

**Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes**

Diplôme d'État de Sage-femme

2017-2018

LE REGARD DES SAGES-FEMMES SUR LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES.

Présenté et soutenu publiquement le 28 août 2018

par

Mélina Vallaud

Directrice : Emilie DUMAZEAU

Guidante : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD



Remerciements

Je remercie Valérie BLAIZE GAGNERAUD, ma guidante de mémoire, pour sa précieuse aide, ses nombreux conseils et ses multiples relectures et corrections.

Un grand merci à Emilie DUMAZEAU, ma directrice de mémoire, pour son aide, ses conseils et le temps qu'elle a consacré à l'élaboration de ce mémoire.

Je ne peux oublier les sages-femmes, femmes et hommes, qui ont consacré de leur temps pour répondre à mon étude. Je les remercie également pour tout ce qu'ils m'ont appris, merci pour votre contribution au début de mon parcours professionnel.

Je remercie Camille, Romane, Tiphaine, Victoria et Ysabeau, camarades de promotion et amies, pour leur soutien et leur écoute durant ces 4 années. Un petit mot pour Manon, merci de m'avoir épaulée.

Je remercie tous mes amis et particulièrement Anaïs, Anaïs, Audrey, Camille, Céline, Amélie et Marine de m'avoir soutenue, encouragée et supportée durant toutes ces années.

Merci à Alexandrine pour sa précieuse aide à la relecture et à la correction de ce travail.

Enfin je tiens à remercier mes parents, ma sœur, mon beau-frère et mon neveu ainsi que toute ma famille pour leur présence à mes côtés qui m'est tellement précieuse.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	8
1. Le recrutement.....	9
2. Evolution de la formation	9
3. Relation entre professionnel et étudiant	10
4. Les représentations sociales.....	10
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE.....	12
1. Type d'étude	13
2. Population	13
3. Matériel et méthode : questionnaire	13
4. Analyses statistiques	14
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS.....	15
1. Caractéristiques de la population	16
1.1. L'âge moyen	16
1.2. Le sexe.....	16
1.3. Recrutement	16
1.4. Le type de maternité	16
1.5. Le secteur d'activité	17
1.6. Encadrement des étudiants sages-femmes.....	17
1.7. Positionnement professionnel des étudiants	18
1.8. Prise de décision des étudiants.....	19
1.9. L'implication des étudiants	20
2. Evaluation de la formation	21
2.1. En salle de naissance et suites de couches	22
2.1.1 Confiance dans la réalisation des actes	22
2.1.2 Confiance selon le type de maternité	23
2.1.3 Confiance selon le mode de recrutement.....	23
2.2. La polyvalence.....	23
2.3. Confiance dans la réalisation des actes.....	24
2.3.1 Selon le type de maternité	25
2.3.2 Selon le mode de recrutement.....	26
2.4. Les consultations	26
2.4.1 Confiance dans la réalisation des actes	26
2.5. La salle de naissance	27

2.5.1 Confiance dans la réalisation des actes	27
2.6. Les suites de couches	28
2.6.1 Confiance dans la réalisation des actes	28
3. Représentation des sages-femmes sur les étudiants sages-femmes.....	29
3.1. Dans la population générale.....	29
3.2. Représentations selon le mode de recrutement	30
3.2.1 Sages-femmes recrutées par le concours.....	31
3.2.2 Sages-femmes recrutées par médecine.....	31
3.2.3 Comparaison entre concours et médecine.....	31
3.3. Représentations selon le niveau de soins.....	32
3.3.1 Sages-femmes dans un type 1 ou type 2.....	32
3.3.2 Sages-femmes dans un type 3.....	32
3.3.3 Comparaison entre type 1/2 et type 3	33
QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	34
1. Présentation de l'étude.....	35
1.1. Les limites de l'étude	35
1.2. Les points forts de l'étude.....	35
2. Analyse et discussion	35
2.1. Les caractéristiques de notre population	35
2.2. L'année de formation des étudiants	36
2.3. Les représentations sociales des étudiants sages-femmes.....	36
2.3.1 L'encadrement.....	36
2.3.2 Apprentissage	38
2.3.3 Formation	41
2.4. La confiance des sages-femmes.....	43
2.4.1 Une bonne confiance	44
2.4.2 Une confiance moyenne voire mauvaise.....	44
3. Propositions et ouvertures.....	46
Conclusion.....	47
Références bibliographiques.....	48
Annexes.....	53



Table des illustrations

Figure 1 : Sages-femmes par secteur d'activité en pourcentage.....	17
Figure 2 : Année de formation des étudiants encadrés en pourcentage	17
Figure 3 : Positionnement professionnel par rapport à l'année de formation	18
Figure 4 : Prise de décision par rapport à l'année de formation en pourcentage.....	19
Figure 5 : Implication par rapport à l'année de formation en pourcentage	20
Figure 6 : La formation actuelle prépare-t-elle correctement les étudiants ?	21



Table des tableaux

Tableau I : Confiance dans les actes en salle de naissance et suites de couches	22
Tableau II : Confiance selon le type de maternité	23
Tableau III : Confiance pour les actes de consultations, salle de naissance et suites de couches	24
Tableau IV : Confiance pour les actes de consultation	26
Tableau V : Confiance pour les actes de salle de naissance.....	27
Tableau VI : Confiance pour les actes de suites de couches	28



PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION



Les études de sages-femmes se déroulent en 5 années, dont 4 années alternant théorie et pratique. La formation initiale se compose de 54 semaines de cours et de 90 semaines de stages en lien avec la maïeutique, après validation de la première année commune des études de santé (PACES) [1]. Le programme de 2011 organise la formation en deux cycles distincts : un axé sur la physiologie qui délivre le grade de licence générale en sciences maïeutiques et l'autre sur la pathologie. Le diplôme d'Etat de sage-femme correspond à un grade master [2][3]. Plusieurs réformes ont abouti à cette organisation.

1. Le recrutement

Jusqu'en 2002, le recrutement pour accéder à l'école de sage-femme se faisait grâce à un concours organisé par la DDASS¹. L'arrêté du 13 mars 2002 impose le recrutement par la première année commune aux études de santé (PCEM1²). L'accès à l'école de sage-femme se fait par l'intermédiaire d'un concours unique commun aux différentes filières : médecine, maïeutique et odontologie [4]. En 2009, la PACES³ succède à la PCEM1 et donne aux étudiants la possibilité de s'inscrire à un ou plusieurs concours [5].

Au final, les sages-femmes en exercice ont été recrutées selon ces différentes modalités.

2. Evolution de la formation

A partir de 1985, la formation passe de 3 à 4 années d'études [6]. L'année supplémentaire a permis le développement de nouveaux enseignements notamment les statistiques et l'épidémiologie pour la réalisation du mémoire de fin d'étude ; d'autres disciplines sont en rapport avec les avancés scientifiques et médicales comme l'échographie [7]. Selon Emeline Desnoyers, cette année supplémentaire a permis « *d'effectuer des stages à l'extérieur du CHU, en libéral, en PMI [...], en échographie* » [8], en gynécologie, dans les centres de planification familiale ou d'orthogénie [9] [10]. Cette diversification avait pour objectif de former des professionnels compétents. Cette ouverture des stages hors de la maternité-école correspond à un mode d'exercice moins technique et moins centré sur le milieu hospitalier. [11]

Le programme des études a été réorganisé suite à l'arrêté du 11 décembre 2001 avec constitution de 2 phases. En 2011, la formation entre dans le système licence-master-

¹ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

² Premier cycle d'études médicales = arrêté du 13 novembre 2002

³ Première année commune aux études de santé = arrêté du 28 octobre 2009



doctorat. L'arrêté du 19 juillet 2011 précise la validation du DFGSMA⁴. L'arrêté du 11 mars 2013 définit les modalités du 2ème cycle et d'obtention du diplôme d'Etat.

Les enseignements se sont diversifiés au fil des dernières années pour être en adéquation avec l'évolution des compétences des sages-femmes [12][13][14][15].

En 2001, les étudiants en première phase avaient 54 semaines d'enseignements cliniques et les étudiants de la deuxième phase 51 semaines d'enseignements cliniques [12].

Avec la réforme de 2011, l'apprentissage des soins infirmiers a diminué et ne commence qu'au cours du second semestre [16]. Cette diminution a été compensée par une augmentation des stages lors de la deuxième phase des études.

Selon Emeline DESNOYERS, sage-femme, le métier de sage-femme s'est donc mis « *en accord avec les récentes avancées de la science obstétricale, en matière de techniques échographiques, de précisions paracliniques, de progrès en diagnostic anténatal et en médecine fœtale.* » [8].

