organize sua própria aprendizagem;
- criar formas específicas e rotinas de acompanhamento da aprendizagem dos alunos, estimulando-os durante todo o processo;
- colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes;
- participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela instituição de ensino;
- elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenação de tutoria;
- participar do processo de avaliação discente junto ao tutor docente a distância;
- apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais na sua IFES e participar junto ao tutor à distância das atividades propostas;
- estabelecer formas de articulação permanente com outros tutores, presencialmente ou a distância;
- auxiliar o aluno na investigação da prática, fundamental para o desenvolvimento das atividades do curso.
- organizar as atividades de ensino quando for necessário a participação de professores especialistas convidados.

5.2.1.3 Orientadores de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

O grupo de orientadores será constituído pelos integrantes da CGMDPN, da CEMDP, de docentes da EEUFMG e por profissionais do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG. Sobre esses últimos ressalta-se que foram incluídos no Projeto, tendo em vista a parceria já firmada entre a EEUFMG e o HCUFMG para a realização da Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde, iniciada em 2013, ainda em curso. Portanto, por sua inserção e titulação na área têm contribuído na formação em Enfermagem Obstétrica (EO) no ensino e em atividades de Preceptoria das atuais 02 turmas de Residência em EO (01 turma iniciou em 2013 e a segunda turma, em 2014). Assim, atuarão no CEEO – Rede Cegonha como orientadores de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). Todos têm a titulação exigida para esta atividade.

5.2.1.4 Atividades administrativas

As atividades administrativas serão realizadas por secretária contratada por meio da FUNDEP. Deverá estar vinculada ao Curso e atuará sob orientação da CGMDPN, com apoio da CEMDP e dos Tutores Docentes da UFMG.

5.3 SOBRE O PROCESSO PEDAGÓGICO E DE AVALIAÇÃO

5.3.1 Sobre o processo pedagógico

Durante o curso ocorrerão movimentos de articulação e integração entre alunas (os), docentes, preceptoria, CGMDPN e CEMDP, planejados pela CGMDPN, com a participação dos tutores presenciais principalmente no que se refere ao conteúdo didático e o desenvolvimento das atividades práticas.

A Plataforma *Moodle*, versão 2.0 será utilizada, tendo em vista que trata-se de um sistema de administração de atividades educacionais, destinado à criação de comunidades *on-line* em ambientes virtuais voltados para a aprendizagem, e que permite ao aluno do curso entrar no ambiente virtual interagindo com os demais participantes (tutores, colegas). Este ambiente permite a utilização de ferramentas como chats, fóruns, *wiki,* biblioteca virtual, diários de estudo, além da postagem de atividades que serão propostas no decorrer do curso. Além de correio eletrônico. Ademais, é possível utilizar os meios tradicionais de comunicação como correio, telefone e *facsímile,* entre outros.

O material impresso será apresentado em forma de textos, elaborados ou selecionados pela CGMDPN, em conjunto com a CEMDP e professores especialistas convidados, quando couber. Os textos elaborados/selecionados serão disponibilizados em PDF na Plataforma *Moodle* da UFMG, com acesso livre para alunos do Curso e para os tutores presenciais, através de *login* e senha.

Cada texto conterá as competências específicas a serem alcançadas, proposições de atividades a serem desenvolvidas, recomendações de leituras, construção de textos, elaboração de documentos, leituras complementares, atividades de avaliação do respectivo núcleo e bibliografia de referência.

Como se trata de um Curso da EEUFMG, na modalidade à distância, a ser desenvolvido em conjunto com IFES de diferentes regiões do país, torna-se necessário uma infraestrutura na própria UFMG e de apoio aos Tutores presenciais.

Para seu desenvolvimento, o CEEO – Rede Cegonha contará com as instalações da EE/UFMG e com a estrutura física das IFES (descritas no item 7). Na EE/UFMG serão reservadas instalações adequadas ao trabalho de apoio administrativo, visando à guarda e utilização de documentação individual, atos normativos, registros administrativos, bem como mobiliário adequado, telefone e equipamento de informática com impressora e acesso à internet, tanto para o trabalho do docente quanto para o apoio administrativo.

A logística mínima demandada pelo curso compõe-se de uma sala de aula e disponibilidade de Banda Larga, telefone, aparelho *scanner* em cada uma das IFES. Nestes locais serão realizados os momentos presenciais, em que serão desenvolvidas a CHTP +CHTP, quando ocorrerão, além das avaliações do processo de aprendizagem, outras atividades pedagógicas previstas para cada um dos Cursos.

O CEEO – Rede Cegonha prioriza a formação em serviço. Isto justifica a menor proporção de CHT + CHTP (cerca de 40 % da ChT), a ser desenvolvida pelo tutor presencial da IFES, e uma maior proporção de CHP (cerca de 60% da ChT), o que demandará realização de parcerias entre as IFES e unidades hospitalares/maternidades e serviços da atenção básica, locais onde serão implementadas a carga horária prática do curso, ao longo dos seus dois semestres de duração, mantendo a relação de 01 preceptor para cada 03 estudantes.

O tutor presencial deve identificar a necessidade de participação de professores-especialistas, tendo em vista que na EAD eleva-se o nível de exigência dos recursos humanos. Para tanto, poderá contar com os recursos humanos de sua própria IFES, isto é, professores especialistas convidados. Considerando que a CHP é de 420 horas, cada um dos Cursos, o CEEO – Rede cegonha deverá contar com 2.100 horas de preceptoria. Nos casos de acompanhamento em hospitais/maternidades/centros de parto normal externos, e, nos serviços de atenção básica, especialistas em enfermagem obstétrica ou áreas afins (saúde da mulher, saúde pública, entre outras). Desse modo a carga horária de preceptora totalizará 35.340 horas.

Portanto, tendo em vista a especificidade da preceptoria relativas a CHP, o CEEO – Rede cegonha exige a participação de profissionais externos, qualificadas e com a titulação exigida, para suprir as demandas do curso. Um levantamento realizado pelos tutores presenciais culminou numa lista de preceptores, que podem estar vinculados aos serviços onde acontecerão as atividades práticas, como também estar vinculados às IFES parceiras, os

professores-especialistas, designados para est fim, por atuarem nos campos de práticas, em atividades de ensino e assistenciais.

Um levantamento realizado pelos tutores presenciais, de cada uma das IFES culminou numa lista de professores-especialistas que poderão ser convidados, no decorrer do CEEO-Rede Cegonha, como também inclui preceptores (APÊNDICE A – Professores-especialistas convidados, vinculados às IFES e preceptores relacionados para as atividades de campo).

As atividades práticas deverão ser desenvolvidas em ambientes que favoreçam o desenvolvimento de boas práticas, e cujo gestor esteja comprometido com a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento. Deverá possuir ambiência adequada à RDC 36/2008 para efeitos do curso, e permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher.

A estrutura curricular - e as disciplinas propostas, embora sejam desenvolvidas em cada das IFES parceiras, terão as ações administrativas (lançamento de notas, de conteúdo, cronograma e afins) realizadas pela CGMDPN e pela CEMDP, isto é, sob a responsabilidade dos professores do EMI/EE/UFMG (Quadro 6).

QUADRO 6 – ESTRUTURA CURRICULAR – DISCIPLINAS PROPOSTAS – CARACTERÍSTICAS, DEPARTAMENTOS E DOCENTES ENVOLVIDOS(*)

Nome da Disciplina	Classificação		Carga Horária		Créditos	Departamento e Docente Responsável	
	OB(*)	OP	Teórica	Prática		Depto.	Docente
Capacitação Pedagógica (CP)	X		15	0	01	EMI	Laíse Conceição Caetano
Enfermagem Obstétrica I (EOI)	X		30	120	10	EMI	Kleyde Ventura de Souza
Enfermagem na Saúde da Mulher I (SMI)	X		45	30		EMI	Clara de Jesus Marques de Andrade
Enfermagem Neonatal I (NEOI)	X		30	15		EMI	Bruna Figueiredo Manzo
Metodologia da Pesquisa I (MP I)	X		30	-		EMI	Kleyde Ventura de Souza
Metodologia da Pesquisa II(MP II)			15	-		EMI	Laíse Conceição Caetano
Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas (PO)	X		30	45		EMI	Ieda Maria Andrade Paulo
Enfermagem Saúde da Mulher II (SMII)	X		15	30		EMI	Marta Araújo Amaral
Enfermagem Neonatal II(NEOII)	X		30	30		EMI	Bruna Figueiredo Manzo
Enfermagem Obstétrica II (EOII)	X		30	150		EMI	Clara de Jesus Marques de Andrade
Gerenciando o Cuidado de Enfermagem (GCE)	X		15	-		EMI	Anézia Moreira Faria Madeira

(*)Docentes do EMI/EE/UFMG, que compõem a CGMDPN e a CEMDP – responsáveis pelos acompanhamento das referidas disciplinas em cada uma das IFES, bem, como das atividades administrativas. As atividades técnicas e administrativas, na EEUFMG serão realizadas por secretária contratada para este fim. Nas IFES, estas atividades serão realizadas por bolsistas do Curso de Graduação ou de Espacialização contratados por meio da FUNDEP. Deverão estar vinculados ao Curso e atuarão sob orientação dos Tutores presenciais.

5.3.2 Sobre o processo de avaliação

- **Avaliação da (o) Aluna(a)**

A avaliação será realizada com base em uma perspectiva processual comprometida com o processo de aprender-ensinar de todos os envolvidos. Afasta-se da idéia de classificação e comparação dos sujeitos educativos e ultrapassa o viés da medida pontual de desempenhos no curso.Será orientada pelos princípios da avaliação formativa, com uso diversificado de instrumentos ou atividades e ações avaliativas com compromisso de permanente diálogo entre estudantes, tutor e seus pares. Neste sentido, a avaliação prevê: avaliação d (o) aluna (a); avaliação de tutores e avaliação do curso.

- **Avaliação formativa**

O planejamento curricular busca antecipar as reações das (os) estudantes (erros ou aproximações). Nesta perspectiva o Tutor realinhará, constantemente, suas ações didáticas e seus objetivos, devendo captar informações sobre dúvidas, bem como reconhecer erros e interpretá-las ao conceber seu processo de orientação.

Os avanços tecnológicos auxiliam e podem potencializar a aproximação e favorecer a relação tutor-aluno, por meio de acesso privado ao tutor, sem interferências e críticas de outros alunos. Isso permite ao tutor docente manter uma relação pedagógica individualizada e acompanhar o progresso das aprendizagens.

No entanto, poderão ser observadas situações em que a (os) estudante assumira a regulação de seu aprendizado; a identificação de erros e levantamento de dúvidas, ao confrontar suas respostas com a de seus colegas; ao ter acesso a outras fontes de informação, como textos e internet.

Desse modo, a(o) estudante, por intermédio das atividades curriculares, será incentivado a praticar, em diferentes momentos do curso, a auto-avaliação, compreensão de suas próprias competências e de como aprender, recorrendo ao professor, quando não atingir seus objetivos (BRASIL, 2003). A avaliação formativa se constituirá em um forte auxílio para o aluno desenvolver sua autonomia.

O projeto do curso valoriza o processo ensino-aprendizagem e se consubstancia em uma avaliação final somativa, que atende as exigências institucionais para efeitos de certificação.

- **Avaliação Somativa**

A avaliação somativa tem como referência normas e exigências acordadas, pela Instituição de Ensino, que permitirão a comparação dos resultados alcançados pelos alunos e a sua conceituação. Os resultados serão analisados a partir das competências a serem adquiridas pelos alunos em cada núcleo temático. A partir dessa avaliação, será emitido um conceito parcial de seu desempenho naquele segmento.

O alcance desses resultados, após a apreciação dos tutores presenciais e docentes à distância, implicará a aprovação ou, se necessário, a retomada/reorientação (regulação) das atividades, até que ele obtenha desempenho suficiente para aprovação. Aprovado no primeiro semestre o aluno estará habilitado a matricular-se nas disciplinas do próximo semestre.

Com base na avaliação somativa é possível pensar na avaliação normativa que se expressa em números e conceitos. Para tanto é preciso que todos: tutores, professores coordenadores e estudantes reconheçam que o importante nessa transposição é a aprendizagem do aluno, ou seja, a transformação que se operou no indivíduo e considerar a subjetividade, a afetividade, e a efetividade do processo de aprendizagem do aluno.

Assim, a avaliação normativa em cada disciplina terá 100 pontos. Os conceitos finais "A", "B", "C", "D", "E" e "F", representados pelos valores que constam do Regulamento do Curso, devem ser articulados com aspectos referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes, integrantes das competências estabelecidas. Tais aspectos serão descritos e constituirão as matrizes e instrumentos indicadores do acompanhamento e da avaliação.

Os trabalhos que obtiverem conceitos "E" e "F" serão considerados insuficientes e merecedores de uma regulação de aprendizagem, com reorientação didática feita pelo tutor, conforme descrito na *Avaliação Formativa*.

O trabalho final de conclusão de curso (TCC) será elaborado durante o desenvolvimento do curso sob orientação de um docente orientador. Deverá ser concluído até o final do curso, como requisito parcial à aquisição do certificado de especialista em enfermagem obstétrica. Será avaliado por banca examinadora composta de dois professores, constituída para este fim, conforme as Normas de Pós-Graduação da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2009).

- **Avaliações dos Tutores/Docentes e Avaliação do Curso**

A avaliação dos tutores, focada em seu desempenho, ocorrerá ao longo do oferecimento do curso pelos coordenadores, norteada pelos seguintes critérios (MAGALHÃES; SILQUEIRA, 2009): qualidade da comunicação; domínio do conteúdo específico; compromisso ético; competência e prontidão do processo de comunicação tutor/aluno; relação dialógica tutor/ aluno; capacidade de organização; qualidade das orientações, sugestões e recomendações recebidas; autonomia e criatividade na resolução de situações não previstas; aplicação do sistema de avaliação, registrando e julgando o desempenho dos alunos quando do estudo de cada módulo e, realização e acompanhamento das atividades presenciais.

A CGMDPN e a CEMDP, em conjunto com os Tutores deverá definir as formas de avaliar o curso. Esta proposta será desenvolvida com a participação conjunta de alunos, tutores e demais atores envolvidos.

6. REGULAMENTO DO CURSO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA, FINALIDADE E DOS OBJETIVOS DO CURSO

Art. 1- O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEEO-Rede Cegonha), financiado pelo Ministério da Saúde (MS), desenvolvido pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na modalidade de ensino à distância, considera a necessidade de formação de enfermeiros obstétricos para atuar, segundo as diretrizes da estratégia Rede Cegonha (MS), atende aos objetivos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, referente à Pós-Graduação, está vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (EMI), executado em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES Executoras) reger-se-á por este Regulamento, pelas resoluções CES nº 3 de 05/10/99 e nº 10/95 do Conselho Universitário e pelas Normas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Art. 2- O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEEO-Rede Cegonha) tem por finalidade especializar o enfermeiro para atuar na área da saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal e para assistir ao recém-nascido de risco habitual, segundo as diretrizes da estratégia Rede Cegonha (MS).

Art. 3- Os alunos que completarem o curso CEEO – Rede Cegonha receberão o Certificado de Especialista, área de concentração: Enfermagem Obstétrica.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 4- O Curso se organizará em disciplinas e será coordenado e desenvolvido em 12 (doze) meses pela Escola de Enfermagem da UFMG, com a participação de IFES parceiras, tendo como base as diretrizes e orientações do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde.

Art. 5- A coordenação didático-pedagógica do curso será exercida por uma Comissão de Coordenação Geral e de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear (CGMDPN) composta por professores efetivos, ativos pertencentes ao quadro permanente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com as seguintes atribuições:

I- Estabelecer critérios para inscrição e seleção dos candidatos;

III- Estabelecer normas do curso ou sua alteração, submetendo-as à aprovação da

Câmara de Pós-Graduação da UFMG;

~~IV-~~ Elaborar e/ou modificar o currículo do curso com indicação dos pré-requisitos e dos créditos que o compõem para aprovação no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão.

V - Decidir questões referentes à matrícula e dispensa de disciplinas, bem como representações e recursos sobre matéria didática e disciplinar.

VI- Coordenar e acompanhar a execução das atividades do Curso, propondo as medidas necessárias ao seu bom funcionamento;

VII-Designar Comissões Examinadoras e outras que se fizerem necessárias ao desenvolvimento do curso;

VIII- Fazer e executar planejamento orçamentário do CEEO-Rede Cegonha e estabelecer critérios para alocação de recursos;

IX- Estabelecer e acionar mecanismos de captação de recursos necessários à implementação do Curso

X- Realizar visitas de acompanhamento dos Cursos;

XI- Elaborar calendário das atividades do Curso bem como do relatório final, encaminhando-os aos órgãos competentes;

XII-Submeter à Câmara de Pós-Graduação da UFMG, os relatórios das atividades do Curso, de acordo com as instruções daquele Órgão;

XIII- Responder pelas questões administrativas relativas ao Curso no âmbito das Unidades da UFMG, e das instituições vinculadas ao Curso;

XIV- Realizar avaliação do Curso;

XV- Decidir casos omissos deste regulamento.