3. Relation entre professionnel et étudiant

La formation pratique permet aux étudiants d'acquérir les qualités nécessaires à l'exercice de leur futur métier dans les différents modes d'exercices possibles. Une relation de confiance entre le professionnel et l'étudiant est indispensable pour favoriser l'apprentissage de l'étudiant. Or chaque sage-femme a sa propre représentation des étudiants sages-femmes modelée par sa propre formation. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre que la formation d'aujourd'hui est de moins bonne qualité, moins formatrice. Dans ce contexte, il paraît intéressant de connaître les représentations sociales des sages-femmes.

4. Les représentations sociales

Le concept de représentation a été défini par Denise Jodelet comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* » [17] [18]

L'interaction sociale est le principal moteur des représentations. Chaque individu aborde la représentation d'un objet à sa manière. [19]

⁴ Diplôme de formation générale en sciences maïeutique



Selon Abric, la représentation est « un ensemble » composé d'un noyau central et d'éléments périphériques qui donnent sa signification à la représentation. » **[18]**.

- Le noyau central : apparait donc comme l'élément fondamental de la représentation, il a une dimension qualitative. C'est l'élément le plus stable de la représentation ; ils résistent aux changements. Il est indispensable à l'objet social.
- Les éléments périphériques : viennent enrichir le noyau central. Ils sont plus instables et moins fondamentaux dans la représentation. Ils représentent l'adaptation de la représentation à différentes situations sociales. **[18] [19] [20]**

Les représentations sociales des étudiants sages-femmes sont un sujet peu étudié. Charlyne Léonce, dans son mémoire de fin d'études, a étudié les représentations que les patientes avaient des étudiants sages-femmes. Elle s'est intéressée à différents secteurs dans lesquels sont présents les étudiants : consultations, salle de naissance et suites de couches. Pour chaque secteur, la présence de l'étudiant est qualifiée de « sans influence » pour la patiente. Dans certains cas, elle paraît facilitante. La majorité des patientes a confiance envers les étudiants en ce qui concerne les conseils mais aussi les actes prodigués. En effet, les notes de confiance obtenues sont supérieures à 7,13/10 toutes échelles confondues. Les patientes mettent en avant les qualités des étudiants : l'écoute, la patience, la douceur et la gentillesse. Ces qualités apparaissent indispensables au métier de sage-femme.

Les représentations des patientes de l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges (HME) sont donc positives. Elles décrivent les étudiants avec les mots « professionnel » mais également « écoute ». Cependant, les patientes n'oublient pas le statut des étudiants car le mot « apprentissage » est situé dans le noyau central, accentué par la présence dans les éléments périphériques des mots « études » et « formation ». **[19]**

Aussi, il nous a semblé intéressant de connaître les représentations que les sages-femmes hospitalières du Limousin avaient des étudiants sages-femmes et de savoir si elles variaient selon le programme de formation, le lieu d'exercice et le secteur d'activité des sages-femmes.



DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE



1. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse prototypique et catégorielle de Vergès basée sur la méthode des associations verbales.

2. Population

Nous avons interrogé les sages-femmes hospitalières du Limousin exerçant à l'HME de Limoges (type 3), dans les centres hospitaliers de Guéret (type 2), St-Junien (type 1), Tulle (type 1), Brive (type 2) et à la clinique Saint-Germain à Brive (type 1).

Les sages-femmes incluses dans l'étude travaillent dans les secteurs du bloc obstétrical, des suites de couches et des consultations.

Les sages-femmes dont la pratique est exclusive en grossesses pathologiques, diagnostic anténatal ou en procréation médicale assistée ont été exclues de l'étude car elles n'encadrent que des étudiants de 4^{ème} et/ou 5^{ème} année. Il en est de même pour les sages-femmes qui n'ont jamais encadré d'étudiants.

Au total, notre population d'étude comportait 111 sages-femmes.

3. Matériel et méthode : questionnaire

Nous avons utilisé le questionnaire d'évocation.

Les sages-femmes devaient mentionner les mots ou expressions qui leur venaient spontanément à l'esprit à l'évocation du terme inducteur : « étudiants sages-femmes ». Nous avons aussi évalué leur satisfaction concernant le positionnement préprofessionnel, la prise de décision et l'implication des étudiants sages-femmes dans leur formation.

Nous avons pris en compte les caractéristiques des sages-femmes : âge, année d'obtention du diplôme, sexe, secteur d'activité principal, type du centre hospitalier dans lequel exerce la sage-femme.

La confiance des sages-femmes accordée aux étudiants sages-femmes dans la réalisation de différents actes a été évaluée grâce à des échelles analogiques de 0 à 10. Le 0 signifiait « je n'ai aucune confiance envers l'étudiant » ; et le 10 voulait dire « j'ai une entière confiance envers l'étudiant ».



4. Analyses statistiques

La confiance a été considérée :

- Mauvaise lorsqu'elle était comprise entre 0/10 et 5/10[
- Moyenne lorsqu'elle était comprise entre [5/10 et 7/10[
- Bonne lorsqu'elle était comprise entre [7/10 et 10/10

Les moyennes ont été comparées grâce au test t de Student. Il existe une différence significative lorsque $p < 0,05$ pour un risque α à 5%.

Pour l'analyse prototypique, seuls les mots cités par au moins 10% des professionnels ont été retenus. Pour chaque mot, il a été calculé la fréquence d'apparition et son rang d'importance. Ces données ont permis de construire le carré de Vergès et ainsi de mettre en évidence :

- Le noyau central
- Les éléments périphériques
- Les éléments périphériques secondaires ou zone muette

L'analyse catégorielle permet de regrouper les mots ou expression dont la sémantique est proche et de définir la connotation positive ou négative des mots cités.

La méthode des tableaux croisés dynamiques d'Excel® a été utilisée.

Les associations verbales des professionnels ont été comparées grâce au test du Chi-2 ou test de Fisher en fonction des effectifs en fonction de la classe d'âge, de l'année d'obtention du diplôme, du secteur d'activité, du lieu d'exercice et de l'année d'études des étudiants. Il n'y a pas de différence significative si $p > 0,05$. Les représentations sociales sont spécifiques à un groupe pour $p < 0,05$. Les représentations sociales sont communes si $p = 1$.



TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS



1. Caractéristiques de la population

La population totale était de 111 sages-femmes. Nous avons eu 77 réponses soit un taux de participation de 69,3%.

1.1. L'âge moyen

La moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est de 36,6 ans. La sage-femme la plus jeune est âgée de 24 ans et la plus âgée de 57 ans.

1.2. Le sexe

Parmi les 77 sages-femmes, 75 sont des femmes et 2 sont des hommes.

1.3. Recrutement

Trente-six sages-femmes ont été recrutées par le concours organisé par la DDASS, soit 46,8%.

Quarante et une sages-femmes ont été recrutées par PCEM1, soit 53,2%.

1.4. Le type de maternité

Les sages-femmes sont au nombre de :

- 47 soit 61% de la population générale à travailler dans une maternité de type 3.
- 22 soit 28,6% de la population générale à exercer dans une maternité de type 2.
- 8 soit 10,4% de la population générale à travailler dans une maternité de type 1.



1.5. Le secteur d'activité

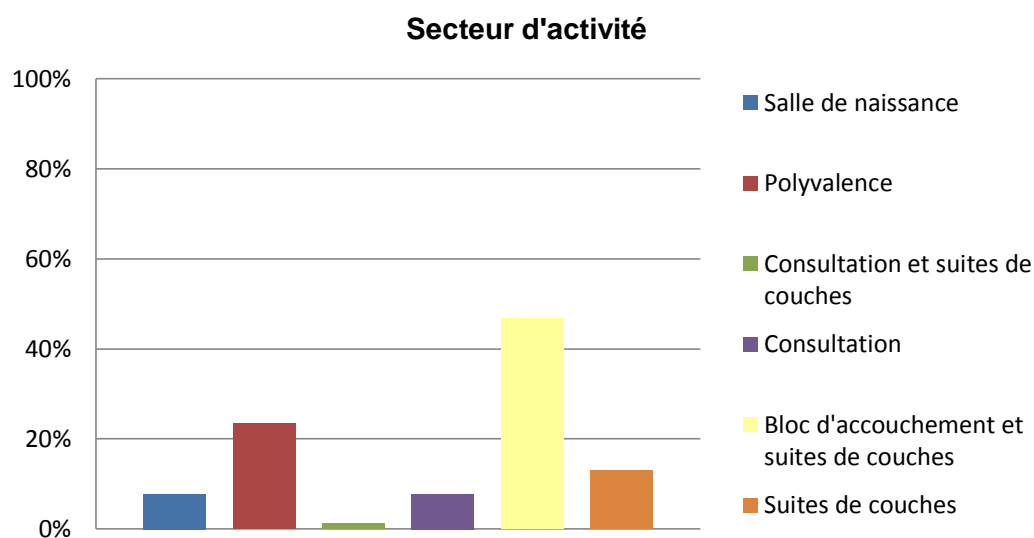


Figure 1 : Sages-femmes par secteur d'activité en pourcentage

Les sages-femmes exercent principalement :

- en salle de naissance et suites de couches (46,8%)
- en consultation, salle de naissance et suites de couches : polyvalence (23,4%)
- en suites de couches (13%)

Par ordre décroissant, nous avons ensuite les consultations, la salle de naissance puis les consultations associées aux suites de couches, soit au total de 16,8%.

1.6. Encadrement des étudiants sages-femmes

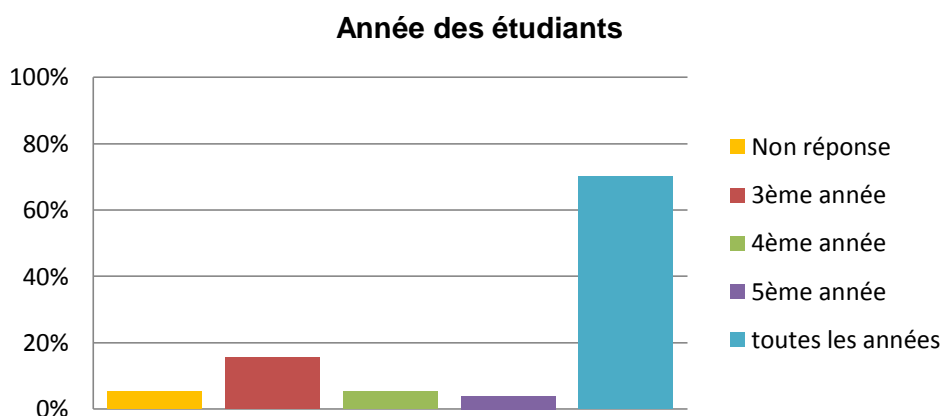


Figure 2 : Année de formation des étudiants encadrés en pourcentage

Les étudiants encadrés sont principalement :

- de toutes années confondues (70,1%)
- des 3èmes années (15,6%)

Les autres années de formation sont représentées à hauteur de 14,3%

1.7. Positionnement professionnel des étudiants

Nous avons étudié la satisfaction des sages-femmes concernant le positionnement professionnel des étudiants par rapport à leur année de formation.

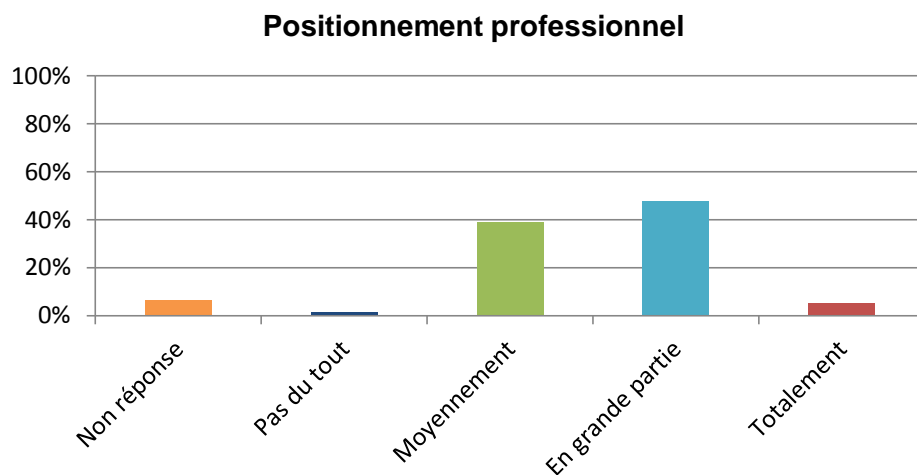


Figure 3 : Positionnement professionnel par rapport à l'année de formation

Quarante-huit pour cent des sages-femmes sont en grande partie satisfaites du positionnement professionnel des étudiants sages-femmes selon leur année de formation. Trente-neuf pour cent le sont moyennement.

Nous avons regroupé pour augmenter la puissance de l'étude :

- Pas du tout et moyennement = globalement insatisfaits
- En grande partie et totalement = globalement satisfaits

Les sages-femmes sont globalement :

- Satisfaites du positionnement professionnel de l'étudiant : 53,2%
- Insatisfaites du positionnement professionnel de l'étudiant : 40,3%
- Et 6,5% ne se prononcent pas.

Aucune différence significative concernant la satisfaction du positionnement professionnel n'est observée en fonction du secteur d'activité ($p=0,17$) et en fonction de l'année d'obtention du diplôme des sages-femmes ($p=0,95$).

Les sages-femmes de maternité de type 1 ont tendance à être en grande partie satisfaites du positionnement professionnel des étudiants par rapport à leur année de formation ($p=0,08$).

1.8. Prise de décision des étudiants

Nous avons évalué la satisfaction concernant la prise de décision des étudiants par rapport à leur année de formation.

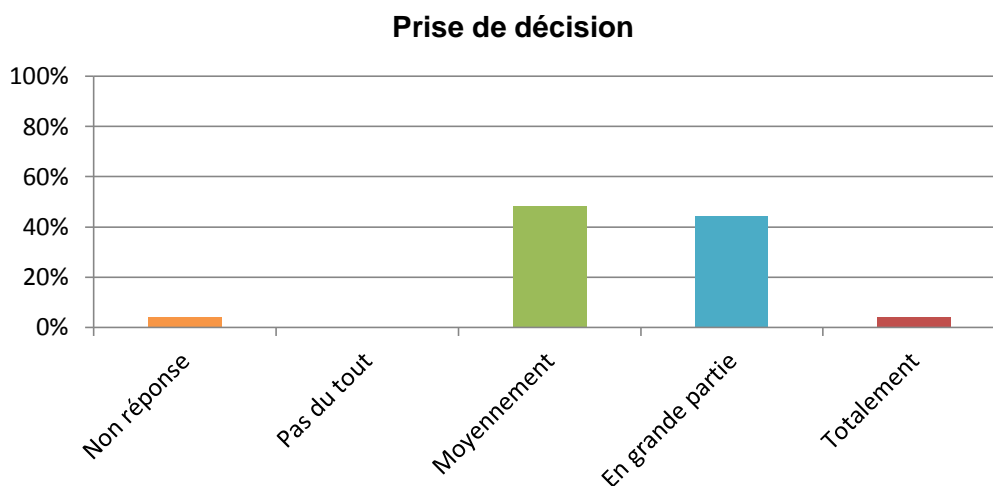


Figure 4 : Prise de décision par rapport à l'année de formation en pourcentage

Concernant la prise de décision de l'étudiant, les sages-femmes sont :

- Moyennement satisfaites : 48%,
- En grande partie satisfaites : 44,2%.

Nous avons regroupé pour augmenter la puissance de l'étude :

- En grande partie et totalement = globalement satisfaits

Les sages-femmes sont globalement satisfaites de la prise de décision des étudiants sages-femmes (48,1%) et 3,9% d'entre elles ne se prononcent pas.

Aucune différence significative concernant la satisfaction dans la prise de décision n'est observée en fonction de l'année d'obtention du diplôme ($p=0,34$).

Les sages-femmes de maternité de type 3 ont tendance à être davantage « moyennement satisfaite » de la prise de décision des étudiants ($p=0,07$).

Les sages-femmes de maternité de type 2 ont tendance à être davantage « en grande partie satisfaite » de la prise de décision des étudiants ($p=0,07$).

1.9. L'implication des étudiants

Nous avons évalué la satisfaction concernant l'implication des étudiants par rapport à leur année de formation.

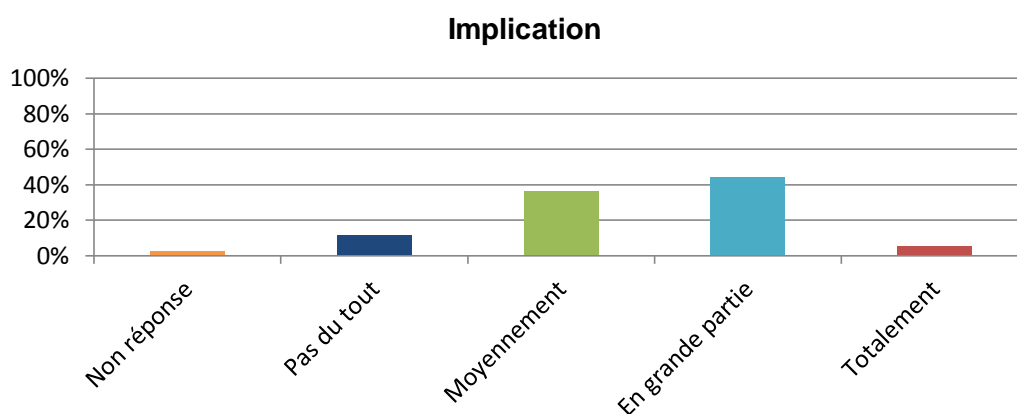


Figure 5 : Implication par rapport à l'année de formation en pourcentage

Pour l'implication des étudiants selon l'année de formation, les sages-femmes sont :

- En grande partie satisfaites : 44,1%
- Moyennement satisfaites : 36,4%

Nous avons regroupé pour augmenter la puissance de l'étude :

- Pas du tout et moyennement = globalement insatisfaits
- En grande partie et totalement = globalement satisfaits

Les sages-femmes sont globalement :

- Satisfaites de l'implication de l'étudiant : 49,3%
- Insatisfaites de l'implication de l'étudiant : 48,1%
- Et 2,6% ne se prononcent pas.