XVI- Executar atribuições afins.

Art. 6- A Comissão Geral de Matriciamento Pedagógico Nuclear terá a seguinte demanda:

I- Participar do trabalho coletivo para a concepção do curso;

II- Participar da elaboração de critérios de ingresso ao curso;

III- Coordenar o processo de implementação do projeto político pedagógico;

IV- Participar da elaboração dos critérios e definição de execução do curso;

V- Participar da construção, implementação e avaliação do material didático pedagógico;

VI- Coordenar o processo de ingresso ao curso;

VII-Coordenar a implantação e implementação do curso;

VIII- Decidir questões referentes à matrícula e dispensa de disciplinas, bem como representações e recursos sobre matéria didática e disciplinar, em concordância com a Comissão Geral de Matriciamento Nuclear;

IX- Coordenar o acompanhamento e avaliação da aprendizagem dos alunos;

X- Propor instrumentos de acompanhamento do trabalho de conclusão do curso;

XI- Executar atribuições afins.

Art. 7- O Coordenador e o Subcoordenador da Comissão Geral de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear devem pertencer ao quadro permanente efetivo e ativo do Programa e ainda serem eleitos pela Comissão Coordenadora com mandato de 2 (dois) anos.

Art. 8- Compete ao Coordenador da Comissão Geral de Matriciamento ~~Nuclear~~ do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEEO-Rede Cegonha), as seguintes atribuições:

I - Atuar como principal autoridade executiva e representativa do Curso e da Comissão Coordenadora;
II - Representar o Curso junto à Área Técnica de Saúde da Mulher e SGTES/ instituições parceiras e intervenientes;
III- Presidir a Comissão Coordenadora do Curso e executar suas deliberações;
IV- Convocar e presidir reuniões da Comissão Coordenadora e outras que se fizerem necessárias ao seu bom funcionamento;
V - Convocar e presidir reuniões da Comissão Geral de Matriciamento e outras que se fizerem necessárias para o bom andamento do Curso;

VI - Coordenar e acompanhar a execução de atividades do curso, propondo as medidas necessárias ao seu bom funcionamento;

VII - Elaborar o calendário das principais atividades do Curso e encaminhar aos órgãos competentes;

VIII - Responder pelas questões administrativas relativas ao Curso no âmbito das IFES Executoras;

IX - Apresentar relatório final das atividades do Curso aos órgãos competentes;

X - Remeter à Câmara de Pós-Graduação todos os relatórios e informações sobre o Curso, de acordo com as instruções daquele órgão;

XI - Executar atribuições afins.

Art. 9- Compete ao Subcoordenador da Comissão Comissão Geral de Matriciamento Nuclear trabalhar conjuntamente com o Coordenador nas atividades didático pedagógica e técnico-administrativas do curso, e substituí-lo em seus impedimentos, junto as respectivas IFES Executoras.

Art. 10- Os Tutores presenciais atuarão em cada IFES, com as seguintes atribuições, além do que consta no Art. 6:

- Participar da elaboração de critérios de ingresso ao curso;
- Participar do processo de elaboração do projeto político pedagógico;
- Participar da construção, implementação e avaliação do material didático pedagógico;
- Definir as instituições de serviço, campos das atividades práticas;
- Participar do processo de ingresso ao curso;
- Participar da implantação, implementação e avaliação do curso;
- Elaborar projeto de acompanhamento e avaliação do trabalho dos tutores docentes;
- Apoiar os docentes e preceptores no acompanhamento do processo de aprendizagem do aluno;
- Definir os orientadores de trabalho de conclusão de curso;
- Realizar reuniões periódicas com os docentes, preceptores e alunos;
- Trabalhar em comum acordo com a Coordenação Geral Nuclear e de Matriciamento Nuclear.

- Coordenar os momentos presenciais sob a orientação do Tutor a distância

Art. 11- A Comissão de Coordenação Geral e de Matriciamento Didático-Pedagógico Nuclear deve pertencer ao corpo permanente da UFMG, serem efetivos e ativos, sendo eleitos e terão mandato de 2 (dois) anos.

Art. 12- A Comissão Expandida de Matriciamento Pedagógico é composta pelos Subcoordenadores locais e pelos membros da Comissão Coordenadora do Curso

Parágrafo Único: Os Tutores presenciais de cada uma das IFES parceiras serão os responsáveis pelo desenvolvimento das atividades teóricas e práticas, estas últimas em concordância com as Instituições de Serviço, campos de práticas selecionados pelas IFES parceiras.

CAPÍTULO III

DO CORPO DOCENTE

Art. 13- O CEEO – Rede Cegonha contará com corpo docente composto por professores da UFMG – tutores à distância –, professores orientadores dos Trabalhos de Conclusão de Curso e professores vinculados às IFES parceiras – tutores presenciais, respeitando-se a proporção de 2/3 para àqueles vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

I – Os docentes da UFMG – tutores à distância serão os coordenadores das disciplinas, exercerão as atividades de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem, via *Moodle*. Serão responsáveis pela avaliação das atividades acadêmicas e, também, pelo acompanhamento da avaliação das atividades desenvolvidas nos momentos presenciais.

II – Os docentes da UFMG orientadores dos trabalhos de Conclusão de Curso desenvolverão o processo de orientação, acompanhamento e avaliação dos referidos trabalhos, por meio da Plataforma *Modlle*.

III – os docentes das IFES parceiras – tutores presenciais - serão responsáveis pelo acompanhamento das atividades relativas ao processo de ensino-aprendezagem, além de coordenar as atividades dos professores especialistas convidados, quando for o caso, e dos preceptores – profissionais da assistência vinculados aos serviços (maternidades e serviços de atenção básica), nos quais os alunos do curso desenvolverão atividades práticas.

IV - Os professores especialistas convidados pertencentes às IFES parceiras, poderão desenvolver também atividades de preceptoria, juntamente aos profissionais do serviço (preceptores).

Art. 14- A qualificação mínima exigida ao corpo docente do Curso é o título de Especialista obtido em curso credenciado, não podendo este contingente ultrapassar 1/3 (um terço) do corpo docente.

Parágrafo primeiro: A juízo da Câmara de Pós-graduação e com a anuência dos interessados, poderão, excepcionalmente, ser admitidos docentes sem Título de Pós-Graduação, mas de reconhecida capacidade técnico Professional comprovada no respectivo *curriculum vitae*.

Parágrafo segundo: Para efeito do cômputo da parcela de profissionais do corpo docente da UFMG, admite-se a participação de docentes aposentados pela própria Instituição, desde que, no mínimo, 50% (cinqüenta por cento) dos docentes do curso estejam, ainda, em atividade na UFMG.

Art. 15 – O docente orientador de aluno do CEEO – Rede Cegonha poderá assistir, no máximo, 8 (oito) estudantes em fase de elaboração de trabalho final.

Parágrafo primeiro: Para efeito de do cálculo da capacidade de orientação do curso, considera-se estudante em fase de elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC) final aquele que estiver regularmente matriculado no último semestre do curso.

Parágrafo segundo: Aos docentes que atuam em cursos de Pós-graduação stricto sensu, será permitida e computadas as duas modalidades, a orientação simultânea de, no máximo, 10 (dez) discentes.

CAPITULO IV

DA INSCRIÇÃO, NÚMERO DE VAGAS, SELEÇÃO E ADMISSÃO.

Art. 16- O curso será direcionado a enfermeiros que atuam em maternidades do Sistema único de saúde (SUS), com prioridade para aquelas com unidades federativas aderidas a Rede Cegonha, e que em seus Planos de Ação Estadual estejam previstos Centros de Parto Normal - CPN, sejam eles intra ou peri-hospitalar

Art. 17- A inscrição ao curso será realizada na Secretaria da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem e o candidato deverá apresentar:

I - formulário de inscrição, devidamente preenchido;

II - comprovante de conclusão do curso de graduação em Enfermagem,

III - histórico escolar da graduação;

IV - *Curriculum vitae*;

V - prova de estar em dia com as obrigações militares e eleitorais, no caso de candidato brasileiro;

VI – documento de identidade com validade nacional.

Parág. Único - No caso de candidato portador de diploma de enfermagem adquirido em outro país, este deverá ser reconhecido no Brasil.

Art. 18- Foram definidas um total de 300 vagas, distribuídas entre 18 cursos, em Instituições Federais de Ensino Superior, indicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 19- O processo seletivo será realizado na Escola de Enfermagem da UFMG e constará de:

I - análise de *curriculum vitae*;

II – análise do plano de trabalho apresentado pelo candidato;

III – Apresentar carta de compromisso do gestor do serviço em que atua liberando a (o) candidata para realização do CEEO – Rede Cegonha, cumprimento das atividades teóricas e práticas e sua inserção na assistência direta ao parto, após sua certificação;

Art. 20- Do processo seletivo resultará relatório, contendo a relação nominal dos candidatos aprovados em cada IFES, que deverá ser homologado pela Comissão Coordenadora do Curso.

Art. 21- Os candidatos selecionados deverão apresentar, no ato da matrícula, requerimento de matrícula, devidamente preenchido.

Parag. Único - A matrícula será realizada via internet e a documentação dos candidatos aprovados será enviada, via correio, para a Secretaria do CEEO – Rede Cegonha, que posteriormente encaminhará a documentação para o Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA).

Art. 22- A secretaria do curso enviará ao Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA), até 15 (quinze) dias após a admissão dos candidatos selecionados, os dados pertinentes à identificação destes.

CAPÍTULO V

DO REGIME DIDÁTICO

Art. 23- O Curso é disciplinar. Cada disciplina terá um valor expresso em créditos, correspondendo cada crédito a 15 horas de aula teórico/prática.

Parág. Único O curso terá carga horária total (ChT) de 705h (47 créditos). Será ministrado em dois semestres letivos, nos quais se desenvolverão a carga horária teórica (CHT) + CH Teórico-prática (CHTP) = 285h (19 créditos), CH prática (CHP) = 420 h (28 créditos) e, o trabalho de conclusão de curso (TCC).

Art. 24- Os créditos relativos a cada disciplina só serão conferidos ao estudante que adquirir freqüência mínima equivalente a 75% das atividades presenciais previstas e, no mínimo, conceito D.

Art. 25- O rendimento escolar de cada estudante, verificado através de provas escritas, trabalhos e avaliações de desempenho, será expresso em conceitos, de acordo com o Regimento Geral de Universidade Federal de Minas Gerais e Normas específicas da Pós-Graduação.

CAPÍTULO VI

DOS CERTIFICADOS

Artigo nº. **26-** Para obter o certificado de Especialista em Enfermagem Obstétrica no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, o estudante deverá ao final do curso, ter completado 47 créditos relativos à carga horária teórica e prática, num total de 705 horas, previstos nas disciplinas do curso e ter realizado individualmente, o trabalho final, com duração de 12 (doze) meses. Caso seja necessário, o discente ainda terá mais um prazo de 3 (três) meses para regularizar sua situação no curso. Sendo assim, o trabalho final, deverá ser sobre tema vinculado à área de conhecimento do Curso, com orientação de um docente definido pela Comissão Coordenadora.

Artigo nº. **27-** O trabalho final deverá ser apresentado de forma presencial pelo aluno e será avaliado por uma Comissão Examinadora, composta pelo orientador e mais 2 (dois) docentes, indicados pelo Subcoordenador Local em cada IFE executora.

CAPÍTULO VII

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 28- Os 18 cursos serão realizados nas IFES parceiras com recursos financeiros do projeto Projeto nº 17217.985000/13-043 do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 29- Este regulamento só poderá ser modificado, no todo ou em partes, com aprovação da maioria simples dos membros integrantes Comissão Geral de Matriciamento Pedagógico Nuclear.

Art. 30- Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pela Comissão Geral de Matriciamento Pedagógico Nuclear,

Art. 31- Este regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelos órgãos competentes da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2013.

7. CRONOGRAMA

DISCIPLINAS	ESPECIFICAÇÕES	PERÍODO		ATIVIDADES
		INÍCIO	TÉRMINO	
		Outubro/2016	Dezembro/2017	
Seminário I – Matriciamento Didático Pedagógico e instalação do CEEO – Rede Cegonha nas IFES		Fevereiro/2017		
Disciplinas – Semestre 1		outubro	dezembro	
Disciplinas – Semestre 2		fevereiro	julho	
Disciplinas – Semestre 3		Agosto	Dezembro	
Visitas de acompanhamento	MOMENTO AVALIATIVO	Maio a Fevereiro		
Seminário II		Março de 2016		
Seminário III – Avaliação final		Agosto de 2017		
TRABALHO FINAL DE CURSO	MOMENTO AVALIATIVO DO CURSO E APRESENTAÇÃO DO TRABALHO FINAL PELO ALUNO	dezembro de 2017		APRESENTAÇÃO DO TCC ENCERRAMENTO DO CURSO

8. FINACIAMENTO E CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO DO CEEO- REDE CEGONHA

Projeto financiado pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS. A execução do Projeto terá um custo global de R$ 6.000.000,00 (seis milhões), em conformidade com o plano de aplicação estimado.

REFERÊNCIAS

1. REIS, Zilma Silveira Nogueira et al. Análise de Indicadores da Saúde materno-infantil:. Paralelos Entre Portugal e Brasil **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v 33, n.9, setembro de 2011. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 8 de setembro de 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900003

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

3. BRASIL. Sistema de Informática do SUS. Brasília, 2011; Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS

4. ARAÚJO, M.J.O. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Antigas necessidades e novas perspectivas. In: PAISM: 20 anos depois. **J Rede Feminista Saúde**. 2005;27:28 - 30.

5. OPAS. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

6. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 1, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 set. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006.

7. MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, 189p.

8. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1; p.

ANNEXE 38 : évaluation des terrains de stage dans le cadre du *CEEO II*

La grille d'analyse comportait d'abord quatre questions puis un tableau.

Les quatre questions étaient :

- Quels sont les lieux où exercent des infirmières obstétricales ?
- Quelles sont les pratiques exercées par les infirmières obstétricales ? En considérant les activités suivantes : gestion, enseignement, recherche scientifique et pratique clinique dans les soins.
- Est-ce que dans mon institution l'infirmière obstétricale base sa pratique sur les preuves scientifiques disponibles ? Comment se donne à voir ce processus d'incorporation de l'évidence scientifique dans la pratique de l'infirmière obstétricale ?
- Est-ce que dans mon institution, les professionnels se sentent impliqués dans leur pratique professionnelle et dans la dispense de soins centrés sur la femme ?

Le tableau était :

Accouchements (données sur une année)	
Nombre total d'accouchements	
Nombre d'accouchements normaux	
Nombre de césariennes	
Infirmières obstétricales	
Nombre d'infirmières obstétricales	
Nombre d'accouchements normaux assistés par des infirmières obstétricales	
Nombre d'infirmières obstétricales qui ont été formées avec le *CEEO*	
Nombre d'infirmières obstétricales qui ont été formées avec la *Residência*	
Nombre d'infirmières obstétricales qui ont obtenu un Master	
Nombre d'infirmières obstétricales qui ont obtenu un Doctorat	
Nombre d'infirmières obstétricales qui ont obtenu un Master et un Doctorat	
Indicateurs (données sur une année)	
Nombre d'épisiotomies	
Nombre d'analgésie péridurale pour un accouchement normal	
Peau à peau précoce	
Allaitement maternel dans la première heure de vie	
Clampage tardif du cordon (si opportun)	
Méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur	
Présence d'un accompagnant durant le travail, l'accouchement et le post-partum	
Formation en soins infirmiers	
Terrain de stage de la *Residência* en soins infirmiers obstétricaux	( ) Oui ( ) Non
Terrain de stage de la spécialisation en soins infirmiers obstétricaux	( ) Oui ( ) Non
Terrain de stage de la graduation en soins infirmiers (formation d'infirmière générale)	( ) Oui ( ) Non

ANNEXE 39 : analyse collective et diagnostic situationnel des services de soins dans le cadre du TCC du *CEEO II*

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CEEO-UFMG-MS)

ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO

Contexto deste documento e orientações para realização das análises e diagnóstico

Este instrumento está estruturado nas diretrizes que o Ministério da Saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal.

Está organizado em três blocos:

- Análise de situação atual com base em diretrizes de organização do trabalho e atenção obstétrica e neonatal.
- Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela.
- Fatores dificultadores e facilitadores para operar mudanças no serviço.

Partindo da proposta do Curso de ofertar um processo formativo articulado à realidade concreta em que os trabalhadores-alunos estão inseridos, o instrumento deve ser utilizado seguindo-se três pressupostos metodológicos:

(i) compreendendo-se os seus focos avaliativos como base para analisar a realidade atual de seus serviços,
(ii) partindo dessa análise de "situação atual" para compor eixos de intervenção potenciais e possíveis para operar mudanças consideradas necessárias, isto é, no caminho de uma "situação desejada" e
(iii) organizando rodas de conversa avaliativas em seus locais de trabalho (com colegas, equipes, gestores e usuários) para desencadear as análises/diagnóstico e construção de propostas (eixos de intervenção) de forma coletiva e ampliada (condição que se julga necessária para que uma proposta seja construída e implementada).