Aucune différence significative concernant la satisfaction dans l'implication des étudiants sages-femmes n'est observée en fonction de l'année d'obtention du diplôme des sages-femmes ($p=0,63$) et en fonction du type de maternité ($p=0,66$)

2. Evaluation de la formation

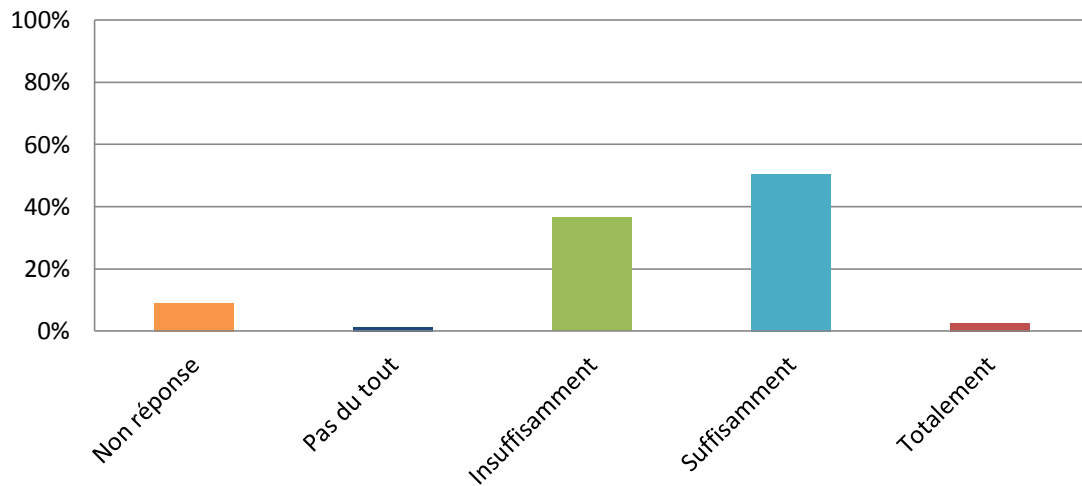


Figure 6 : La formation actuelle prépare-t-elle correctement les étudiants ?

Concernant l'évaluation de la formation, les sages-femmes pensent :

- Qu'elle prépare suffisamment les étudiants : 53,6%
- Qu'elle prépare insuffisamment les étudiants : 36,4%
- Et 9,4% des sages-femmes ne se prononcent pas.

Seulement 2,6% des sages-femmes estiment que la formation prépare totalement les étudiants à leur vie professionnelle future, et 1,3% des sages-femmes pensent que la formation ne prépare pas du tout les étudiants à leur futur métier.

Afin d'évaluer plus précisément la formation, nous avons choisi des actes spécifiques à chaque secteur d'activité.

Nous présenterons seulement les actes pour lesquels les sages-femmes ont attribué une mauvaise confiance (note < 5) et une bonne confiance (note > 7) et ceux pour lesquels il existe une différence significative.

Les résultats en gras correspondent aux bonnes notes (> 7) et aux mauvaises notes (< 5).

2.1. En salle de naissance et suites de couches

36 sages-femmes travaillent en salle de naissance et en suites de couches, soit 46,8% de la population générale.

2.1.1 Confiance dans la réalisation des actes

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes exerçant en salle de naissance et en suites de couches est de 6,85/10.

Aucune note inférieure à 5 n'a été donnée.

Tableau I : Confiance dans les actes en salle de naissance et suites de couches

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3ème année	Surveillance d'une accouchée	7,85/10
4ème année	Ponction veineuse du nouveau-né	7,46/10
	Conseils de sortie donnés	7,69/10
5ème année	Suture d'épisiotomie	7,22/10
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,54/10
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	8,17/10

La moyenne des confiances accordées par année de formation est pour :

- les 3èmes années de 5,87/10
- les 4èmes années de 7,08/10
- les 5èmes années de 7,63/10

Les sages-femmes accordent une moins bonne confiance aux étudiants de 3ème année qu'aux étudiants de 4ème ($p < 0,0001$) et qu'aux étudiants de 5ème année ($p < 0,0001$). Elles accordent une meilleure confiance aux 5èmes années qu'aux 4èmes années ($p = 0,01$).



2.1.2 Confiance selon le type de maternité

Douze sages-femmes travaillent dans une maternité de type 2 et 25 dans une maternité de type 3. Aucun effectif n'est recensé dans une maternité de type 1.

Tableau II : Confiance selon le type de maternité

Année de l'étudiant	Actes	Type 2	Type 3	p
3 ^{ème} année	Consultation en urgence	6,6/10	5,13/10	0,0277
	Surveillance d'un nouveau-né	7,17/10	5,40/10	0,002
	Premiers gestes sur nouveau-né	6,27/10	4,90/10	0,025
4 ^{ème} année	Analyse RCF	7,59/10	6,53/10	0,034
	Réalisation d'un accouchement	7,64/10	5,73/10	0,0016
5 ^{ème} année	Suture d'épisiotomie	8,38/10	6,67/10	0,014

Les sages-femmes de type 2 sont significativement plus confiantes pour la réalisation de l'ensemble des actes cités dans le tableau ci-dessus, quelle que soit l'année de formation.

2.1.3 Confiance selon le mode de recrutement

Onze sages-femmes ont été recrutées par concours et 26 sages-femmes par PCEM1.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux populations en ce qui concerne les actes spécifiques à la salle de naissance et aux suites de couches.

Les sages-femmes issues de PCEM1 ont tendance à être plus confiantes pour la réalisation d'une ponction d'un nouveau-né ($p=0,063$) et dans les conseils de sortie donnés ($p=0,072$).

2.2. La polyvalence

18 sages-femmes sont polyvalentes et travaillent à la fois en consultations, en salle de naissance et en suites de couches soit 23,4% de la population générale.



2.3. Confiance dans la réalisation des actes

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes polyvalentes est de 7/10.

Aucune note inférieure à 5 n'a été donnée.

Tableau III : Confiance pour les actes de consultations, salle de naissance et suites de couches

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3 ^{ème} année	Surveillance d'une accouchée	7/10
4 ^{ème} année	Toucher vaginal	7,59/10
	Analyse RCF	7,25/10
	Ponction veineuse du nouveau-né	7,45/10
	Conseils de sortie donnés	7,39/10
5 ^{ème} année	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,66/10
	Prise en charge de pathologie	7,88/10

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes polyvalente par année de formation est pour :

- les 3èmes années de 6,02/10
- les 4èmes années de 7,05/10
- les 5èmes années de 7,47/10

Les sages-femmes font plus confiance aux étudiants de 4ème année qu'à ceux de 3ème année ($p=0,0004$).

Les sages-femmes font plus confiance aux étudiants de 5ème année qu'à ceux de 3ème année ($p<0,0001$).

Il n'existe pas de différence significative dans le sentiment de confiance entre les 4èmes et les 5èmes années ($p=0,08$).



2.3.1 Selon le type de maternité

7 sages-femmes exercent dans une maternité de type 1, 6 dans une de type 2 et 5 dans une de type 3.

Les sages-femmes de type 2 accordent une confiance de 4,66/10 lors de la réalisation des premiers gestes sur le nouveau-né à la naissance par les étudiants de 3ème année.

Aucune différence significative n'est observée dans la confiance entre les populations d'une maternité de type 2 et celle d'un type 3 pour l'ensemble des actes.

Les sages-femmes de type 1 sont plus confiantes pour la réalisation d'une consultation en urgence que les sages-femmes de type 2 ($p=0,005$). Elles ont tendance à être davantage satisfaites de la prise en charge de pathologie en salle de naissance que les sages-femmes de type 2 ($p=0,0596$). Les sages-femmes de type 1 ont également tendance à être plus confiantes que les sages-femmes de type 3 pour la prise en charge de pathologie en suites de couches ($p=0,05$).

Les sages-femmes de type 1 sont plus confiantes que celles de type 3 concernant :

- La prise en charge de pathologie en salle de naissance ($p=0,036$)
- La réalisation d'une suture d'épisiotomie ($p=0,02$).
- L'analyse du RCF en salle de naissance ($p=0,049$)

Les sages-femmes de type 1 ont tendance à être davantage satisfaites de la réalisation d'une ponction veineuse au nouveau-né que les sages-femmes de type 3 ($p=0,068$).