Esses pressupostos são coerentes com as diretrizes de gestão e avaliação participativa que se espera para os serviços e também são diretrizes do Curso, qualificando o trabalhador-aluno para disparar conversas avaliativas em seus locais de trabalho.

Para melhor entendimento do instrumento, a seguir demarcamos os itens de análise contemplados no Bloco 1.

- **Diretrizes e focos:** aqui colocados no sentido de "direcionar" o objeto e objetivo a serem alcançados. Trazem em si os atributos desejados para nortear/direcionar as mudanças desejadas e qualificação dos processos.
- **Parâmetros:** recorte de itens a serem observados, que indicam se o serviço está operando com aquela diretriz/focos na prática cotidiana.
- **Situação atual:** descrições/respostas que indicam como o serviço está funcionando ou o que tem implementado quanto aos itens correspondentes.
- **Dificuldades enfrentadas:** descrições/respostas sobre as dificuldades, limitações, problemas observados quanto ao funcionamento ou implementação daqueles itens.

Acerca da "nota avaliativa" para a situação atual

A partir da análise, orientamos que você dê uma nota de zero a 5 representando sua avaliação para cada conjunto de itens afins. Para isso, pontuar como zero ao considerar que aqueles itens não estão implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do ideal.

Observação importante: Essa é uma perspectiva de avaliação qualitativa e aqui servindo apenas como ponto de partida para sua própria reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel. Não se trata de uma avaliação institucional, mas sim como recurso pedagógico para ajudar o trabalhador-aluno a ampliar o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho. Trata-se portanto de uma resposta livre como trabalhador-

2

aluno (e, se achar pertinente, discutindo a pontuação também com a equipe de seu serviço), refletindo sua "impressão global" da situação observada. Isso deve subsidiar uma reflexão sobre as mudanças necessárias e movimentos para isso. Caso queira, complemente seus comentários com a justificativa da nota atribuída.

3

BLOCO 1

ANÁLISE DE SITUAÇÃO ATUAL COM BASE EM DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
DIRETRIZ: COGESTÃO			
Gestão colegiada e participativa: O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos.	• Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados • Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores • Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a Equipe • Contratos internos de gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas • Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho		
Gestão participativa aos usuários: Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia.	• Conselhos ativos • Ouvidoria • Pesquisas de satisfação de usuários • Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento		
DIRETRIZ: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO			
Acolhimento como atitude de abordagem e escuta respeitosa, "acolhedora" e comprometida com respostas que garantam vínculo e responsabilidade com a usuária, sem nenhum tipo de discriminação**(#)**	• Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos • Realização de ACR na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para		
Acolhimento e			

Classificação de Risco: dispositivos de organização do atendimento, priorizando-se conforme grau de risco.	obstetrícia. • Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida? • O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo?		

(#) Acolhimento também como respeito às diversidades étnico-culturais e populações em situação de vulnerabilidade, levando em conta o perfil socioepidemiológico da região. Pressupõe a oferta estratégias compatíveis com necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, etc. Em relação às mulheres indígenas é importante assegurar hábitos alimentares, presença de interprete, adequação da estrutura, tal como o uso de redes, respeito à presença de acompanhantes indígenas (família), entre outras especificidades loco-regionais. No que se refere às usuárias de álcool e outras drogas, em situação de rua, é importante dar agilidade na vinculação das pacientes aos consultórios na rua. Quanto às mulheres em situação de privação de liberdade, garantir o parto humanizado e o estabelecimento de vínculo com a criança.

Estratégias de comunicação para com os Usuários	• Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários • Outras		
"Vaga Sempre" para a gestante e o recém-nascido (RN): Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.	• % de mulheres com parto realizado no primeiro serviço • % de mulheres que foram transferidas de outro serviço • % de mulheres que foram transferidas deste serviço; • % de RN do serviço encaminhado para a UTI Neoanatal própria ou referenciada % de RN encaminhado para UTI Neoanatal de outro serviço		
Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional: Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada, prontuário integrado, entre outros.	• Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado • PTS elaborado pela equipe • Reuniões regulares de discussão de casos • Ronda compartilhada • Prontuário integrado		
Equipe horizontal de	• Equipe de diarista		

cuidado: equipe responsável por manter vinculação e comunicação articulada tanto entre profissionais como com usuários.	(mínimo de 4 horas dia) na rotina acompanhando as internações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão		
Direito ao Acompanhante: direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005).	• Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido • % de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto		
Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal: direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.	• Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso • % de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h		

Comitê de aleitamento materno	• Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento		
Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetais(##)	• Comissão ou Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento • % de óbitos maternos investigados • % de óbitos infantis investigados		

(##) As comissões hospitalares são serviços para investigação do óbito nos hospitais. De acordo com as Portarias GM Nº1119, de 05/06/2008 e GM Nº 72, 11/01/2010, a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais devem estabelecer Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE). As comissões ou núcleos devem ser compostos por equipes envolvendo direções técnicas, clínicas e de enfermagem. A sua função é "realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria" e "realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria".

DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
Vinculação da gestante à maternidade de referência: definição de referência	• Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência		

territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado **(###)**	• Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...) • Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco) • Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade • % de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal		

(###) A Lei nº 11.634/2007 em seu art. 1º estabelece que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. § 1º a vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Art. 2º o SUS analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

DIRETRIZ: ATUAÇÃO DA (O) ENFERMEIRA (O) OBSTÉTRICA (O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA			
Enfermeiras (os) Obstétricas (os) na assistência às mulheres, seus recém-nascidos e família, no pré-natal, parto e puerpério.	• Assistência a gestantes e familiares no PNRH (pré-natal de risco habitual), com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas • Identificação das gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhamento para consulta médica e, se necessário, equipe multidisciplinar • Assistência às gestantes e familiares no PNAR (pré-natal de alto risco) juntamente com o médico e equipe multidisciplinar • Estímulo à mulher quanto ao conhecimento sobre o seu corpo e compreensão das alterações ocorridas de forma que ela possa atuar de maneira mais consciente no seu gestar • Realização de anamnese, para obter histórica clínica		

	especifica da mulher • Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distócia • Registro e interpretação dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ex: partograma) • Assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia), com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra • Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade ao nascer, no momento do parto, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a chegada do pediatra • Avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas • Avaliação da puérpera de		

	alto risco no Alojamento Conjunto, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Incentivo, aconselhamento e ajuda prática no aleitamento materno • Avaliação do RN, incluindo o primeiro exame físico • Alta da puérpera de risco habitual • Alta do RN, cuja mãe teve uma gestação de risco habitual, que tenha nascido com boa vitalidade e mantido evolução fisiológica durante a internação • Assistência às mulheres em situação de abortamento (identificação, apoio e orientações, pós-abortamento) • % de partos normais assistidos por Enfermeiras Obstétricas • % de RNs assistidos por Enfermeiras Obstétricas		

DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA			
Métodos não farmacológicos de manejo da dor	• Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling e outros • % de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor		
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	• Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele		
Parto em posição não supina	• Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto • % de mulheres com parto na posição não supina		
Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto	• Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto • % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho		

	de parto		
Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões	• Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões • Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH • % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras		
Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê: contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias 371/2014 e 1153/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de mulheres com contato pele a pele ele		
Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de RN com amamentação na primeira hora de vida		
Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno: clampeamento após cessadas as pulsações (aproximadamente de 1 a 5 minutos) para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria		
Cuidado Progressivo Neonatal: serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012	• Espaço de convivência para as mães (Sala de atividades, área de deambulação, grupos operativos) e espaço para mães da UCINca lavarem pequenas peças de roupas • Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade		
Presença de Doula durante trabalho de parto	• Nº de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de		

	parto		
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento(####)	• Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados (##) • Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento • Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento • Orientações para as mulheres que desejam nova gestação • Nº. de mulheres atendidas em situação de abortamento		
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual(#####)	• Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados (####) • Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência • Nº. de mulheres em situação de violência atendidas		

(####) *Oferta não só de cuidado imediato às mulheres* adultas, jovens e adolescentes *em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade do atendimento e com disponibilização de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento e orientações para aquelas que desejam nova gestação. A atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, baseia-se nos referenciais éticos, legais e bioéticos. Ênfase nos princípios fundamentais da bioética: (a) autonomia, (b) beneficência, (c) não maleficiência e (d) justiça. Deve ser implantado o protocolo de atendimento humanizado ao abortamento de acordo com suas classificações, incluindo as ações de planejamento reprodutivo no serviço e o fluxo definido com a rede locorregional. Destaque para (i) condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo norma técnica do M/2010, sendo disponibilizada técnica da AMIU (até 12ª IG); a técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com os casos; (ii) oferecimento de métodos contraceptivos: DIU*, injetável mensal ou trimestral; e (iii) orientações para mulheres que desejem nova gravidez.

(#####) *Oferta de atenção qualificada nas situações de violência, especialmente a violência sexual. O atendimento deve ser realizado em local específico no sentido de garantir a necessária privacidade durante a entrevista e os exames. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Importante identificar se o serviço hospitalar tem protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado ou em processo de implantação com destaque para (i) organização do fluxo intrainstitucional e intersetorial; (ii) garantia de privacidade; (iii) mecanismos para trabalho em equipe; (iv) registro e acompanhamento das notificações por faixa etária; (v) registro e acompanhamento dos procedimentos realizados por faixa etária.*

DIRETRIZ: AMBIÊNCIA			
Ambiência na maternidade: qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos	• Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP.		

trabalhadores e usuários, especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.			
Ambiência na Neonatologia (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).	• Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos. • Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal. • Espaço de convivência para as mães-puérperas		

DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO			
Estratégias de Educação Permanente no Serviço: iniciativas de educação permanente, especialmente nos temas relacionados às boas práticas e cuidado obstétrico-neonatal	• Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes		

DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUNS INTERSETORIAIS			
Relação com Secretaria Estadual de Saúde	• O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil		
Relação com Secretaria Municipal de Saúde	• O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil		
Participação no Fórum Perinatal	• O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência		

BLOCO 2

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES	
Nº. de partos realizados por mês	
Nº. e % de partos normais/mês	
Nº. e % de cesáreas	
Nº. e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	
Nº e % de cesáreas por principais indicações	
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	
Nº de mortes maternas/ano	
Nº de mortes neonatais/ano	

BLOCO 3

FATORES DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA OPERAR MUDANÇAS NO SERVIÇO

Baseando nos resultados de suas análises e diagnóstico realizados inclusive por meio de conversas com equipes e gestores do serviço, sintetize o que você considera fatores dificultadores/limitadores e facilitadores/favoráveis a mudanças no serviço, no sentido do aprimoramento do modelo de atenção e gestão no campo obstétrico-neonatal.

1) Fatores dificultadores/limitadores

2) Fatores facilitadores/favoráveis

ANNEXE 40 : outil d'évaluation du *CEEO II*

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (*CEEO*-UFMG-MS)

ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS

ORIENTAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO DOS ITENS AVALIATIVOS

Foco 1:
Dimensão:

Item avaliativo	**Escala de notas (1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item	
Registros complementares em torno das notas	

Orientações sobre as categorias avaliativas previstas no quadro:

- **Foco:** foco previsto no quadro referencial de objetivos de desenvolvimento do Curso e sua perspectiva avaliativa.

- **Dimensão:** âmbito em que um conjunto de itens está agrupado pela afinidade e complementaridade entre eles (e refletindo o foco referencial).

- **Item avaliativo:** enunciado da questão avaliativa demarcando os conteúdos a serem observados, em conformidade com os focos e dimensões de interesse (quadro de referência). Trata-se de aspectos priorizados de acordo com o que é esperado no sentido da organização do Curso (foco 1), da dinâmica de aprendizagem em diálogo com a experiência (foco 2) e das mudanças dos processos e práticas de atenção e gestão (focos 2 e 3). São portanto uma escolha, compartilhada e corresponsabilizada, com base no referencial do Curso e nas referências dos sujeitos envolvidos – expressam suas expectativas e desejos.

    - Os itens foram construídos coletivamente, envolvendo os professores das disciplinas de metodologia e alunos. Os momentos de aplicação do instrumento serão também momentos de sua validação com todo o conjunto de professores do Curso, seguindo a proposta de aprendizado coletivo da avaliação como dispositivo de transversalidade.

- **Detalhamento do item:** comentário explicativo do item, detalhando o que nele está contido ou pressuposto.

- **Registros complementares em torno das notas:** registros indicando os motivos que levaram à escolha da nota para aquele item. Este campo não é obrigatório, mas um espaço livre para complementos nos casos considerados necessários e que ajudem a qualificar a resposta/nota.

- **Escala de notas:** notas indicando o grau de adequação relacionado ao item avaliado, permitindo uma classificação a ser valorizada em termos de processo. As notas equivalem aos seguintes conceitos/níveis:

1 (Muito insatisfatório ou que não se cumpriu em praticamente nada do esperado)	2 (Insatisfatório)	3 (Regular)	4 (Satisfatório)	5 (Muito satisfatório ou que se cumpriu praticamente tudo do esperado)

Exemplo:

Foco 1: O Curso e sua dinâmica
Dimensão: _____

1) O professor ajustou o seu plano de ensino em conformidade com a proposta do Curso.	5
O professor elaborou e/ou ajustou o plano de ensino, cuidando em articular seu conteúdo ao contexto de finalidade do Curso e buscando uma dinâmica. Possibilitou, assim, a interação do aluno (e entre alunos) no diálogo da disciplina com a experiência concreta no seu serviço (com o trabalho, equipe/colegas, chefias, usuários).	
O plano de ensino contempla momentos e estratégias de discussão coletiva com os alunos, possibilitando que analisem o conteúdo em relação à sua prática no serviço (se a prática atual está mais próxima ou não do que se propõe, fatores que interferem nisso, condições de mudança, etc).	

Foco 1: O Curso e sua dinâmica
Dimensão: Organização/arranjos, articulação das práticas pedagógicas, recursos**.**

Item avaliativo - O professor ajustou o seu plano de ensino em conformidade com a proposta do Curso (a articulação de conteúdos e dinâmica da disciplina).	**Escala de notas (1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O professor elaborou e/ou ajustou o plano de ensino, cuidando em articular seu conteúdo ao contexto de finalidade do Curso e buscando uma dinâmica. Possibilitou, assim, a interação do aluno (e entre alunos) no diálogo da disciplina com a experiência concreta no seu serviço (com o trabalho, equipe/colegas, chefias, usuários).	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ O preceptor ajustou sua forma de ensino no campo de prática, conforme a proposta de ensino do curso.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O preceptor ajustou sua forma de ensino no campo de prática, lembrando-se da finalidade do Curso. Possibilitou, assim, a interação do aluno com a experiência concreta no serviço.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ Houve discussão periódica de casos clínicos em cada disciplina.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O professor incentivou a discussão de casos clínicos, possibilitando o aperfeiçoamento do raciocínio clínico.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ O professor solicitou ajuda à Coordenação do Curso para ajustar o seu plano de ensino.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O professor solicitou ajuda à Coordenação do Curso para ajustar o seu plano de ensino, articulando com todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem em busca de resultados positivos.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo A Coordenação do Curso disponibilizou ajuda para o ajuste e acompanhamento dos planos de ensino.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A Coordenação atendeu às demandas do Curso e solucionou problemas que foram surgindo em seu decorrer.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ Na visão do trabalhador-aluno, houve um alinhamento entre os professores na condução das disciplinas.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A organização do Curso contemplou um arranjo e o alinhamento entre os professores na condução das disciplinas, possibilitando a interdisciplinaridade pedagógica e atitudinal.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo Foi realizada a avaliação processual contínua de desempenho do especializando pelo preceptor em campo, com retorno contínuo ao aluno sobre isso.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item Foi implementado o método de avaliação constante, ou seja, a avaliação não ocorreu ao término do processo, de forma a possibilitar a avaliação do trabalhador-aluno e o seu desenvolvimento.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo A prática possibilita o atendimento integral à mulher, considerando os diferentes estágios do trabalho de parto e nascimento.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A prática contribui para a redução ou eliminação da perspectiva reducionista na qual a mulher é tratada. Possibilita, também, a melhor interação do trabalhador-aluno no seu serviço, além de melhor organização do mesmo.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo A definição conjunta das datas pretendidas para realizações dos plantões possibilitou a distribuição homogênea de plantões no campo.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A definição conjunta das datas pretendidas para os plantões atendeu à finalidade do Curso e possibilitou a interação do trabalhador-aluno com a experiência concreta no seu serviço.	
Registros complementares em torno das notas	

Foco 2: Os sujeitos-alunos e sua dinâmica.
Dimensão: Aspectos que informam sobre inserção-inclusão dos trabalhadores-alunos; articulação/produção de práticas de integração / Autonomia, Protagonismo.