Les sages-femmes de type 1 ont plus confiance que les sages-femmes de type 2 et 3 dans la réalisation :

- Des premiers gestes sur un nouveau-né : $p = 0,015$ par rapport aux sages-femmes de type 2 et $p = 0,036$ pour les sages-femmes de type 3
- D'un accouchement : $p = 0,018$ pour les sages-femmes de type 2 et $p = 0,009$ pour les sages-femmes de type 3.



2.3.2 Selon le mode de recrutement

Dix sages-femmes ont été recrutées par le concours et 8 par PCEM1.

Les sages-femmes recrutées par le concours ont tendance à être davantage satisfaites de l'analyse du RCF en 4^{ème} année que les sages-femmes recrutées par PCEM1 ($p=0,06$).

2.4. Les consultations

Six sages-femmes travaillent exclusivement en consultation soit 7,8% de la population générale.

2.4.1 Confiance dans la réalisation des actes

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes de consultations est de 7,49/10.

Tableau IV : Confiance pour les actes de consultation

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3 ^{ème} année	Conseils donnés	7,63/10
4 ^{ème} année	Toucher vaginal	7,88/10
	Analyse RCF	8,23/10

Les sages-femmes accordent une bonne confiance aux étudiants de 4^{ème} année : la moyenne est de 8,1/10. Elles attribuent une confiance de 7,11/10 aux étudiants de 3^{ème} année.

Les sages-femmes de consultation ont tendance à avoir davantage confiance envers les étudiants de 4^{ème} année qu'en ceux de 3^{ème} année ($p=0,065$).

La confiance accordée par les sages-femmes de type 1 lors de la réalisation d'un interrogatoire médical et d'un toucher vaginal est mauvaise, elle est respectivement de 4,1/10 et de 4,9/10.

La confiance accordée par les sages-femmes recrutées par PCEM1 est bonne (>8) pour tous les actes de 3^{ème} et 4^{ème} année.

2.5. La salle de naissance

Six sages-femmes exercent exclusivement en salle de naissance soit 7,8% de la population générale.

2.5.1 Confiance dans la réalisation des actes

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes en salle de naissance est de 5,44/10.

Tableau V : Confiance pour les actes de salle de naissance

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3 ^{ème} année	Consultation en urgence	4,22/10
	Premiers gestes sur nouveau-né	4,84/10
4 ^{ème} année	Analyse RCF	5,7/10
	Réalisation d'un accouchement	4,46/10
5 ^{ème} année	Suture d'épisiotomie	6,32/10
	Prise en charge de pathologie	7,1/10

Toutes les sages-femmes exercent dans une maternité de type 3.

La moyenne des confiances accordées par année de formation est pour :

- les 3^{èmes} années de 4,53/10
- les 4^{èmes} années de 5,08/10
- les 5^{èmes} années de 6,71/10

Les sages-femmes accordent une moins bonne confiance aux étudiants de 3ème année qu'aux étudiants de 4ème ($p=0,044$) et aux étudiants de 5ème année ($p=0,022$).

2.6. Les suites de couches

Dix sages-femmes exercent exclusivement en suites de couches soit 13% de la population générale.

2.6.1 Confiance dans la réalisation des actes

La moyenne des confiances accordées par les sages-femmes en suites de couches est de 6,77/10.

Tableau VI : Confiance pour les actes de suites de couches

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
4 ^{ème} année	Ponction veineuse du nouveau-né	7,23/10
	Conseils de sortie donnés	7,93/10
5 ^{ème} année	Prise en charge de pathologie	8,11/10

La moyenne des confiances accordées par année de formation est pour :

- les 3èmes années de 5,79/10
- les 4èmes années de 7,58/10
- les 5èmes années de 8,11/10

Les sages-femmes accordent une moins bonne confiance aux étudiants de 3ème année qu'aux étudiants de 4ème année ($p=0,001$) et aux étudiants de 5ème année ($p=0,002$).



Les sages-femmes de type 3 accordent une mauvaise confiance (4,99/10) aux étudiants dans la prise en charge de l'allaitement maternel.

Les sages-femmes de type 2 accordent une mauvaise confiance aux étudiants lors de la ponction veineuse du nouveau-né (3,7/10) et pour la prise en charge de pathologie (4,8/10). Mais, elles accordent une bonne confiance lorsque l'étudiant donne les conseils de sortie (7/10).

Les sages-femmes recrutées par PCEM1 accordent une mauvaise confiance (4,95/10) aux étudiants pour la surveillance du nouveau-né.

3. Représentation des sages-femmes sur les étudiants sages-femmes

3.1. Dans la population générale

Sur 77 sages-femmes, 2 n'ont pas répondu à la question des associations verbales donc l'effectif est de 75 sages-femmes.

Seuls les mots cités par plus de 10% de la population ont été pris en compte, soit les mots cités au moins 8 fois.

Dans la population générale, le nombre de mots différents est de 251. La moyenne des fréquences des associations est à 15,93 et la moyenne des rangs est à 4,73.



Les résultats sont présentés sous forme de tableau, selon la méthodologie inventée par Vergès® :

	Fréquence supérieure à 15,93	Fréquence inférieure à 15,93
Rang inférieur à 4,73	Encadrement (36 ; 3,34) Apprentissage (34 ; 2,87) Formation (23 ; 2,35)	Aide (15 ; 4,31) Motivation (14 ; 4,27) Patience (10 ; 4,77) Elève (9 ; 3,62)
Rang supérieur à 4,73	Jeune (17 ; 7,46)	Evaluation (15 ; 5,7) Ecole (12 ; 6,2) Stage (11 ; 5) Patience (10 ; 4,77) Compagnonnage (10 ; 5,28) Confiance (9 ; 5,5) Dynamique (8 ; 5,57)

Le noyau central des représentations de la population générale est composé de 3 mots :

- « **encadrement** » (36 ; 3,34)
- « **apprentissage** » (34 ; 2,87)
- « **formation** » (23 ; 2,35)

3.2. Représentations selon le mode de recrutement

Les sages-femmes recrutées par le concours organisé par la DDASS sont 36. Toutes les sages-femmes ont répondu.

Les sages-femmes recrutées par la première année de médecine sont 41. Il existe 2 non réponses dans cette population. L'effectif est donc de 39 sages-femmes.



3.2.1 Sages-femmes recrutées par le concours

Nous avons retrouvé 161 mots différents. Le noyau central des représentations sociales est composé des mots :

- « **encadrement** » (11 ; 3,45)
- « **apprentissage** » (19 ; 4,26)
- « **formation** » (9 ; 2,83)

3.2.2 Sages-femmes recrutées par médecine

On retrouve 23 mots différents. Le noyau central des représentations sociales est composé des mots :

- « **apprentissage** » (24 ; 2,62)
- « **encadrement** » (17 ; 2,36)
- « **formation** » (14 ; 2,09)

3.2.3 Comparaison entre concours et médecine

Des mots spécifiques aux sages-femmes recrutées par le concours organisé par la DDASS ont été mis en évidence :

- « **apprentissage** » ($p=0,007$)
- « **stage** » ($p=0,03$)

D'autres mots ont tendance à être spécifique à cette population comme « **évaluation** » ($p=0,06$) et « **école** » ($p=0,08$)

Des mots sont spécifiques aux sages-femmes recrutées par médecine :

- « **vocation** » ($p=0,02$)
- « **future sage-femme** » ($p=0,048$)



Des mots sont communs aux deux populations ($p = 1$) :

- « étude »
- « transmission du savoir »
- « chronophage »

3.3. Représentations selon le niveau de soins

Nous avons regroupé les sages-femmes de type 1 et 2 pour avoir un effectif plus important.

Trente sages-femmes travaillent dans des maternités de type 1 et 2, toutes ont répondues.

Et, 47 sages-femmes travaillent dans une maternité de type 3. Il existe 2 non réponses. L'effectif est donc de 45 sages-femmes.

3.3.1 Sages-femmes dans un type 1 ou type 2

Le noyau central des représentations est composé des mots :

- « **encadrement** » (14 ; 4,17)
- « **motivation** » (12 ; 4,4)
- « **apprentissage** » (12 ; 2,91)
- « **formation** » (10 ; 2,63)

3.3.2 Sages-femmes dans un type 3

Le noyau des représentations sociales est composé des mots :

- « **apprentissage** » (23 ; 2,90)
- « **encadrement** » (22 ; 2,76)
- « **formation** » (13 ; 2,11)
- « **évaluation** » (9 ; 4,6)
- « **stage** » (9 ; 4,67)



3.3.3 Comparaison entre type 1/2 et type 3

Des mots spécifiques aux sages-femmes qui travaillent dans un type 1 ou 2 ont été mis en évidence :

- « motivation » ($p=0,0001$)
- « transmission du savoir » ($p=0,014$)
- « chronophage » ($p=0,014$)
- « quelle année ? » ($p=0,034$)

Un mot spécifique aux sages-femmes qui exercent dans un type 3 a été mis en évidence : « école » ($p=0,02$).