Item avaliativo □ O trabalhador-aluno se inseriu na dinâmica de trabalho do serviço do qual ele faz parte.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O trabalhador-aluno apresentou maior envolvimento e articulação com colegas, equipes, chefias e gestores no seu campo de trabalho.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ O trabalhador-aluno conseguiu perceber a melhoria de suas habilidades de cogerir seu plantão-equipe-assistência.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**

Detalhamento do item O trabalhador-aluno observou melhor condução da gestão de competências habilitadoras, garantindo a melhoria contínua das atividades na organização na qual está inserido.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ O trabalhador-aluno conseguiu abrir ou ampliar “caminhos de conversa”, com a criação de oportunidades de ampliar a discussão da assistência com os trabalhadores pelo serviço.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O trabalhador-aluno possibilitou, no serviço no qual está inserido, maior número e abrangência de rodas de conversa avaliativas, encontros para debate, diagnósticos, levantamento coletivo de sugestões e propostas... Ademais, o serviço ampliou a discussão da assistência com os trabalhadores (equipes, chefias e gestores).	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ Houve mudança na maneira de construção dos POP (Procedimento Operacional Padrão) do serviço durante a intervenção do trabalhador-aluno.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A mudança na maneira de construção assegura que as ações tomadas para a garantia da qualidade do cuidado prestado à mulher e ao recém-nascido sejam padronizadas e baseadas nas mais recentes evidências científicas, visando a segurança.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ Houve maior entrosamento entre o trabalhador-aluno e a equipe a partir da proposta de intervenção.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O trabalhador-aluno apresentou maior envolvimento com colegas, equipes, chefias e gestores no seu campo de trabalho a partir da proposta de intervenção.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo □ Há registros sistemáticos das conversas, avaliações e proposições, como produtos das discussões e das decisões em serviço.	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O projeto de intervenção está sendo construído e avaliado de forma coletiva e contínua com os trabalhadores.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo ☐ O trabalhador-aluno conseguiu desenvolver competências técnicas essenciais definidas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM).	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O trabalhador-aluno conseguir desenvolver: conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética / fornecimento de educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível / realização de cuidado pré-natal de alta qualidade / oferecimento de cuidado de alta qualidade e culturalmente sensível durante o parto, o pós-parto e para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.	
Registros complementares em torno das notas	

Foco 3: O serviço e sua dinâmica.
Dimensão: Repercussões nos tipos de práticas de atenção e gestão a serem incorporados na dinâmica dos serviços.

Item avaliativo ☐ São observadas mudanças no serviço onde você atua decorrentes de sua participação no *CEEO*?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item As mudanças no serviço referem-se ao maior envolvimento e articulação com colegas, equipes, chefias e gestores no seu campo de trabalho, além da melhoria da comuniação entre eles.	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo ☐ A equipe participou dos movimentos de discussão acerca do projeto de intervenção?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item Houve ampliação da discussão sobre a intervenção, com maior número e abrangência de rodas de conversa avaliativas, debate, levantamento coletivo de sugestões e propostas...	
Registros complementares em torno das notas	
Item avaliativo ☐ Foi observada disposição da equipe para a implementação da intervenção?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A disposição da equipe refere-se à observação de “um campo fértil” para a implementação da proposta de intervenção.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ Foi observada participação da equipe na realização do diagnóstico do serviço?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item A equipe empenhou-se e foi incluída na realização do diagnóstico situacional.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ Houve alteração significativa no número de partos no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item O quantitativo de partos alterou-se de modo significativo no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ Quais as metas associadas à construção do projeto de intervenção?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item Especificar e detalhar as metas relacionadas à construção do projeto de intervenção.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ Quais as metas associadas ao desenvolvimento do projeto de intervenção?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item Especificar e detalhar as metas relacionadas ao desenvolvimento do projeto de intervenção.	
Registros complementares em torno das notas	

Item avaliativo □ Quais as metas associadas aos resultados do projeto de intervenção?	**Escala de notas** **(1 2 3 4 5)**
Detalhamento do item Especificar e detalhar as metas relacionadas aos resultados do projeto de intervenção.	
Registros complementares em torno das notas	

ANNEXE 41 : référentiel de formation continue de l'*Aprimoramento* pour les infirmières obstétricales au Brésil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS- ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 4º andar - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: (31) 3409-9860 FAX.: (31) 3409-9860

Dados do Projeto:

Título do Projeto:	Curso de aprimoramento para enfermeiras (os) obstétricas (os), com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha- Ministério da Saúde – 3º ETAPA
Instituição Executora:	Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Escola de Enfermagem. Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública – UFMG/EE/EMI.
Coordenador(a) do Projeto:	Kleyde Ventura de Souza
Equipe de Coordenação	Elysângela Dittz Duarte – EE/UFMG Lélia Maria Madeira – Hospital Sofia Feldman
Órgão financiador:	Ministério da Saúde - Área Técnica Saúde da Mulher
Instituições Parceiras:	Hospital Sofia Feldman Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras - ABENFO MG

1. INTRODUÇÃO

Progressos consideráveis nas condições de saúde materno-infantil compõem uma nova realidade sanitária brasileira, especialmente considerando-se os resultados positivos das últimas décadas[1]. No entanto, persistem imensos desafios para se proporcionar condições seguras ao nascimento no país. A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, uma vez que em sua maioria são consideradas condições evitáveis através do acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde[2].

Estimam-se anualmente três milhões de nascimentos ao ano no país, dentre os quais falecem cerca de 11 em cada 1000 crianças no período neonatal e 77 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, dados do ano de 2006[3]. Estes indicadores refletem as dificuldades atuais da assistência pré-natal e a atenção ao parto em nossos serviços de saúde, pois além de se encontrarem fora do padrão esperado, em sua maioria são consideradas evitáveis[4]. Além disto, incomodam o déficit de qualidade na assistência ao parto e as elevadas taxas de cesariana[2].

A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce (0-6 dias), cerca de 40% no primeiro dia, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência de saúde em maternidades[5]. Assim, o momento do parto é considerado crítico para a sobrevida e qualidade de vida da mãe e da criança.

Em relação às mulheres, cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto[5] e a hipertensão arterial, complicações hemorrágicas e infecção são seus determinantes principais[2]. Desta forma a garantia do cuidado por níveis de atenção e o seu acesso oportuno a partir de uma classificação de risco gestacional adequada, de um sistema de referenciamento e transporte da gestante e da criança efetivos são estratégias fundamentais para a busca de redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, com repercussões diretas na qualidade de vida dos primeiros 24 meses da criança.

Nesse contexto, podem-se destacar as críticas ao modelo brasileiro de assistência ao parto e seus resultados. Assim, vem ganhando força discussões voltadas à implantação de modelos de atenção que privilegiem condutas

reconhecidamente benéficas no processo de parto e nascimento, considerando a perspectiva da vivência da gestação, do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras para as mulheres e suas famílias e aliando-a a qualidade da assistência prestada a esses usuários e aos recém nascidos[5].

A oferta de atenção qualificada aparece como um componente essencial para a reversão deste quadro. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado humanizado, incluindo o uso racional de tecnologias, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados[6].

Esse deslocamento de foco implica, substancialmente, na mudança da lógica e do processo assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e compromisso dos gestores às políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais[7].

Para tanto é necessário ainda que os profissionais de saúde reconheçam todas essas implicações e como elas podem influenciar sua prática. Esse processo de reconhecimento dos meandros que envolvem o seu saber-fazer, dos cenários e do paradigma que o norteia – tecnicista e profissional centrado -, exigem reflexão, conscientização e mudanças nas práticas assistências, com apoio institucional, principalmente dos órgãos oficiais, das entidades profissionais e dos equipamentos de formação. Além da incorporação de novas lógicas assistenciais, como o trabalho multiprofissional, no modelo colaborativo.

Embora, o modelo colaborativo na assistência ao parto possa influenciar positivamente no conjunto da prática obstétrica, ele se restringe a algumas experiências locais no município do Rio de Janeiro, no Estado e Município de São Paulo e, em Belo Horizonte/MG. Os mecanismos que possibilitaram o afrouxamento das estruturas hierárquicas na assistência e a construção, ainda tímida, do modelo colaborativo e sua relação com os resultados clínicos da assistência são pouco desenvolvidos e estudados.

A partir de 1999, o Ministério da Saúde, Escolas de Enfermagem, instituições de saúde e a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), se empenharam na formação de enfermeiras obstétricas para atender esta demanda. Este fato foi importante para o resgate, formação e inserção da

enfermeira obstétrica, com vislumbre de múltiplas possibilidades, especialmente de sistematização e consolidação da sua atuação na atenção ao parto e nascimento. No entanto, exige-se que novas estratégias sejam implementadas para o fortalecimento da atuação de enfermeiras obstétricas.

No Brasil, a assistência ao parto e nascimento tem sido majoritariamente, realizada por médicos e enfermeiras obstétricas. No entanto, se faz mister que, ambas as categorias profissionais atuem de forma colaborativa. Para tanto, compreende-se como necessário, além da formação de enfermeiras obstétricas, considerando as modalidades atuais, cursos de especialização e residência em enfermagem obstétrica, outras, como cursos de capacitação/aprimoramento, para a assistência ao parto e nascimento, em particular, nos casos de, risco habitual, objeto deste Projeto.

1.2 JUSTIFICATIVA

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, criada pela Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios da humanização e assistência; busca ainda, garantir direitos às mulheres, recém-nascidos e crianças à uma assistência pré-natal de qualidade, transporte para as consultas e para o parto, vaga em sua unidade de referência(se for o caso), realização de parto em ambiente seguro, além de atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.

Em relação ao parto e nascimento, algumas medidas têm sido consideradas importantes para a melhoria da assistência. Uma delas refere-se à incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes assistenciais de hospitais/maternidades e/ou nos Centros de Partos Normais, como um passo importante para a construção do modelo colaborativo, em consonância com a política da humanização.

Nesse sentido, reitera-se a importância da capacitação/aprimoramento de enfermeiras obstétricas que atuam em hospitais/maternidades, de forma a instrumentalizá-las, buscando resgatar e fortalecer sua prática, para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão.

Em Belo Horizonte/MG, experiências de dois serviços, em particular, têm sido destacadas pela inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento. Um deles trata-se do Hospital Sofia Feldman, um Centro Colaborador do Ministério da Saúde e o outro, uma instituição de ensino, o Hospital Risoleta Neves.

Dessa forma, esse projeto propõe a realização de cursos de aprimoramento voltado a esse público de interesse, considerando a experiência que vem sendo acumulada nos dois serviços citados, visando, além da melhoria da qualidade da assistência oferecida por enfermeiras obstétricas, o fortalecimento do trabalho no modelo colaborativo e a implementação da Rede Cegonha em todo o território nacional.

2. OBJETIVO

- Realizar cursos de curto prazo para aprimoramento da assistência ao parto e nascimento, por enfermeiras obstétricas, de forma a fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém nascido, com foco na melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe, no modelo colaborativo.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver a atualização de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes da (o) Enfermeira (o) Obstétrica para a assistência ao parto e nascimento, em Hospitais/Maternidades e Centro de Parto Normal.

- Instrumentalizar enfermeiras (os) obstétricos para assistência no processo de parto e nascimento, considerando os preceitos éticos e legais da profissão e a implementação da Rede Cegonha, com enfoque no componente parto e nascimento, centrada no bem-estar da mulher, recém nascido e família.

- Identificar as potencialidades e dificuldades das enfermeiras obstétricas que participarão dos cursos de aprimoramento, de forma a apoiá-las no fortalecimento de

sua prática assistencial, por meio de acompanhamento in loco, após a realização do curso.

- Fortalecer iniciativas de hospitais/maternidades interessados na mudança do modelo assistencial na atenção ao parto e nascimento e na inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento.

3. DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Propõe-se a realização de 08 cursos de aprimoramento para 64 enfermeiras obstétricas (oito enfermeiras/curso), que atuem em instituições interessadas na mudança do modelo assistencial e na inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto e nascimento.

3.1 EMENTA CURSO:

Desenvolvimento de competências que instrumentalizem a(o) enfermeira(o) obstétrica(o), buscando resgatar e fortalecer sua prática, para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão. Implementação da Rede Cegonha no território nacional, com foco em um de seus componentes – parto e nascimento. Promoção da melhoria na atenção ao parto e nascimento e no bem estar da mulher, recém nascido e família.

3.2 REQUISITOS:

- Atuar em hospitais/maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde.

- Ter disponibilidade para realizar o Curso de Aprimoramento: dedicação exclusiva durante o período de realização Curso.

- Estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem

- Apresentar certificado de especialização em Enfermagem Obstétrica.

- Apresentar documento assinado pela(o) participante constando: interesse em participar do Curso de Aprimoramento, bem como compromisso com as atividades propostas.

- Apresentar documento formal da Direção da instituição de origem constando: interesse na participação da (o) enfermeira (o) para realização do Curso de Aprimoramento e liberação, em regime de dedicação exclusiva, durante o período de afastamento para realização do curso.

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO/ETAPAS

Os Cursos serão realizados no Hospital Sofia Feldman, com foco na assistência direta ao parto e nascimento e desenvolvidos em duas etapas.

A primeira etapa abrange os objetivos 1 e 2 do projeto. Será destinada ao aprimoramento das enfermeiras obstétricas e contará com atividades supervisionadas por preceptoras dos serviços selecionados. Esta etapa terá carga horária de 132 horas, distribuídas em duas semanas (início na segunda-feira de uma semana e término no sábado da semana seguinte), sendo 120 horas de atividades práticas e 12 horas destinados a participação em Oficinas de trabalho, que incluirão os seguintes temas: evidências científicas na assistência ao parto e nascimento, marcos políticos e legais que sustentam a prática da(o) enfermeira(o) obstétrica(o) na assistência ao parto, além da identificação das potencialidades e dificuldades relativas a essa inserção, e, de estratégias de fortalecimento e superação.

A segunda etapa abrange os objetivos 3 e 4 do projeto. Será realizada por meio de acompanhamento de duas preceptoras no Hospital Sofia Feldman, 30 dias após a realização de cada curso. Os critérios para seleção dos serviços incluídos nessa etapa serão definidos com base na identificação de potencialidades/dificuldades de cada serviço durante as Oficinas de Trabalho realizadas na primeira etapa.

Desse modo, propõe-se a realização de 08 cursos consecutivos, com intervalo de duas semanas entre eles, e o aprimoramento de 64 enfermeiras obstétricas, no total.

A primeira etapa de cada um dos Cursos será realizada, preferencialmente, na primeira quinzena de cada mês. Assim, as primeiras etapas de cada um dos cursos serão realizadas durante oito meses consecutivos, após a aprovação do projeto e liberação dos recursos. A segunda etapa será realizada nos intervalos da primeira etapa de cada Curso.

Todas as etapas serão realizadas com o acompanhamento de profissionais/tutoras da equipe de elaboração/colaboração do projeto, designadas pela Coordenação do Curso em conjunto com a Responsável Técnica de cada um dos campos de prática, considerando competências e disponibilidade.

3.3.1 1ª ETAPA: HOSPITAL SOFIA FELDMAN

Nesta etapa participarão oito enfermeiros obstetras, indicados pela Instituição interessada, com base em recomendações dos apoiadores temáticos/institucionais da estratégia Rede Cegonha. Poderão participar enfermeiras (os) obstétricas (os) de todo o território nacional.

As (os) participantes do Curso serão acompanhadas (os) por preceptores do quadro funcional das instituições, campo de aprimoramento; sendo cada dupla de participantes supervisionada diretamente por um preceptor. No HSF, as atividades serão realizadas nos seguintes setores: setor de admissão, setor de centro obstétrico, setor PPP e Centro de parto Normal (CPN).

3.1.2 2ª ETAPA: ACOMPANHAMENTO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS PELAS PRECEPTORAS NAS INSTUIÇÕES INTERESSADAS

Consistirá na presença de duas preceptoras da equipe de elaboração/colaboração do Projeto, em duas das Instituições interessadas, durante três dias, a fim de apoiar as profissionais já capacitadas, no processo de inserção das enfermeiras obstétricas em seus serviços de origem, bem como no fortalecimento da adoção de boas práticas na assistência ao parto e, no desenvolvimento do trabalho no modelo colaborativo.

Nesta etapa propõe-se apoiar os (os) enfermeiras(os) capacitados em possíveis dificuldades remanescentes na sua inserção na prática e apoiar na elaboração do plano de ação com vistas à continuidade do processo de capacitação e inserção dos enfermeiros obstetras nas maternidades e Centros de Parto Normal. Para tanto, serão programadas atividades teóricas e práticas, bem como reuniões com a direção e profissionais dos serviços.

Com relação à elaboração de um plano de ação será proposta uma reunião ampliada, recomendando-se que seja conduzida pelos apoiadores temático e institucional da Rede Cegonha e realizado em conjunto com os profissionais da Instituição interessada, Instituições de Ensino e ABENFO, além do respectivo COREN.

Um relatório será apresentado por cada dupla de preceptoras após as visita/atividades de acompanhamento nas instituições selecionas.

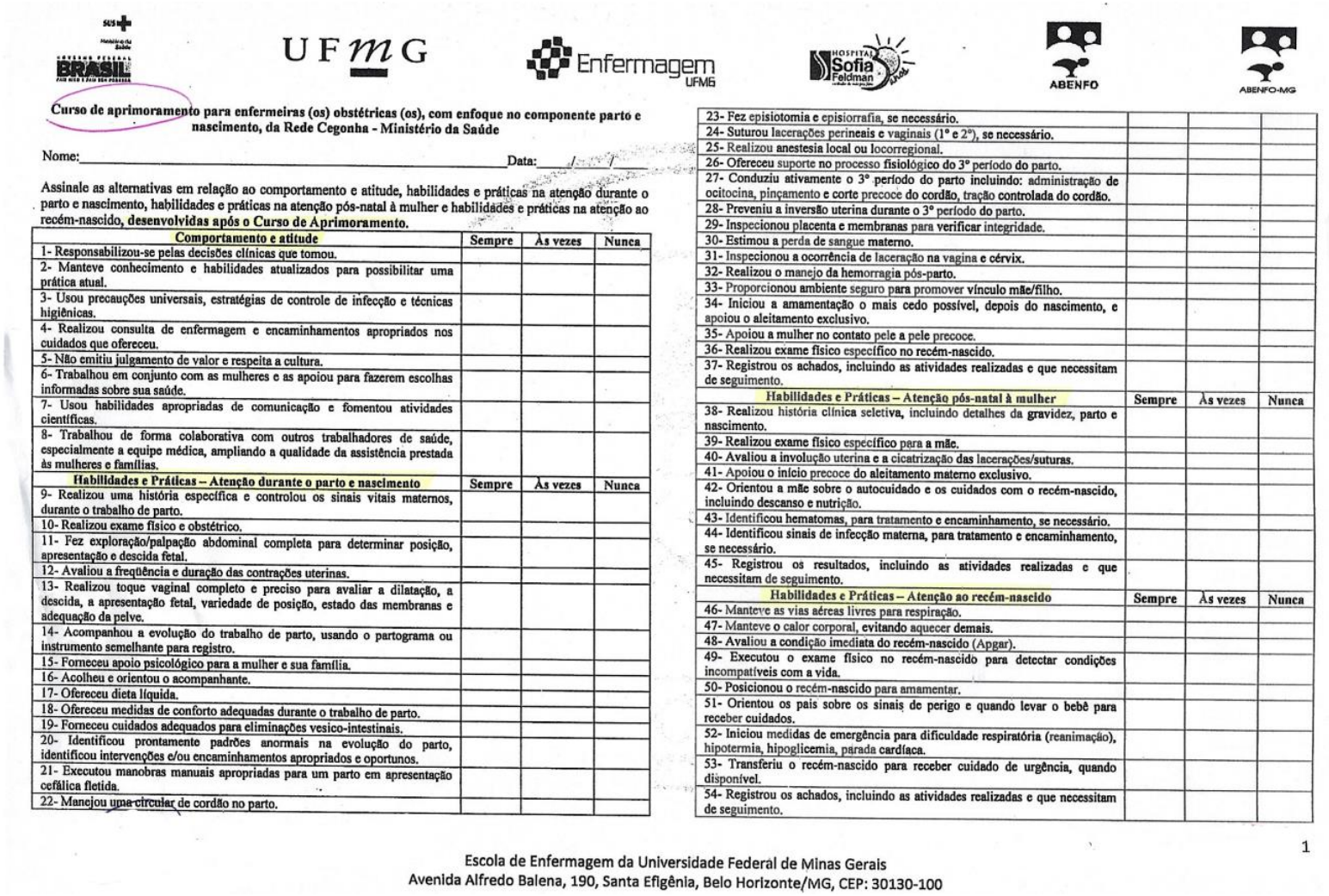
4. CRONOGRAMA

ETAPAS	MES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Elaboração do site. Identificação das instituições interessadas e inscrições das participantes.										
Curso 1 - Etapa 1. Avaliação das atividades. Inscrições Grupo 2. Identificação das instituições - Etapa 2.										
Curso 2 - Etapa 1. Avaliação Curso 2. Visita às instituições - Grupo 1- Etapa 2. Inscrições Curso 3										
Curso 3 - Etapa 1. Avaliação Curso 3. Visita às instituições - Grupo 2- Etapa 2. Inscrições Curso 4.										
Curso 4 - Etapa 1. Avaliação Curso 4. Visita às instituições - Grupo 3- Etapa 2. Inscrições Curso 5.										
Curso 5 - Etapa 1. Avaliação Curso 5. Visita às instituições - Grupo 4- Etapa 2. Inscrições Curso 6.										
Curso 6 - Etapa 1. Avaliação Curso 6. Visita às instituições - Grupo 5- Etapa 2. Inscrições Curso 7.										
Curso 7 - Etapa 1. Avaliação Curso 7. Visita às instituições - Grupo 6- Etapa 2. Inscrições Curso 8.										
Curso 8 - Etapa 1. Avaliação Curso 8. Visita às instituições - Grupo 7- Etapa 2.										
Visita às instituições - Grupo 8- Etapa 2.										
Elaboração de relatório final.										

REFERÊNCIAS

1. Victora CG. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011;377(9780):1863-76. Epub 2011 May 9.
2. Reis ZSN, Pereira AC, Correia RJC, Freitas JAS, Cabral ACV, Bernardes J. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2011;33:234-9.
3. Brasil. Sistema de Informática do SUS. Brasília2011; Available from: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS.
4. Brasil. Manual dos comitês de mortalidade materna. In: Saúde SdAà, editor. 3a. ed. Brasília2007. p. 104.
5. Domingues RMSM, Santos EMD, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:S52-S62.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, 189p.
7. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p. 699-705, 2005.

ANNEXE 42 : développement des compétences professionnelles dans le cadre de l'*Aprimoramento*



Curso de aprimoramento para enfermeiras (os) obstétricas (os), com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha - Ministério da Saúde

Nome:_____ Data:__/__/__

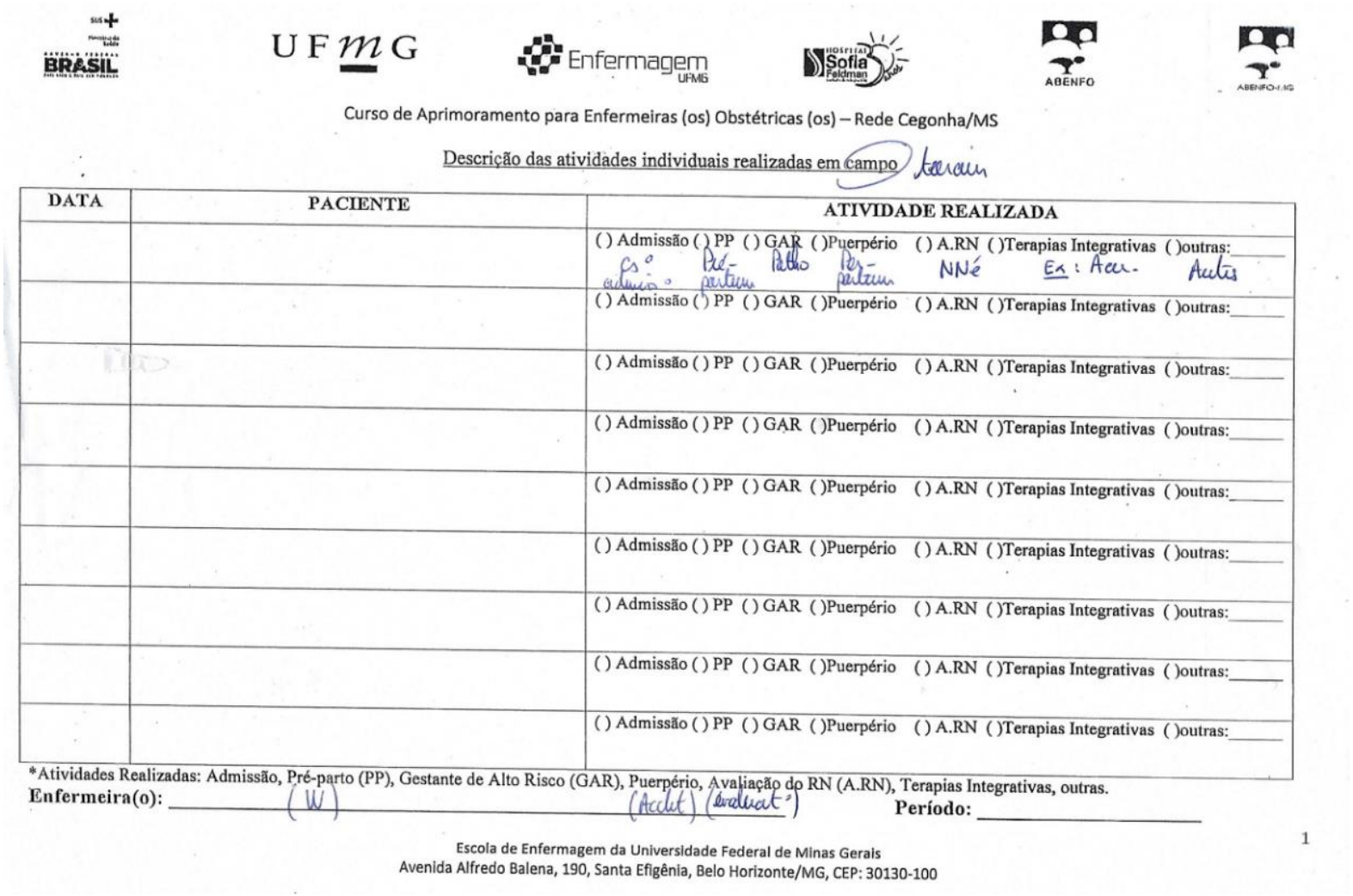
Assinale as alternativas em relação ao comportamento e atitude, habilidades e práticas na atenção durante o parto e nascimento, habilidades e práticas na atenção pós-natal à mulher e habilidades e práticas na atenção ao recém-nascido, **desenvolvidas após o Curso de Aprimoramento.**

Comportamento e atitude	Sempre	Às vezes	Nunca
1- Responsabilizou-se pelas decisões clínicas que tomou.			
2- Manteve conhecimento e habilidades atualizados para possibilitar uma prática atual.			
3- Usou precauções universais, estratégias de controle de infecção e técnicas higiênicas.			
4- Realizou consulta de enfermagem e encaminhamentos apropriados nos cuidados que ofereceu.			
5- Não emitiu julgamento de valor e respeita a cultura.			
6- Trabalhou em conjunto com as mulheres e as apoiou para fazerem escolhas informadas sobre sua saúde.			
7- Usou habilidades apropriadas de comunicação e fomentou atividades científicas.			
8- Trabalhou de forma colaborativa com outros trabalhadores de saúde, especialmente a equipe médica, ampliando a qualidade da assistência prestada às mulheres e famílias.			
Habilidades e Práticas – Atenção durante o parto e nascimento	**Sempre**	**Às vezes**	**Nunca**
9- Realizou uma história específica e controlou os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto.			
10- Realizou exame físico e obstétrico.			
11- Fez exploração/palpação abdominal completa para determinar posição, apresentação e descida fetal.			
12- Avaliou a freqüência e duração das contrações uterinas.			
13- Realizou toque vaginal completo e preciso para avaliar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e adequação da pelve.			
14- Acompanhou a evolução do trabalho de parto, usando o partograma ou instrumento semelhante para registro.			
15- Forneceu apoio psicológico para a mulher e sua família.			
16- Acolheu e orientou o acompanhante.			
17- Ofereceu dieta líquida.			
18- Ofereceu medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.			
19- Forneceu cuidados adequados para eliminações vesico-intestinais.			
20- Identificou prontamente padrões anormais na evolução do parto, identificou intervenções e/ou encaminhamentos apropriados e oportunos.			
21- Executou manobras manuais apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.			
22- Manejou uma circular de cordão no parto.			
23- Fez episiotomia e episiorrafia, se necessário.			
24- Suturou lacerações perineais e vaginais (1° e 2°), se necessário.			
25- Realizou anestesia local ou locorregional.			
26- Ofereceu suporte no processo fisiológico do 3° período do parto.			
27- Conduziu ativamente o 3° período do parto incluindo: administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão, tração controlada do cordão.			
28- Preveniu a inversão uterina durante o 3° período do parto.			
29- Inspecionou placenta e membranas para verificar integridade.			
30- Estimou a perda de sangue materno.			
31- Inspecionou a ocorrência de laceração na vagina e cérvix.			
32- Realizou o manejo da hemorragia pós-parto.			
33- Proporcionou ambiente seguro para promover vínculo mãe/filho.			
34- Iniciou a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiou o aleitamento exclusivo.			
35- Apoiou a mulher no contato pele a pele precoce.			
36- Realizou exame físico específico no recém-nascido.			
37- Registrou os achados, incluindo as atividades realizadas e que necessitam de seguimento.			
Habilidades e Práticas – Atenção pós-natal à mulher	**Sempre**	**Às vezes**	**Nunca**
38- Realizou história clínica seletiva, incluindo detalhes da gravidez, parto e nascimento.			
39- Realizou exame físico específico para a mãe.			
40- Avaliou a involução uterina e a cicatrização das lacerações/suturas.			
41- Apoiou o início precoce do aleitamento materno exclusivo.			
42- Orientou a mãe sobre o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, incluindo descanso e nutrição.			
43- Identificou hematomas, para tratamento e encaminhamento, se necessário.			
44- Identificou sinais de infecção materna, para tratamento e encaminhamento, se necessário.			
45- Registrou os resultados, incluindo as atividades realizadas e que necessitam de seguimento.			
Habilidades e Práticas – Atenção ao recém-nascido	**Sempre**	**Às vezes**	**Nunca**
46- Manteve as vias aéreas livres para respiração.			
47- Manteve o calor corporal, evitando aquecer demais.			
48- Avaliou a condição imediata do recém-nascido (Apgar).			
49- Executou o exame físico no recém-nascido para detectar condições incompatíveis com a vida.			
50- Posicionou o recém-nascido para amamentar.			
51- Orientou os pais sobre os sinais de perigo e quando levar o bebê para receber cuidados.			
52- Iniciou medidas de emergência para dificuldade respiratória (reanimação), hipotermia, hipoglicemia, parada cardíaca.			
53- Transferiu o recém-nascido para receber cuidado de urgência, quando disponível.			
54- Registrou os achados, incluindo as atividades realizadas e que necessitam de seguimento.			

1

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP: 30130-100

ANNEXE 43 : journal de bord de l'activité des professionnels dans le cadre de l'*Aprimoramento*



Curso de Aprimoramento para Enfermeiras (os) Obstétricas (os) – Rede Cegonha/MS

Descrição das atividades individuais realizadas em campo

DATA	PACIENTE	ATIVIDADE REALIZADA
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____ Cs° Pré- Patho Pós- NNé Ex: Acu. Aulas admis° parturn parturn
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____
		( ) Admissão ( ) PP ( ) GAR ( )Puerpério ( ) A.RN ( )Terapias Integrativas ( )outras:_____

*Atividades Realizadas: Admissão, Pré-parto (PP), Gestante de Alto Risco (GAR), Puerpério, Avaliação do RN (A.RN), Terapias Integrativas, outras.

Enfermeira(o): _____ (W) (Acclut) (evolucat°) **Período:** _____

1

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP: 30130-100

CURSO DE APRIMORAMENTO DE ENFERMEIRAS (OS) OBSTÉTRICAS (OS)

REGISTRO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Data:_____ Nome da mulher: _____Idade: _____

G___ PN___ PC___ A___ DUM:_____ IG:_____ DPP:_____ Plano de parto: ( ) Sim ( ) Não

Pré-natal nº de consultas: _____ Intercorrências: ( ) Sim ( ) Não Quais: _____

Dados Vitais - PA: _____mmHgFC:_____bpm FR:_____irpm Tax: _____°C GS/Fator RH: _____UF:____

Dilatação na admissão: _____ BR na admissão: Sim ( ) Não ( ) BCF: _____DU:_____

Trabalho de parto espontâneo: ( ) Sim ( )Não Contrações na admissão: Sim ( ) Não ( )

Indução ( ) Sim ( ) Não ( ) Misoprostol ( ) Ocitocina ( ) Ambos ( ) Outro: _____ Motivo/Indicação: _____

Uso de ocitocina intra-parto ( ) Não ( ) Sim Motivo: _____

Métodos não farmacológicos para alívio da dor indicado/utilizados: ( )Chuveiro ( )Deambulação ( )Massagem ( )Ingestão de líquidos

( )Outros, quais?_____

Presença de doula : ( )Sim ( )Não Acompanhante: ( )Sim ( )Não – Quem? _____

Analgesia: ( )Sim ( )Não – Indicação: ( )Profissional ( )Desejo da parturiente

RAM: ( )Sim ( )Não - Característica do líquido:_____Motivo RAM: _____

Tipo de parto: ( ) Parto normal ( ) Cesariana intra-parto ( ) fórceps/Vácuo Horário: _____Indicação:_____

Dequitação da placenta por manejo ativo ( ) Sim ( ) Não Intercorrências _____

Assistência ao Rn

Descrição do atendimento ao RN: ( ) Posicionado no ventre materno ( ) Aspiração ( ) Secagem ( ) Credê ( ) Kanakion ( ) Sondagem gástrica ( ) Colocado no seio materno ( ) Orientações do RN à mãe APGAR: 1'_____ 5'_____

Secção do cordão: ( )Oportuno ( )Tardia ( ) Precoce Motivo:_____ Realizado por: _____

Contato pele a pele na 1ª hora: ( )Sim ( )Não Amamentou na primeira hora de vida: ( )Sim ( )Não

Descrição Breve do Parto/Intercorrências:

_____

_____

Orientações à mulher sobre recuperação no puerpério ( ) Sutura ( ) Mama ( ) Sangramento ( ) Sinais de infecção ( ) Prática sexual

Você vivenciou alguma nova experiência neste parto? ( )Sim ( )Não Qual? Qual?