Nous retrouvons également des mots qui ont tendance à être spécifique de cette population :

- « aide » ($p=0,07$),
- « connaissance » ($p=0,075$),
- « compétence » ($p=0,079$),
- « écoute » ($p=0,079$),
- « futur collègue » ($p=0,079$)

Nous ne retrouvons pas de mot commun aux deux populations.



QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION



1. Présentation de l'étude

1.1. Les limites de l'étude

Nos résultats ont quelques fois montré une tendance sans pour autant mettre en évidence une différence significative. Certains résultats n'ont pas été comparés en raison d'un manque d'effectif. Notre étude manque donc de puissance.

Nous n'avons eu aucune réponse des sages-femmes de la Clinique de Brive et très peu de l'Hôpital de Brive-la-Gaillarde. Ces deux structures ont fusionné durant la période de l'étude, ce qui a rendu difficile le recueil de nos questionnaires.

Nos questionnaires ont été distribués pendant le temps de travail des sages-femmes, elles ont pu se consulter pour le remplir.

La comparaison des données avec la littérature a été difficile car peu d'études traitent de ce sujet.

1.2. Les points forts de l'étude

La majorité des maternités concernées a complété correctement le questionnaire. Tous les questionnaires ont été exploitables. La question ouverte a particulièrement été bien renseignée ce qui témoigne de l'intérêt des sages-femmes.

Le véritable point fort reste la singularité de cette étude. En effet, aucune étude sur le sujet n'a été recensée.

2. Analyse et discussion

2.1. Les caractéristiques de notre population

Notre population se compose très majoritairement de femmes. Ce chiffre est en accord avec la proportion de femmes sages-femmes car elles représentent environ 97,6% des professionnels [21].

La majorité des sages-femmes exercent en type 3. Ce chiffre est expliqué par l'effectif de la population de sages-femmes de l'Hôpital de la mère et de l'enfant (type 3) par rapport aux effectifs des maternités périphériques, ce d'autant plus qu'il manque les effectifs de deux maternités.



2.2. L'année de formation des étudiants

La grande majorité des sages-femmes disent encadrer les étudiants de toutes les années confondues. Les sages-femmes n'encadrent pas spécifiquement une année de formation car les étudiants sages-femmes des différentes promotions sont régulièrement sur les terrains de stages et les sages-femmes aussi sont confrontées à leur encadrement. Néanmoins, il existe quelques particularités. Les sages-femmes du secteur des consultations assurent spécifiquement l'encadrement d'étudiant en 3^{ème} année. Les étudiants de 4^{ème} et de 5^{ème} années effectuent des stages dans ce même secteur, mais leur encadrement est assuré essentiellement par des médecins.

2.3. Les représentations sociales des étudiants sages-femmes

Nous partions de l'idée que les sages-femmes avaient des représentations sociales positives des étudiants sages-femmes.

L'étude des représentations sociales montrent que trois thèmes majeurs apparaissent. Le premier thème est autour de la mission des sages-femmes à travers l'« **encadrement** » des étudiants sages-femmes. Le second aborde le statut de l'étudiant par le mot « **apprentissage** ». Enfin, le dernier fait référence à la « **formation** » dans sa globalité.

2.3.1 L'encadrement

Le mot « **encadrement** » désigne davantage le rôle des sages-femmes auprès des étudiants sages-femmes. L'encadrement est « *l'action d'assurer auprès d'une personne un rôle d'éducation et donc de mettre sous une autorité en constituant un ensemble hiérarchique* »⁵. Les sages-femmes enseignent aux étudiants en qualité de professionnelles. Selon Julie Gasnier, étudiante sage-femme, il s'agit de « *l'enseignement par le réalisme* ». La fonction d'encadrement apparaît ainsi comme la mission première de la sage-femme hospitalière. Les sages-femmes abordent également les qualités nécessaires pour cette mission et le but de cet encadrement.

En effet, elles mentionnent la « **patience** ». Nous retrouvons également le mot « **pédagogie** » qui se rapporte également à la fonction d'encadrement. Il s'agit de dispositions que les sages-femmes doivent avoir. L'idée de pédagogie est illustrée par la nécessité de « **transmission du savoir** », mot spécifique aux sages-femmes de type 1 ou 2.

⁵ Définition du dictionnaire Français du Larousse



Nous retrouvons également la notion de « **partage du savoir** » dans le champ lexical. Il s'agit d'un des objectifs de la sage-femme lorsqu'elle encadre un étudiant : lors de cet échange elle transmet son savoir-faire, ses connaissances.

Les sages-femmes évoquent également les difficultés rencontrées lors de l'encadrement. Elles s'entendent pour qualifier cette mission de difficile à travers l'expression « **difficulté d'encadrement** ». Cette difficulté peut être expliquée de différentes manières. Ici, il s'agit essentiellement des sages-femmes de type 1 ou 2 qui mentionnent ces difficultés.

Le premier point est la « **motivation** » des étudiants sages-femmes. En effet, ce mot fait partie du noyau central des sages-femmes de type 1 et 2. Les sages-femmes sont partagées en ce qui concerne l'implication des étudiants dans leur formation. L'implication est le reflet de la motivation de l'étudiant. En effet, une moitié se dit satisfaite : « *on trouve toujours des étudiants motivés et impliqués* ». Tandis, que l'autre moitié est globalement insatisfaite et estime qu'il y a un « *manque d'implication professionnelle* », « *manque d'investissement de certains étudiants* ».

Elles font le lien entre motivation et niveau de formation des étudiants : « *la formation de l'étudiant [est] différente selon leur motivation d'où des différences importantes entre différents étudiants d'un même niveau* » ; la « *formation serait suffisante mais tout dépend de la motivation et l'état d'esprit de l'étudiant* ». Certaines sages-femmes expliquent ce manque de motivation par le recrutement actuel. En effet, est évoqué le problème lié au recrutement par l'année de médecine : « *des étudiants ayant la vocation pour faire ce métier et butent sur la sélection 1ère année de médecine et à contraste des étudiant(e)s voués à faire médecine et parachutés en école de sage-femme par dépit* ». Cécile Lateyrie, dans son mémoire de fin d'études, avait montré qu'un étudiant sage-femme sur 2 souhaitait faire des études de médecine [22].

Par ailleurs, certaines sages-femmes évoquent des problèmes de comportement, d'attitudes des étudiants sages-femmes. Des sages-femmes de type 1 et 2 n'hésitent pas à dire « **c'est plus ce que c'était** ». D'autres propos viennent appuyer cette idée : « *les comportements, les attitudes, les motivations se sont dégradés nettement [...] ce n'est pas la formation en elle-même qui fait les mauvais étudiants mais les élèves eux-mêmes* ».

Une autre difficulté porte sur le temps nécessaire à l'encadrement qui est « **chronophage** ». Il est spécifique à la population des sages-femmes de type 1 ou 2. Les sages-femmes estiment que l'action d'encadrer « **prend du temps** ». Elles sont moins

confrontées à l'encadrement des étudiants sages-femmes ; elles travaillent davantage seules. Marion Desnoyer, étudiante sage-femme, trouve que la première difficulté rencontrée par les sages-femmes dans l'encadrement des étudiants est le manque de temps [23]. Nous retrouvons également cette contrainte chez les sages-femmes de type 1 ou 2, elles citent notamment le « **temps à accorder** ». Ce manque de temps est expliqué par les sages-femmes qui évoquent que la « **charge de travail augmente** ». Elles expliquent que l'activité ne permet pas « *un encadrement optimum* » : « *difficile d'encadrer correctement les étudiants lorsque la charge de travail est importante* ». Mathilde Verdier a fait le même constat dans son étude sur les étudiants infirmiers [24].

Les sages-femmes semblent manquer de repères dans la formation actuelle des étudiants. Nous retrouvons les expressions « **quelles connaissances ?** », « **difficulté à savoir le niveau de l'étudiant** ». Selon elles, « *les objectifs de l'étudiant et le niveau de connaissance sont rarement donnés* ». Mathilde Verdier fait le lien entre les différentes formations et les difficultés d'encadrement. Les encadrants infirmiers évoquent notamment les différences entre l'ancien et le nouveau diplôme comme difficulté pour l'encadrement des étudiants [24]. Une expression spécifique à la population des sages-femmes de type 1 ou 2 a été retrouvée : « **quelle année ?** ». Nous pouvons l'expliquer de plusieurs raisons. Tout d'abord, l'année de formation ne figure pas sur la tenue de l'étudiant. De plus, il est possible que l'étudiant n'annonce pas systématiquement son année de formation. Toutes les sages-femmes n'intègrent peut-être pas l'année de PACES pour calculer l'année de formation de l'étudiant ce qui porte à confusion. Il est alors difficile pour elles de faire le lien entre l'année d'étude et le niveau de l'étudiant ce qui complexifie la fonction d'encadrement. Enfin, elles connaissent probablement moins bien les étudiants sages-femmes que les sages-femmes de type 3. Elles ne les encadrent parfois que sur une période donnée.