_____

Equipe: _____

APRIMORANDA(O): _____Preceptor: _____

1

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP: 30130-100

ANNEXE 44 : étude de cas clinique dans le cadre de l'*Aprimoramento*

UFMG

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER – MS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS – MINAS GERAIS

ROTEIRO INSTRUCIONAL PARA A ELABORAÇÃO DO ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Objetivo: realizar um estudo de caso levantando as singularidades dos problemas e necessidades da parturiente, recém nascido e família a fim e elaborar um plano de cuidados que possa solucionar/ reverter os problemas identificados.

Componentes do roteiro para coleta.

(1) Questões norteadoras;
Em geral, usamos as seguintes questões: *quê? quem? como? porquê?* e *qual? quem* é a pessoa envolvida no caso ou qual é o lugar que está sendo estudado?;
- o *que* aconteceu? ou *qual* é o problema?;
- *como* aconteceu?
- *por que* aconteceu?;
- *quais* as alternativas para solucionar ou amenizar os problemas identificados?
- as necessidades apresentadas foram atendidas?
- que soluções ou alternativas estão sendo propostas?

É importante que, ao final do estudo de caso, todas essas questões sejam esclarecidas.

(2) Investigação- É aconselhável que o instrumento de coleta seja pautado em uma teoria de enfermagem
Consiste na fase de coleta de informações, que deve ser realizada, utilizando-se várias fontes de informação (Entrevista, observação, exame físico completo e detalhado, exames complementares por ex: Ultra Som obstétrico , exames laboratoriais, prontuário do paciente, familiares, etc).
OBS: Evitar inferência na coleta de informações

(3) Resumo dos problemas ou alterações identificados
Essa fase consiste em analisar e categorizar os dados para o levantamento de problemas de enfermagem. Deve constar um resumo das alterações identificadas nos diversos sistemas ou necessidades básicas, dependendo do referencial teórico adotado.

(4) Fundamentação teórica
Fundamental o aprofundamento da fisiopatologia, procurando buscar informações que justifiquem as alterações ou problemas identificados. Responder *como*? e *por quê*? a situação está ocorrendo.
OBS: Faça um exercício de tentar justificar todos os sinais e sintomas da paciente de acordo com a fisiopatologia apresentada

(5) Alternativas ou propostas
Buscar na literatura as estratégias ou alternativas existentes **(baseado no manual de boas práticas)** para a resolução dos problemas identificados e ajudar na tomada de decisões.

(6) Ações implementadas ou recomendas
Descrição da alternativa escolhida para reverter ou amenizar os problemas identificados, justificando o porquê da escolha. Acompanhamento e evolução do caso.
OBS: lembre das singularidades de cada paciente .

(7) Discussão e avaliação
Apresentação e discussão do estudo de caso com outros profissionais. Objetiva envolver os profissionais no caso estudado, incentivar um processo de pensamento e julgamento, levantando discussões que irão determinar outras propostas e troca de experiências, resultando em um processo de decisão e avaliação.
OBS: Tente fazer o exercício da interdisciplinaridade, ressaltando a integralidade do cuidado.

Figura 8.1: Esboço para a adoção de um pensamento crítico

Pense na seguinte situação...
- O que resultou conforme o seu plano de gestão?
- Quais os assuntos que lhe preocuparam ou que lhe fizeram sentir incômodo?
- O que você fez quando esse problema ou dificuldade surgiu?
- O que você poderia ter feito de maneira diferente, que poderia ter gerado um resultado diferente?
- Se você tivesse tido algo mais a mão (por exemplo, uma pessoa, um equipamento, um insumo em particular) como este fator poderia ter mudado o resultado dessa situação? Se você tivesse podido dispor disso, como teria lhe ajudado?
- Se você pudesse voltar a tomar uma decisão, qual seria essa nova decisão?
- Que diferença isso teria feito neste caso?.

Referências:

1- Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):371-5.
2- Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Conjunto de Ferramentas para o fortalecimento da Parteria nas Américas. 3 ed. Montevidéu: CLAP/SMR; 2013. (CLAP/SMR. Publicação Científica; 1599). © Organização Panamericana da Saúde, 2013.

ANNEXE 45 : plan d'action dans le cadre de l'*Aprimoramento*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER – MS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS – MINAS GERAIS

Roteiro do plano de ação para o Curso de Aprimoramento de enfermeiros obstétricos

1. Identificação

- Maternidade:
- Município e Estado:
- Tipo de serviço:
- Período de vigência do Plano Local
-

2. Contextualização

Recomendação: Contextualizar o cenário da maternidade, apontar as potencialidades e fragilidades a serem desenvolvidas em relação ao objetivo do curso.

Objeto do curso: Desenvolvimento de competências que instrumentalizem a(o) enfermeira(o) obstétrica(o), buscando resgatar e fortalecer sua prática, para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão.

3. Plano de ação : EIXOS DE BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO

Recomendação: Descrever as estratégias e como serão realizadas, apontar desafios, definir prazo e responsabilidades

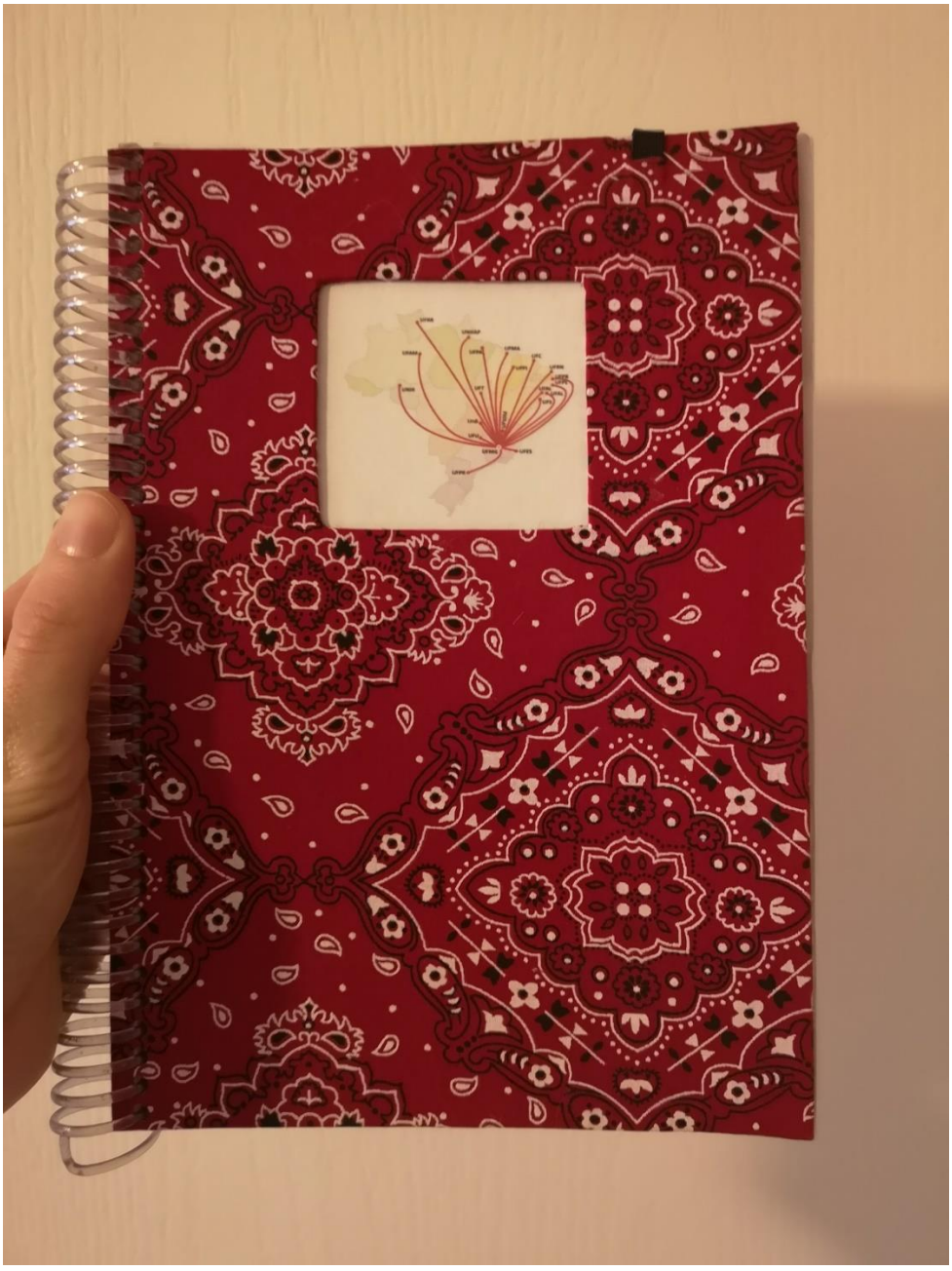
DIRETRIZES E SEUS FOCOS	PRINCIPAIS DESAFIOS	REALIZAÇÃO DAS AÇÕES	RESPONSÁVEIS	PRAZO

4. Monitoramento e Avaliação das ações realizadas

Recomendação : Atentar para acompanhamento dos indicadores ; Realizar e descrever estratégias sistemáticas e periódicas de monitoramento e avaliação , Vigilância de óbito materno e infantil.

ANNEXE 46 : le *CEEO II*, un dispositif de formation initiale professionnalisant

Voici le journal de bord que les étudiantes du *CEEO II* reçoivent lors de l'inauguration de leur formation. Il a vocation à devenir un journal de réflexion et à les accompagner tout au long de leur formation.



Cara (o) especializanda (o),

Você está recebendo um pequeno caderno que deverá se transformar no seu **Diário de Reflexão** no decorrer de sua formação no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

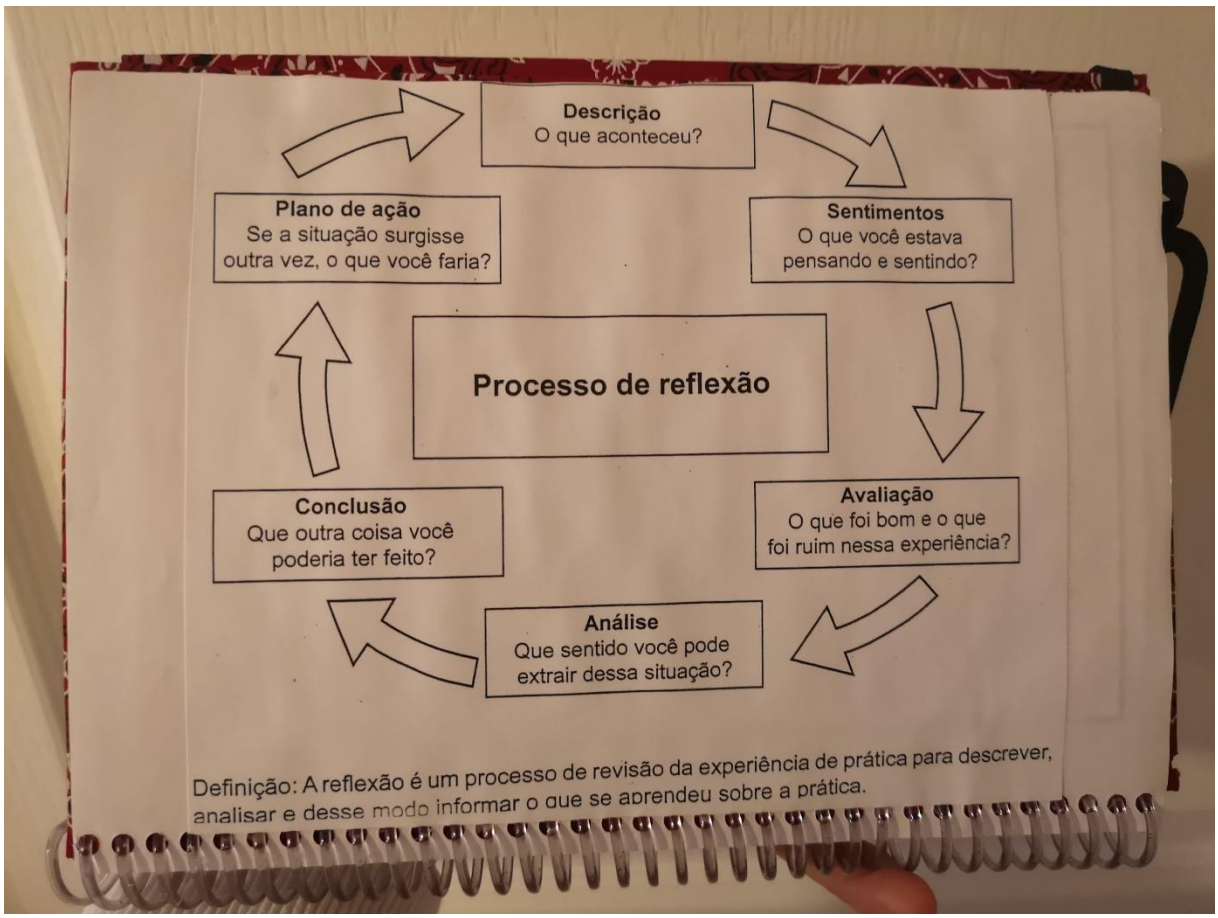
O Diário de Reflexão é um instrumento de aprendizagem e avaliação que tem como finalidade incentivar o especializando a ir registrando, paulatinamente, o resultado de suas reflexões, de suas conclusões, de suas próprias sínteses, incluindo suas dúvidas, inquietações, percepções e avaliações de todo processo vivenciado no curso. Cada diário terá a sua marca, seu jeito próprio de registrar, com reflexões próprias, baseadas em suas experiências, de vida pessoal e profissional.

Este modo de aprendizagem exige que os estudantes levem diários de reflexão durante sua prática clínica e que selecionem incidentes para submetê-los a uma análise crítica nos grupos quando estiverem em classe, ou com docentes em grupos tutoriais pequenos ou individuais. Levar um diário de reflexão permite ao indivíduo revisar os padrões de comportamento que forem característicos de suas respostas individuais diante das situações. Este processo de revisão interna, combinado com a retroalimentação recebida de outros que observaram um evento ou ação em particular, oferece a oportunidade de se obter uma perspectiva mais ampla sobre como os outros percebem os padrões de resposta sócio emocionais de um indivíduo e, talvez, identificar enfoques melhores (menos emocionais ou mais reflexivos). A reflexão como processo também pode ser promovida durante o trabalho de estudo de casos e outras atividades da sala de aula (CLAP, 2013, p.111 – Conjunto de Ferramentas para o Fortalecimento da Obstetrícia).

Recomendamos que as reflexões anotadas por você sejam compartilhadas em reuniões semanais com os colegas, preceptores e enfermeiros do campo de prática e em reuniões mensais com os colegas, docentes e coordenadores do Curso.

Desejamos que este processo de aprendizagem seja um motivador e transformador da sua prática profissional gerando mudanças significativas na assistência obstétrica. Lembre-se que a formação-intervenção é o referencial estruturante do CEEO – Rede Cegonha.

Abraços a todos!


Descrição
O que aconteceu?
Sentimentos
O que você estava pensando e sentindo?
Avaliação
O que foi bom e o que foi ruim nessa experiência?
Análise
Que sentido você pode extrair dessa situação?
Conclusão
Que outra coisa você poderia ter feito?
Plano de ação
Se a situação surgisse outra vez, o que você faria?
Processo de reflexão
Definição: A reflexão é um processo de revisão da experiência de prática para descrever,
analisar e desse modo informar o que se aprendeu sobre a prática.

ANNEXE 47 : référentiel de formation initiale de la *Residência* pour les médecins se spécialisant en Obstétrique et en Gynécologie au Brésil

RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

I. OBJETIVOS

Geral

Tornar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação.

Específicos

1. Conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e socioeconômico-culturais que interferem na saúde da mulher.
2. Desenvolver conhecimentos para o adequado entendimento da relação entre alterações psíquicas e distúrbios tocoginecológicos.
3. Praticar assistência pré-natal em todos os níveis.
4. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais intercorrências clínicas e obstétricas.
5. Aprimorar o conhecimento e as habilidades para a assistência ao parto e puerpério.
6. Adquirir habilidades para a prática adequada da Obstetrícia operatória (Tocurgia).
7. Diagnosticar e tratar as complicações clínicas e cirúrgicas mais freqüentes em Obstetrícia.
8. Diagnosticar e tratar as urgências e emergências obstétricas e ginecológicas.
9. Desenvolver conhecimentos e habilidades em medicina intensiva, relacionados às afecções obstétricas e ginecológicas.
10. Desenvolver conhecimentos em medicina fetal; habituar-se ao diagnóstico ultra-sonográfico das principais afecções fetais.
11. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções ginecológicas, incluindo ginecologia infanto-puberal, distúrbios endocrinológicos, DST/AIDS, patologia do trato genital inferior, algia pélvica, endometriose, climatério e doenças da mama.