2.3.2 Apprentissage

Le noyau central comporte le mot « **apprentissage** ». Il fait référence au statut de l'étudiant. Il désigne une « *initiation par l'expérience en vue d'apprendre un métier et par conséquence une formation professionnelle* »⁶. D'autres mots appuient ce terme comme « **apprenti** » « **apprendre** », « **pratique** », « **savoir-faire** » « **stage[s]** ».

⁶ Définition du dictionnaire Français du Larousse



Le mot apprentissage est spécifique aux sages-femmes recrutées par concours. Du fait de leur ancienneté, elles sont plus éloignées du cursus scolaire et donc davantage focalisées sur la pratique. Elles ont un champ lexical orienté sur la « **pratique** », elles citent entre autres : « **technique** », « **geste** », « **feuille de stage** ». L'apprentissage des étudiants inclut les temps de « **stage[s]** ». Certaines sages-femmes s'accordent pour dire que la formation actuelle « *manque de stage* ».

Le statut de l'étudiant apparaît avec le mot « **élève** » terme qui évoque l'étudiant mais à distinguer car ce dernier désigne une « *personne qui fait des études supérieures dans une université ou un établissement de l'enseignement supérieur, une grande école* »⁷. Il existe peut-être une différence entre le statut réel des étudiants sages-femmes et la représentation que les sages-femmes en ont. L'utilisation du terme « élève » était la norme au moment de la formation de certaines sages-femmes. De plus, dans la dénomination « école de sages-femmes », le terme est sous-entendu.

Il existe une référence à l'âge de l'étudiant, il est vu comme « **jeune** ». En effet, les étudiants sages-femmes ont majoritairement entre 18 et 25 ans. Mais, ce mot renvoie aussi à l'idée de « **novice** ». Cette idée d'« **inexpérience** » est reprise par d'autres mots du champ lexical des sages-femmes tels que : « **progression** », « **amélioration** ». Un mot à connotation très négative et d'usage familier a été noté : « **boulet** ». L'étudiant apparaît donc comme une « **charge de travail** » supplémentaire pour les sages-femmes. D'autres mots du champ lexical reprennent cette idée : « **encore !!** », « **lenteur** ». Cette description est peut-être celle d'un étudiant en début de cursus. Sa présence est plus ou moins valorisée par les professionnels. Certaines sages-femmes expliquent que c'est « **chouette, sauf si 2ème année** ». La majorité des sages-femmes accordent une confiance moyenne aux étudiants de 3ème année. Elles l'expliquent en raison d'un « **retard à la pratique** ». Beaucoup de sages-femmes insistent sur le fait que les soins infirmiers ne sont pas maîtrisés suffisamment tôt dans la formation : « *manque de dextérité dans les soins infirmiers en début de 3ème année* », « *élève de 3ème année pas assez autonome dans les soins basiques de nursing (pose VVP, [...])* ». Elles font état d'un « **manque d'expérience** ». Les sages-femmes expliquent qu'il y a « *moins de stage infirmiers en 2ème année* » et « *pas assez de stage dès le début des études* ». Selon elles, ce retard dans l'acquisition des gestes infirmiers devient problématique dans l'apprentissage des bases de l'obstétrique, surtout dans le secteur de la salle de naissance puisque une sage-femme dit que « *l'assimilation de la*

⁷ Définition du dictionnaire Français du Larousse

physiologie de la grossesse et de l'accouchement est rendue plus difficile ». D'ailleurs, les sages-femmes accordent aux étudiants de 3ème année une mauvaise confiance pour les actes spécifiques à la salle de naissance.

Les sages-femmes mentionnent aussi un « *manque de pratique* » pour certains gestes spécifiques à la salle de naissance : « *suture d'épisiotomie non acquises en dernière année* ». Pourtant, cela semble normal puisque la pratique d'épisiotomie a considérablement diminué. En 1998/1999, le taux d'épisiotomie était de 47%. En 2010, le taux global en France n'était plus que de 27% [25]. Actuellement, il est estimé à environ 20%. Par ailleurs, le manque de dextérité peut être expliqué de différentes manières. Nous pouvons évoquer les différentes techniques utilisées par les sages-femmes : blair-donati, points simples, points en X, surjet, surjet intradermique, De plus, certaines sages-femmes laissent peu suturer en début de cursus. Certains étudiants ne commencent à suturer qu'en 5ème année. Le manque de temps évoqué peut expliquer que les sages-femmes diffèrent l'encadrement de la suture de l'épisiotomie qui requière de la disponibilité. Selon elles, il est nécessaire d'avoir du « **temps à accorder** » car cela « **prends du temps** ».

D'autres actes sont également peu pratiqués, les sages-femmes mentionnent qu'il n'est « *pas rare qu'une étudiante n'ai jamais pratiqué : pose électrode de scalp, DA ou RU* ». Elles l'associent à une diminution du nombre de semaines de stage en salle de naissance : « *passage moins souvent en salle de naissance à l'HME* », « *Pas assez de stage en salle d'accouchement* ». Ainsi, la moitié des sages-femmes seulement sont satisfaites du positionnement professionnel de l'étudiant. Elles déplorent « *l'absence de cours* » pour appréhender le positionnement professionnel. Mathilde Verdier évoque aussi ces mêmes difficultés : « *bon nombre d'étudiants ont du mal à trouver cette place, entre être élève qui est là pour apprendre, et devenir le futur professionnel qui doit prendre des décisions et travailler en autonomie* » [24].

Les sages-femmes mentionnent qu'il existe parfois « *beaucoup de différences de niveau selon les étudiants sages-femmes* » et que c'est « *très hétérogène en fonction des étudiants* ». Elles l'expliquent par la multiplicité des lieux de stage mais aussi par le degré de motivation de l'étudiant.

La description de l'étudiant est faite avec des termes à connotation plutôt négative.

Malgré ces difficultés, les sages-femmes utilisent aussi un discours positif pour évoquer l'étudiant. Il est vu comme une « **aide** », qualificatif renforcé par les expressions « **aide importante** » et « **aide précieuse** ». Les sages-femmes voient les étudiants comme



un appui, un soutien. D'autres mots retrouvés sont à connotation positive comme « **connaissance** » et « **compétence** ».

Le champ lexical est riche sur les compétences et qualités que doivent acquérir les étudiants sages-femmes : « **dextérité** », « **autonome** », « **efficace** », « **rigueur** » ou bien « **savoir-faire** ».

De même, les compétences relationnelles sont largement évoquées comme « **douceur** », « **empathie** », « **agréable** », « **discrète** » « **patience** » et être « **disponible** ». L'« **écoute** » apparaît comme une qualité indispensable. Cécile Lateyrie retrouve cette qualité nécessaire à l'exercice de la profession : « **être à l'écoute** » [22]. Il en est de même pour Charlyne Léonce et Julie Gasnier, les patientes ont qualifié les étudiants sages-femmes d'être à l'« **écoute** » [19] [26]. Toutes ces compétences relationnelles renvoient à des traits de caractères féminins. Malgré une ouverture du métier au genre masculin, les termes utilisés font tous référence au genre féminin. Le champ lexical appuie cette idée à travers les termes « **filles** », « **féminin** », « **majoritairement féminin** » ou encore « **courageuse** » et « **respectueuse** ». Selon François-Xavier Schweyer, les compétences médicales du métier de sage-femme ne sont pas uniquement composées d'un savoir technique. Les qualités relationnelles sont citées « *comme qualité[s] nécessaire[s] à l'exercice du métier* ». Il cite notamment l'empathie. Selon lui, ces qualités ne relèvent pas d'« *un savoir mais bien d'une compétence de genre : il faut être femme pour la posséder* » [27].

Les sages-femmes recrutées par PCEM1 considèrent davantage les étudiants sages-femmes comme de « **futur collègue** », « **futur professionnel** » « **futur sage-femme** ». Cette description correspond à celle de l'étudiant en fin de cursus. Les échelles de confiance indiquent que les sages-femmes accordent une bonne voire une très bonne confiance aux étudiants en dernière année.

Le sentiment de confiance croît au fur et à mesure du cursus. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il est en lien avec le discours des sages-femmes : discours à connotations négatives pour des étudiants en début de cursus et discours à connotations positives pour des étudiants en fin de cursus. Julie Gasnier avait également observé que « *plus le niveau de l'étudiant est avancé, plus la satisfaction globale des patientes est importante* » [26].