12. Desenvolver conhecimentos e habilidades em reprodução humana, incluindo planejamento familiar e infertilidade.

13. Adquirir habilidades em cirurgias ginecológicas e mamárias, para o tratamento das doenças benignas e malignas.

14. Adquirir conhecimentos em procedimentos especializados em Ginecologia, como colposcopia, laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, mamografia, uroginecologia e urodinâmica.

15. Capacitar na prevenção e diagnóstico das neoplasias malignas ginecológicas e da mama, e tornar-se apto a estabelecer um planejamento terapêutico adequado particularmente nos estádios iniciais, bem como conhecer a sua evolução prognóstica.

16. Diagnosticar e tratar as complicações cirúrgicas mais freqüentes em Ginecologia.

17. Desenvolver conhecimentos em diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia.

18. Desenvolver conhecimentos relacionados a responsabilidade ética e profissional.

II. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

O primeiro ano deve ser mais voltado à formação obstétrica, desenvolvendo uma atuação intensa em Obstetrícia, em particular em pré-natal de baixo risco, pronto atendimento obstétrico, centro obstétrico, neonatologia, alojamento conjunto, ambulatório de revisão puerperal e iniciar a atividade em ultra-sonografia e em ginecologia, nas áreas de ambulatório geral de Ginecologia, planejamento familiar, enfermaria e centro cirúrgico. É recomendável treinamento em cirurgia geral.

No segundo ano, a formação contempla mais a área de Ginecologia, com atuação em ambulatórios especializados (ginecologia endócrina, patologia do trato genital inferior, climatério, uroginecologia, ginecologia de adolescentes e infertilidade), pronto atendimento ginecológico e atividades cirúrgicas de Ginecologia (com porte diferenciado de cirurgias). Na área obstétrica o residente de segundo ano atuaria em pré-natal de alto risco, pré-natal de adolescentes e no Centro Obstétrico. Iniciaria também sua formação em Oncologia Ginecológica, freqüentando ambulatórios de Patologia Cervical, de Patologia Mamária, Oncologia Ginecológica e Centro Cirúrgico. Continuará seu aperfeiçoamento em ultra-sonografia.

No terceiro ano deve continuar a atuar na área de gravidez de alto risco, participar de ambulatórios especializados de Obstetrícia, freqüentar Centro Obstétrico, freqüentar ambulatórios de mastologia e de oncologia pélvica, ter aprendizado em endoscopia ginecológica e complementar sua formação em todos os ambulatórios especializados de Ginecologia. Deve ter treinamento no atendimento de pacientes graves e concluir seu aprendizado básico de ultra-sonografia. Nesses três anos a formação teórica deve ser feita por meio de aulas expositivas e na forma de reuniões e debates clínicos, bem como em reuniões para discussão de artigos científicos e de revisão de temas e protocolos, que podem ser organizadas e apresentadas pelos próprios residentes, com a presença de integrantes do corpo de ensino do serviço.

Os Programas de Residência Médica deverão ter duração mínima de três anos, com possibilidade de anos opcionais na dependência da capacidade do serviço que oferece o Programa, desde que credenciados pela CNRM. O mesmo número de vagas de R1 estará disponível para os residentes de 2º e 3º anos, ocupadas automaticamente pelos que completaram o 1º e 2º ano de residência, respectivamente, sempre que tenham alcançado um rendimento acadêmico considerado adequado, mediante nota que será conferida em cada estágio e através de provas específicas.

a) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO TEÓRICO

Deve abranger os tópicos referentes a gravidez normal e patológica, a assistência a parto normal e distócico, assim como a ginecologia geral e especializada, além de temas relacionados aos avanços da especialidade, discussões éticas, bioéticas e da atuação do profissional.

1. Aulas Teóricas em Obstetrícia

Programa teórico em Obstetrícia, abrangendo aulas expositivas sobre Obstetrícia Normal; Aspectos Preventivos Obstétricos; Intercorrências Clínicas na Gestação; Lactação; Anticoncepção Puerperal; Patologias Obstétricas e Puerperais; Cirurgia Obstétrica e Tocurgia; Emergências Obstétricas; Terapia Fetal; Aspectos Éticos e Responsabilidade Médica; Artigos de Atualização.

Recomendação de temas de Obstetrícia para o conteúdo teórico:

01. Embriologia e desenvolvimento fetal
02. Modificações fisiológicas da gestação
03. Endocrinologia do ciclo gravídico-puerperal
04. Diagnóstico da gravidez/Propedêutica clínica e laboratorial
05. Abortamento espontâneo
06. Abortamento habitual
07. Abortamento infectado e choque séptico (de causa obstétrica)
08. Gestação ectópica
09. Doença trofoblástica gestacional
10. Assistência pré-natal normal e alto risco
11. Assistência ao parto
12. Avaliação da idade gestacional e maturidade fetal
13. Avaliação da vitalidade fetal
14. Indução e condução ao parto
15. Assistência ao puerpério
16. Puerpério patalógico (infecção, hemorragia,etc.)
17. Distocias mecânicas
18. Prematuridade
19. Gestação prolongada
20. Discinesias
21. Apresentações anômalas
22. Gemelidade
23. Isoimunização ao Fator Rh
24. Sofrimento fetal agudo
25. Ruptura prematura das membranas
26. DPP, Placenta prévia, Ruptura uterina
27. Hipertensão na gestação
28. Avaliação do crescimento fetal e crescimento intra-uterino retardado
29. Coagulopatias
30. Morte fetal intra-útero
31. Diabetes na gestação

32. Infecções pré-natais não viróticas
33. Interrupção da Gestação
34. Infecções pré-natais viróticas
35. Cardiopatias na gestação
36. Terapêutica medicamentosa na gestação
37. Nefropatias na gestação
38. Noções gerais: cardiotocografia, ultra-sonografia e dopplervelocimetria.

2. *Aulas Teóricas em Ginecologia*

Programa em Ginecologia/Oncologia Ginecológica, abrangendo aulas expositivas sobre Ginecologia Geral; Aspectos Preventivos Ginecológicos e Oncológicos; Planejamento Familiar; Patologia do Trato Genital Inferior, Esterilidade e Infertilidade; Reprodução Humana Assistida; Ginecologia Endócrina; Climatério; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Cirurgia Ginecológica e Laparoscópica; Mastologia, Oncologia Ginecológica; Terapêutica Oncológica; Cirurgia Oncológica; Artigos de Atualização.

Recomendação de temas de Ginecologia para o conteúdo teórico:
01. Embriologia e anatomia do aparelho urogenital feminino
02. Fisiologia menstrual – controle neuroendócrino
03. Esteroidogenese
04. Semiologia ginecológica
05. Desenvolvimento puberal normal e anormal
06. Malformações genitais
07. Planejamento familiar – Métodos anticoncepcionais
08. Amenorréias
09. Sangramento genital
10. Hemorragia uterina disfuncional
11. Vulvovaginites
12. Doenças sexualmente transmissíveis
13. Doença inflamatória pélvica
14. Dor pélvica crônica
15. Incontinência urinária
16. Miomatose uterina
17. Endometriose
18. Dismenorréia
19. Síndrome Pré-Menstrual
20. Climatério
21. Patologias Benignas da Mama
22. Infertilidade conjugal
23. Sexualidade
24. Doenças malignas da mama
25. Propedêutica mamária
26. Câncer de colo uterino
27. Câncer de endométrio
28. Tumores anexiais

29. Câncer de ovário
30. Câncer de vulva
30. Outros tumores ginecológicos
31. Técnica cirúrgica
32. Complicações pós-operatórias
33. Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos
34. Endoscopia ginecológica – procedimentos histeroscópicos
35. Endoscopia ginecológica – procedimentos laparoscópicos
36. Técnicas diagnósticas e terapêuticas em uroginecologia

3. *Temas de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia*

Programa teórico compreendendo temas de revisão, atualização e pesquisa, relacionados à atividade do tocoginecologista, sendo ministrada na forma de reunião semanal. Apresentação de palestras por médicos tocoginecologistas e de outras especialidades, além de profissionais não médicos, abordando temas de interesse à saúde da mulher.

Para cumprir tal conteúdo, os programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia poderão utilizar:

- Aulas teóricas
- Discussões de casos clínicos, coordenados pelos preceptores.
- Sessões de treinamento em temas da prática tocoginecológica,
- Seminários
- Reuniões de Revisão Bibliográfica
- Reuniões Clínicas
- Sessões anátomo-clínicas
- Educação à distância
- Participação em eventos científicos e de atualização da especialidade

4. Cursos sugeridos para o Residente de Obstetrícia e Ginecologia

- Bioética e Ética Médica
- Metodologia de Pesquisa, Epidemiologia e Bioestatística
- Controle de Infecção Hospitalar
- Colposcopia
- Técnica Cirúrgica
- AMIU
- Emergências Obstétricas e Ginecológicas
- Sexologia

- Endoscopia ginecológica
- Medicina Baseada em Evidências
- Legislação Trabalhista
- Responsabilidade Médica

5. *Outras atividades sob orientação e supervisão*

- Discussão com supervisão docente dos casos atendidos nos ambulatórios.
- Discussão didática, em visita às enfermarias, de todos os casos internados.
- Supervisão docente nas cirurgias obstétricas, ginecológicas e oncológicas.
- Participação em pesquisas, com supervisão docente.
- Atividades teóricas em cursos/ congressos/ jornadas/ debates etc., desde que haja comprovação de participação do médico residente.

b) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO PRÁTICO E TEÓRICO-PRÁTICO

Objetivos Específicos R1

1. **Atendimento em Atenção Primária**: atendimento em Obstetrícia e Ginecologia, praticando assistência pré-natal e ao puerpério, atendimento ginecológico, planejamento familiar e atuando em saúde preventiva em Obstetrícia e Ginecologia. Sugere-se oferecer treinamento em gestão e administração em saúde da mulher. Propiciar treinamento em atenção primária em Obstetrícia e Ginecologia

   O Programa de Treinamento deverá:

   - Preparar o médico residente de primeiro ano para acompanhar a evolução de uma gestação de baixo risco, realizando história clínica, exame físico geral, ginecológico e obstétrico e interpretando exames complementares. Avaliação de vitalidade fetal clínica. Diagnóstico dos desvios de normalidade.
   - Preparar o médico residente para o atendimento puerperal tardio com aconselhamento de futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional. Reconhecimento da fisiologia do período puerperal tardio. Involução das modificações gravídicas locais e gerais. Retorno à fertilidade. Amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Inserção de DIU. Acompanhamento de situações anormais durante o puerpério.
   - Preparar o médico residente para o atendimento ginecológico geral de diagnóstico e prevenção de afecções genitais femininas clínicas e cirúrgicas. Terapêutica medicamentosa e cirúrgica simples são implementadas com enfoque teórico e prático.
   - Capacitar o médico residente em todos os procedimentos relacionados ao uso de métodos contraceptivos, incluindo inserção de DIU e outros dispositivos, administração de injetáveis e hormonais orais assim como métodos de barreira e outros.

- Capacitar o médico residente na prevenção e diagnóstico precoce do câncer ginecológico e mamário, através da realização do exame ginecológico e mamário, interpretação da citologia oncótica, treinamento na realização de exames preventivos, incluindo colposcopia, e na solicitação de exames mamográficos.

2. **Urgência e Emergência**: atendimento às queixas e intercorrências agudas durante o ciclo grávido-puerperal, bem como a situações de urgência e emergência em Obstetrícia e Ginecologia. Capacitar o médico residente no atendimento às queixas comuns das gestantes e puérperas. Avaliação do trabalho de parto e trabalho de parto prematuro. Propedêutica e terapêutica das situações mais comuns de queixas ginéco-obstétricas: infecção do trato urinário, sangramento vaginal, abortamento, amniorrexe prematura, alteração de movimentação fetal, gravidez pós-termo, infecções vaginais, violência sexual, dor pélvica, etc. Avaliação e propedêutica de idade gestacional e vitalidade fetal. Diagnóstico do trabalho de parto para internação hospitalar. Atendimento às urgências obstétricas. Avaliação de intercorrências clinicas na gestação que demandem consultas em pronto socorro. Atendimento de distúrbios puerperais tardios.

3. **Unidade de Internação**: prestação de cuidados a pacientes internadas. Capacitar o médico residente na condução do atendimento a mulheres no período puerperal imediato. Puerpério normal. Fisiologia e assistência: conceito e duração, classificação, fenômenos involutivos locais e modificações gerais no puerpério. Assistência ao puerpério normal. Lactação – fisiologia e assistência: Distúrbios da amamentação. Supressão da lactação. Lactação e contracepção. Patologia do puerpério. Infecção puerperal: Abordagem etiológica e sindrômica. Formas clínicas. Diagnóstico e tratamento. Assistência e condução de pós-operatórios complicados. Hemorragias puerperais: diagnóstico e tratamento. Distúrbios tromboembólicos puerperais. Capacitar o médico residente na avaliação

dos aspectos clínicos gerais e ginecológicos para indicação de tratamento clínico e/ou cirúrgico. Cuidados pré e pós-operatórios. Distinguir evolução clínica ou cirúrgica normal de complicações.

4. **Centro Obstétrico**: realização de atendimento ao trabalho de parto e parto em situações de baixo risco obstétrico. Capacitar o médico residente no acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto e puerpério imediato de pacientes normais e patológicas. Indução de parto. Procedimentos operatórios (cesáreas, fórcipe de alívio e abreviação, laqueaduras). Interpretação de cardiotocografias anteparto e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento de puérperas. Acompanhamento da assistência ao recém-nascido em sala de parto. Possibilitar ao médico residente de primeiro ano o contato com as intercorrências clínicas dos recém-nascidos, decorrentes de afecções pré-natais, do nascimento e do período neonatal imediato.

5. **Centro Cirúrgico Geral e Ambulatorial**: treinamento em técnica cirúrgica, participação em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e pequenas cirurgias. Capacitar o médico residente para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos gerais e aplicados a doenças benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas de pequeno e médio porte, incluindo situações de urgência.

6. **Ultra-sonografia**: aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação dos resultados. Iniciar o treinamento nas técnicas de imagem utilizadas em Obstetrícia e Ginecologia, capacitando o residente de primeiro ano a realizar exames ultra-sonográficos de menor complexidade. Discussões teórico-práticas sobre a manipulação de aparelhos relacionados com a atividade do ultra-sonografista. Aspectos teóricos do exame ultra-sonográfico nas várias situações relacionadas ao diagnóstico por imagem em Tocoginecologia.

7. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia**. Realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R1	**Duração**
Atendimento na Atenção Primária/Rede Básica de Saúde	15%
Urgência e Emergência/Capacitação em Pronto Atendimento Obstétrico	15%
Unidade de Internação	10%
Centro Obstétrico	20%
Centro Cirúrgico Geral e Ambulatorial	15%
Ultra-sonografia Básica	5%
Plantão em Obstetrícia e Ginecologia	10%
Atividade Teórica	10%

1. **Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação**:

a) **Obstetrícia**: gestação de alto risco, gravidez na adolescência, revisão puerperal em situações de risco. Capacitar o médico residente na identificação e condução de atendimento pré-natal a gestantes com doenças clínicas intercorrentes e afecções obstétricas. Atendimento interdisciplinar e aconselhamento gestacional. Indicação de exames subsidiários para acompanhamento da saúde materna e fetal. Prescrição de medicamentos e outras terapêuticas clínicas ou cirúrgicas indicadas para cada situação em particular na gestação. Aconselhamento com outros clínicos e especialidades relativas às intercorrências apresentadas durante a gravidez de risco. Pretende-se:

- Permitir ao médico residente abordagem de atenção integral à grávida adolescente. Acompanhamento da gestante adolescente durante o pré-natal, enfocando a fisiologia do desenvolvimento normal da gestação e do concepto, as necessidades médicas, psicológicas e sociais da adolescente. Diagnóstico precoce, orientação e tratamento das situações anormais mais comuns em gestantes adolescentes. Avaliação do crescimento e vitalidade fetal. Orientação personalizada sobre as alterações fisiológicas, patológicas e psicológicas mais freqüentes na gestação durante a adolescência.
- Capacitar o médico residente para o atendimento puerperal tardio e remoto às adolescentes, com aconselhamento de futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional. Reconhecimento da fisiologia do período puerperal e tardio. Involução das modificações gravídicas locais e gerais. Retorno à fertilidade. Amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Inserção de DIU. Acompanhamento de situações anormais presentes durante a gestação. Internação de patologias clínicas e/ou obstétricas com o puerpério, fertilidade e anticoncepção.

- Capacitar o médico residente no acompanhamento e tratamento das intercorrências clínicas da gestação. Atendimento e acompanhamento das patologias próprias da gestação; distúrbios fetais. Visitas diárias e reuniões científicas semanais, com preparação de artigos científicos a serem apresentados pelos residentes, sob supervisão docente.

b. **Ginecologia**: conhecimentos de patologia do trato genital inferior, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, uroginecologia, ginecologia infanto-puberal, sexologia, endocrinologia ginecológica, climatério, reprodução humana, mastologia. Possibilitar, também, ao médico residente, a compreensão geral e condutas teórico-práticas no atendimento e conhecimento da fisiologia infanto-puberal, modificações fisiológicas da adolescência e problemas ginecológicos da adolescência. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no atendimento das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e vulvovaginites recorrentes. Abordagem diagnóstica clínico-laboratorial das úlceras e fluxo genital, interpretação microbiológica e sorologia das DST e AIDS. Promover o tratamento medicamentoso/cirúrgico. Acompanhamento à mulher vítima de violência sexual.
- Capacitar o médico residente na manipulação dos procedimentos propedêuticos e terapêuticos em situações de infertilidade conjugal de baixa complexidade.
- Capacitar o médico residente no entendimento da inter-relação hipotálamo-hipófise ovário. Diagnóstico e tratamento das síndromes endócrinas com repercussões em Ginecologia. Conduta nas disfunções endócrinas e infertilidade.
- Permitir ao médico residente conhecimentos teóricos e práticos de fisiopatologia do climatério, com ênfase nos aspectos clínicos, propedêutica, tratamento e principais complicações e intercorrências

próprias do climatério, fornecendo bases sólidas para manejo das pacientes.

- Indicar e interpretar exames de rastreamento e diagnóstico de doenças mamárias (mamografia, ultra-sonografia e interpretação de marcadores biológicos). Diagnosticar doenças benignas e malignas. Indicar e realizar cirurgias de pequeno porte.
- Capacitar o médico residente no atendimento a doenças oncológicas pélvicas e genitais. Diagnóstico e tratamento de afecções benignas no trato genital inferior. Diagnóstico, propedêutica de estadiamento de câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário. Avaliação, controle e tratamento de doenças trofoblásticas e coriocarcinoma. Treinamento no diagnóstico de patologias do trato genital inferior. Treinamento em colposcopia.
- Capacitar o médico residente para o atendimento pré e pós-operatório em cirurgia oncológica ginecológica e mamária: estadiamento cirúrgico do câncer de colo, vulva, endométrio, ovário e mama; diagnóstico diferencial dos tumores ginecológicos e mamários; solicitação e interpretação dos exames complementares.
- Promover ao médico residente a compreensão da cinética miccional normal e patológica. Diagnosticar e propor tratamentos medicamentosos, fisioterápicos e cirúrgicos para correção das distopias genitais e disfunções urinárias.

2. **Urgência/Emergência em Obstetrícia e Ginecologia**: atendimento às situações de urgência e emergência ginecológicas e obstétricas. Acompanhamento de pacientes graves e indicação de tratamento intensivo. Capacitar o médico residente no atendimento de urgência a pacientes com afecções ginecológicas benignas e malignas. Enfoque prático para distúrbios como: DIP, hemorragia uterina não gestacional, vulvovaginites, traumas ginecológicos, etc. Acompanhamento a casos de maior gravidade em Obstetrícia e Ginecologia em Unidade de Terapia Intensiva ou de

Cuidados Intermediários do Hospital. Atuação frente ao doente grave, com aquisição de conhecimentos em métodos propedêuticos e terapêuticos incluindo hemoterapia, tratamento dos vários estados de choque, manejo de antibioticoterapia e parada cárdio-respiratória.

3. **Centro Obstétrico**: assistência ao trabalho de parto e ao parto normal, com distócias e com complicações clínicas e obstétricas, incluindo a realização de procedimentos tocúrgicos. Capacitar o médico residente no acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto de pacientes normais e patológicas. Condução de pacientes obstétricas patológicas apresentando intercorrências relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclâmpsia, cardiopatias, nefropatias, etc). Procedimentos operatórios (cesáreas, fórcipes de rotação, partos gemelares, circlagem de colo uterino). Interpretação de cardiotocografias ante e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento cirúrgico de puérperas complicadas com complicações operatórias.

4. **Centro Cirúrgico**: participação e realização de cirurgias de pequeno e médio porte em Ginecologia (incluindo uroginecologia e oncologia), eletivas e de urgência, além de cirurgias de pequeno porte em Mastologia; participação em procedimentos vídeo-endoscópicos propedêuticos. Capacitar o médico residente, através de técnicas de complexidade progressivamente maiores, para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos aplicados a patologias benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas e de urgência. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no auxílio de cirurgias para neoplasia maligna de mama: mastectomia radical, modificadas, realização de biópsias de áreas suspeitas de mama, dirigidas por agulhamento estereotáxico. Realização de cirurgias de pequeno porte como exérese de nódulos benignos, de ductos principais, ressecção de tecido mamário ectópico.

- Capacitar o médico residente na indicação de cirurgia em paciente com câncer genital; realização de cirurgia oncológica de pequeno e médio porte.
- Transmitir conhecimentos sobre atuação em procedimentos diagnósticos vídeo-laparoscópicos e vídeo-histeroscópicos.

5. **Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia**: aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação de procedimentos de diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia e Mastologia. Dar continuidade ao treinamento nas técnicas de imagem utilizadas em Obstetrícia e Ginecologia, capacitando o residente de segundo ano a realizar exames ultra-sonográficos de complexidade média, bem como acompanhar a realização de procedimentos como agulhamento mamário, biópsias guiadas por ultra-som e interpretar mamografias e outros exames relacionados com a propedêutica mamária. Indicar e interpretar avaliação urodinâmica.

6. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia**. Capacitar o médico residente na realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R2	**Duração**
Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação: Obstetrícia	20%
Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação: Ginecologia	20%
Urgência/Emergência	15%
Centro Obstétrico	10%
Centro Cirúrgico	10%
Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia	5%

Plantão em Obstetrícia e Ginecologia	10%
Atividade Teórica	10%

1. **Ambulatórios Especializados**:
   a. **Obstetrícia/perinatologia de alto risco.** Identificação e condução de atendimento pré-natal a gestantes com doenças clínicas intercorrentes, patologias obstétricas ou anormalidades do desenvolvimento fetal. Atendimento interdisciplinar e aconselhamento gestacional. Indicação de exames subsidiários para acompanhamento da saúde materna e fetal. Prescrição de medicamentos e outras terapêuticas clínicas ou cirúrgicas indicadas para cada situação em particular na gestação. Preparo e discussão de casos clínicos em reuniões de especialistas. Revisão de literatura pertinente. Enfoque para a área de morfologia fetal. Pretende-se:

- Capacitação do médico residente no reconhecimento das principais malformações fetais, identificando grupos de risco para malformações fetais, o diagnóstico sindrômico, anatômico e etiológico, a conduta obstétrica e perinatal. Fisiologia do desenvolvimento fetal, comportamento fetal, avaliação da vitalidade e perfil biofísico fetal. Treinamento no exame ultra-sonográfico morfológico obstétrico; com utilização de dopplervelocimetria.
- Identificar a síndrome antifosfolipídica e alterações auto-imunes de importância para a reprodução.
- Capacitar o médico residente no acompanhamento e tratamento das doenças clínicas da gestação. Atendimento e acompanhamento das intercorrências próprias da gestação; distúrbios fetais. Visitas diárias e reuniões científicas semanais, com preparação de artigos científicos a serem apresentados pelos residentes, sob supervisão docente.

   b. **Ginecologia**: atendimento de pacientes com afecções relacionadas a patologia do trato genital inferior, endocrinologia ginecológica, endometriose, oncologia ginecológica, mastologia, reprodução humana,

uroginecologia. Possibilitar ao médico residente a compreensão geral e condutas teórico-práticas no atendimento e conhecimento da fisiologia infanto-puberal, modificações fisiológicas da adolescência e problemas ginecológicos da adolescência. Ênfase nos aspectos psicológicos, anticoncepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, irregularidades menstruais, distúrbios endocrinológicos, endometriose, vulvovaginites e na prevenção e tratamento de patologias mais comuns dessa faixa etária. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no entendimento das infecções sexualmente transmissíveis/AIDS e vulvovaginites recorrentes. Abordagem diagnóstica clínico-laboratorial das úlceras e fluxo genital, interpretação microbiológica e sorologia das IST e AIDS. Promover o tratamento medicamentoso/cirúrgico.
- Promover ao médico residente a compreensão da cinética miccional normal e patológica. Diagnosticar e propor tratamentos medicamentosos, fisioterápicos e cirúrgicos para correção das distopias genitais e disfunções urinárias. Investigar a disfunção miccional realizando testes de urodinâmica.
- Capacitar o médico residente na manipulação dos procedimentos propedêuticos e terapêuticos da infertilidade conjugal.
- Capacitar o médico residente no entendimento dos aspectos relativos à sexologia.
- Capacitar o médico residente no estudo da inter-relação hipotálamo-hipófise ovário. Diagnóstico e tratamento das síndromes endócrinas e endometriose. Conduta nas disfunções endócrinas e infertilidade. Abordagem das disfunções ginecológicas secundárias a doenças sistêmicas. Conduta nas disfunções menstruais em pacientes com coagulopatias.
- Permitir ao médico residente conhecimentos teóricos e práticos de fisiopatologia do climatério, com ênfase nos aspectos clínicos, propedêutica, tratamento e principais complicações e patologias próprias do climatério, fornecendo bases sólidas para manejo das pacientes.

- Indicar, realizar e interpretar exames de rastreamento e diagnóstico tais como: palpação, mamografia, punção aspirativa e biópsia de agulha grossa de mama. Diagnosticar doenças benignas e malignas. Indicar e realizar cirurgias de pequeno e médio porte, incluindo cirurgias com localização estereotáxica..
- Capacitar o médico residente no atendimento a doenças oncológicas pélvicas e genitais. Diagnóstico e tratamento de afecções benignas no trato genital inferior. Diagnóstico, propedêutica de estadiamento e tratamento do câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário. Avaliação, controle e tratamento de doenças trofoblásticas e coriocarcinoma. Treinamento no diagnóstico de patologias do trato genital inferior. Treinamento em colposcopia.
- Capacitar o médico residente para o atendimento pré e pós-operatório em cirurgia oncológica ginecológica e mamária: estadiamento cirúrgico do câncer de colo, vulva, endométrio, ovário e mama; diagnóstico diferencial dos tumores ginecológicos e mamários; solicitação e interpretação dos exames complementares.
- Capacitar o médico residente nas bases científicas do tratamento sistêmico do câncer ginecológico e mamário. Vias de administração dos medicamentos. Toxicidade quimioterápica. Indicação e avaliação da radioterapia em oncologia ginecológica. Infecções, síndrome hemorrágica, síndrome nefrológica, urgências clínicas e cirúrgicas. Tratamentos paliativos.
- Capacitar o médico residente na indicação, realização e interpretação de exames de rastreamento e diagnóstico de doenças onco-ginecológicas. Atendimento a pacientes ambulatoriais de oncologia pélvica e patologia cervical, atuação em atividades de centro cirúrgico, incluindo cirurgias pélvicas e agulhamento mamário. Atividades práticas de dissecção e aulas de anatomia.

2. **Centro Obstétrico**: atendimento ao trabalho de parto e ao parto em situações de maior risco materno-fetal, treinamento em procedimentos tocúrgicos de maior complexidade. Capacitar o médico residente no acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto de pacientes normais e patológicas. Condução de pacientes obstétricas patológicas apresentando intercorrências relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclâmpsia, cardiopatias, nefropatias, etc). Procedimentos operatórios (cesáreas, fórcipes de rotação, partos gemelares, circlagem de colo uterino). Interpretação de monitorizações ante e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento cirúrgico de puérperas complicadas com complicações operatórias, como histerectomias, laparotomias, etc.

3. **Centro Cirúrgico**: realização de cirurgias de grande porte em Ginecologia Geral, Oncologia Ginecológica, Uroginecologia e Mastologia, acompanhamento de procedimentos vídeo-endoscópicos propedêuticos e terapêuticos. Capacitar o médico residente, através de técnicas de complexidade progressivamente maiores, para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos aplicados a doenças benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas e de urgência. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no auxílio de cirurgias para neoplasia maligna de mama: mastectomias, realização de biópsias de áreas suspeitas de mama, dirigidas ou não por agulhamento estereotáxico. Realização de cirurgias de pequeno porte como exérese de nódulos benignos, de ductos principais, ressecção de tecido mamário ectópico.
- Iniciar o aprendizado do médico residente no estadiamento, indicação de tratamento cirúrgico radical, conservador, reconstrução mamária. Conhecimentos sobre quimioterapia e tratamento complementar nos casos de neoplasia maligna de mama. Realizar seguimento pós-tratamento.

- Capacitar o médico residente na indicação de cirurgia em paciente com câncer genital; realização de cirurgia oncológica de médio porte e auxiliar nas de grande porte. Realizar seguimento pós-tratamento. Conhecimentos sobre tratamento complementar pós-cirurgia: quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.
- Capacitar o médico residente no conhecimento e indicação de procedimentos cirúrgicos vídeo-laparoscópicos e vídeo-histeroscópicos
- Capacitar o médico residente na investigação de doenças endometriais orgânicas e disfuncionais, envolvendo procedimentos diagnósticos e terapêuticos histeroscópicos. Interpretação das imagens histeroscópicas.

4. **Unidade de Internação**: acompanhamento de pacientes graves internados em tratamento intensivo ou não. Atuação frente ao doente grave, com aquisição de conhecimentos em métodos propedêuticos e terapêuticos incluindo hemoterapia, tratamento dos vários estados de choque, manejo de antibioticoterapia e parada cardiorrespiratória.

5. **Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia**: aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação de procedimentos de diagnóstico e por imagem em Obstetrícia, Ginecologia e Mastologia, incluindo colposcopia, histeroscopia, mamografia e ultra-sonografia. Capacitar o médico residente de terceiro ano a realizar exames ultra-sonográficos em mulheres para diagnóstico de afecções obstétricas, ginecológicas, oncológicas pélvicas e mamárias. Avaliação de gestações normais e de alto risco. Realização de ultra-sonografias em situações de emergência em obstetrícia e ginecologia. Diagnóstico de tumores ginecológicos e mamários. Realização de procedimentos invasivos guiados pelo ultra-som. Conhecimento e realização de exames de dopplervelocimetria.

6. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia**. Capacitar o médico residente na realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em

unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R3	**Duração**
Ambulatórios Especializados: Obstetrícia	15%
Ambulatórios Especializados: Ginecologia	20%
Centro Obstétrico	10%
Centro Cirúrgico	25%
Unidade de Internação	5%
Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia	5%
Plantão em Obstetrícia e Ginecologia	10%
Atividade Teórica	10%

III. AVALIAÇÃO

- As instituições mantenedoras dos Programas de Residência Médica devem promover avaliações dos conhecimentos adquiridos pelos médicos residentes.
- As avaliações podem ser rotineiramente feitas ou realizadas eventualmente, sempre que o supervisor do PRM achar necessário, conforme o estabelecido no Regimento Interno da COREME.
- Os critérios de avaliação dos médicos residentes devem constar na admissão dos mesmos e serem de seu pleno conhecimento no momento do ingresso no programa.
- Deve seguir os padrões previstos pela CNRM.

Sugere-se que seja feita da seguinte forma:

- Avaliação a cada passagem dos residentes pelos estágios. Essa avaliação fica a cargo do responsável pela disciplina e dos preceptores envolvidos no treinamento. Recomenda-se avaliação escrita e oral.
- Avaliação por meio de uma prova escrita, ao final de cada semestre.
- Prova diferenciada para R-1, R-2 e R-3.

REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Esses requisitos devem abranger aspectos de formação/informação em termos de qualidade e quantidade. A Instituição deve ser qualificada e capaz de proporcionar à paciente um cuidado amplo à sua saúde, num contexto integral.

Locais de Treinamento:

- Hospitais gerais e maternidades
- Unidades ambulatoriais especializadas
- Unidades básicas de Saúde

Infra-estrutura:

- Centro obstétrico com pré-parto e salas de parto e cesariana (com recursos para realização de cardiotocografia);
- Ambulatório de ginecologia e pré-natal (devem incluir agendas de ginecologia especializada e de gestação de alto risco);
- Centro cirúrgico com horário reservado para atendimento às cirurgias do programa, incluindo possibilidade de treinamento em cirurgia ambulatorial;
- Leitos para internação ginecológica;
- Leitos para internação de gestação de alto risco;
- Leitos para puerpério normal e anormal;
- Setor de Pronto Atendimento para urgências obstétricas e ginecológicas;
- Laboratório de Patologia Clínica, Citopatologia, Anatomia Patológica, próprios ou conveniados;
- Unidade/serviço de radiologia e radiodiagnóstico;
- Unidade/serviço de ultra-sonografia geral e obstétrica;
- Serviço de arquivo médico (SAME) estruturado;

- Comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH);
- Comissão de Ética Médica (CEM);
- Condições para realização de necrópsia nos casos de óbitos (inclusive fetal);
- Biblioteca geral e especializada com acesso à BIREME, INTERNET ou MEDLINE.