2.3.3 Formation

Le dernier mot du noyau central est « **formation** », il renvoie au statut de l'étudiant sage-femme. Ce mot fait référence à l'ensemble du cursus de l'étudiant. La partie théorique est évoquée par les termes « **enseignement** », « **cours** », « **cours théorique** ». La partie

pratique du cursus est abordée sous les termes « **stage[s]** », « **cours pratique** ». La formation est aussi présentée grâce à ses acteurs, formateurs : « **enseignante** », « **monitrice** », « **école** », « **hôpital** ». Ces mots désignent à la fois les personnes qui entourent les étudiants mais également les lieux ou institutions dans lesquels est dispensée la formation.

Le terme « **étude** » est également retrouvé. Il a été associé à deux adjectifs dont la connotation est négative : « **étude difficile** » et « **étude longue** ». Les sages-femmes ont donc conscience de la difficulté mais également de la longueur des études : « **la pauvre, 5 ans !** ». Certaines sages-femmes ont fait référence à leur cursus dont la durée était plus courte : 3 ans. Pour elles, la « **vocation** » est nécessaire pour suivre la formation.

Le noyau central des représentations des sages-femmes de type 3 comporte en plus les mots « **évaluation** » et « **stage** ». Par ces mots, elles font référence à leur investissement dans la formation des étudiants. En effet, certaines participent aux évaluations, et beaucoup encadrent des étudiants en stages. Le mot « **école** », terme spécifique à cette population, est expliqué par la proximité géographique du centre hospitalier avec la structure école.

Les sages-femmes issues de PCEM1, plus jeunes, ont un vocabulaire plus riche : « **évaluation** », « **stage** », « **étude** », « **mémoire** », « **feuille de stage** », « **diplôme** », « **concours** », « **TP simulation** ». La fin de leurs études est plus proche. Le cursus reste encore probablement à l'esprit des jeunes professionnelles.

Les sages-femmes ont des avis contradictoires sur la formation actuelle : certaines sages-femmes estiment que la formation est moins bonne alors que d'autres pensent qu'il s'agit d'une bonne formation.

Près d'1/3 pensent qu'elle est insuffisante. Elles regrettent que l'accent soit mis sur la formation théorique au détriment de la pratique : « *formation théorique de plus en plus importante par rapport à l'apprentissage pratique et parfois inadaptée en condition réelle d'exercice* ». Certaines sages-femmes disent que la formation actuelle est « *de moins bonne qualité* ». Selon elles, « *depuis la nouvelle réforme [...] les stages ont beaucoup diminué c'est flagrant* ». Le « *niveau des étudiants semblent moins élevé* ».

L'accent est mis sur une diminution de la pratique par rapport à la théorie à plusieurs reprises : « *moins de stage qu'avant surtout au niveau infirmier* », « *manque beaucoup de*

stage durant la formation » ou « courte présence en stage », « accent mis sur la théorie au détriment peut être de la pratique » et selon les sages-femmes, la « formation actuelle les met en difficulté dès le début du cursus ». Il est vrai que l'organisation des stages a été modifiée. Cependant, il y a un équilibre puisque les semaines de stages supprimées au premier cycle des études ont été « ajoutées » en second cycle. Certaines sages-femmes disent même que « depuis la réforme, le niveau des étudiants [...] semblent moins élevé »

La moitié des sages-femmes estiment que la formation actuelle prépare suffisamment les étudiants. Quelques sages-femmes pensent que la « *formation théorique et surtout des pathologies [...] apparaissent plus complètes qu'avant* », « *très bonne formation théorique* ». Certaines sages-femmes soulignent les « *nombreux stages dans les différents services, très bonne formation théorique* ». Mais, les sages-femmes gardent toujours à l'esprit ce manque de pratique, elles estiment qu'il y a une « *grande connaissance théorique mais beaucoup moins de pratique* ».

Cette formation théorique est considérée de bonne qualité par les sages-femmes car les étudiants bénéficient d'une formation riche en approche pédagogique : « *multitude[s] de TP, formatives, ...* », « *formation réanimations néonatales, manœuvres obstétricales, formatives cliniques* »

Certaines sages-femmes ont relevé un « *manque de compagnonnage entre les différentes années* » même qu'il « *n'existe plus* ». Jean Piaget estime que la relation avec les pairs est plus favorable. Selon lui, elle est pleine de coopération. Tandis que la relation avec un adulte serait influencée par l'autorité et serait asymétrique. Ainsi il paraît plus facile pour un étudiant d'être encadré par un autre étudiant puisqu'ils peuvent partager leurs difficultés et interrogations. La relation de confiance peut apparaître plus importante. Ici, les pairs sont au même rang social que l'encadré. Tandis que face à un professionnel, l'étudiant doit trouver sa place et la justifier. [28]

2.4. La confiance des sages-femmes

La confiance qu'accordent les sages-femmes est primordiale pour l'encadrement et l'apprentissage de l'étudiant. En effet, plus la confiance est importante plus l'étudiant pourra travailler en autonomie et également acquérir confiance en soi. Les sages-femmes

accordent une confiance moyenne allant de 5,44 à 7,49 sur 10. Cependant, plus l'étudiant est avancé dans son cursus, plus la confiance qu'accordent les sages-femmes est importante. Mais d'autres éléments font varier cette confiance.

2.4.1 Une bonne confiance

Les sages-femmes exerçant en type 1 et en type 2 accordent une bonne confiance aux étudiants sages-femmes. Selon elles, les stages « *dans les niveaux 2 et 1 leurs permet d'avoir davantage confiance en eux* ».

Les sages-femmes qui exercent dans les secteurs des consultations et des suites de couches accordent une bonne confiance.

Il est possible que le nombre moins important de situations pathologiques dans les structures de type 1 et 2 ou dans certains secteurs d'activités favorise la bonne confiance.

La « bonne confiance » porte tout particulièrement sur des actes spécifiques aux suites de couches mais également sur des actes que la sage-femme peut superviser ou faire avant ou après la réalisation par l'étudiant comme l'analyse du rythme cardiaque fœtal, le toucher vaginal, la ponction veineuse du nouveau-né. Dans ces cas, le degré d'urgence immédiate est moindre.

La prise en charge de la pathologie en salle de naissance semble acquise en 5ème année comme le témoigne la bonne confiance attribuée par les sages-femmes. Ici, elle est expliquée par l'année d'étude de l'étudiant.

Charlyne Léonce a montré que les patientes accordent également une bonne voire une très bonne confiance aux étudiants sages-femmes en consultations et en suites de couches. La présence de l'étudiant lors des consultations est même qualifiée de bénéfique puisque les étudiants « *améliorent l'information reçue par les femmes* ». Dans les suites des couches, les patientes décrivent les étudiants comme délivrant « *de bons conseils* ». De plus, les patientes pensent que les étudiants font preuve de « beaucoup de douceur », qualité citée dans notre étude par les sages-femmes comme indispensable au métier. [19]

2.4.2 Une confiance moyenne voire mauvaise

Les sages-femmes qui exercent en type 3 font moins confiance aux étudiants sages-femmes. Dans ces établissements, l'activité est plus importante et les sages-femmes rencontrent plus de situations à risque. Une sage-femme explique cette moindre confiance : « *j'ai du mal à faire confiance et à laisser les étudiantes prendre des décisions lors des*

situations urgentes ». Ceci influe sur la satisfaction des sages-femmes sur la prise de décision des étudiants. La responsabilité des sages-femmes engendre une difficulté à accorder la confiance aux étudiants dans des situations à risque lorsque les enjeux pour la mère et l'enfant sont importants. Il est par contre étonnant que les sages-femmes de type 3 accordent une mauvaise confiance dans la réalisation d'une consultation de suivi de grossesse et l'interrogatoire médical. Ces actes sont spécifiques au secteur des consultations et doivent être acquis en fin de 3ème année. Cette mauvaise confiance s'explique par l'année de formation de l'étudiant. En effet, les sages-femmes de consultations encadrent seulement des troisièmes années qui sont en début de cursus. Majoritairement les actes de suites de couches font l'objet d'une bonne confiance de la part des sages-femmes. Néanmoins, celles de type 3 accordent une mauvaise confiance dans la prise en charge de l'allaitement maternel.

La salle de naissance apparaît être un secteur où la confiance accordée est moins bonne. Les sages-femmes estiment qu'il n'y a « *pas assez de stage en salle d'accouchement* ». Elles évoquent également la durée des stages insuffisante : « *stages décousus, parfois 1 semaine en salle de naissance* ». Pour les actes spécifiques à la salle de naissance, les sages-femmes accordent une confiance à peine supérieure à la moyenne voire inférieure à la moyenne. Trois actes se distinguent avec des mauvaises confiances. Il s'agit de l'accouchement, acte représentatif du métier de sage-femme. En 1994, le Haut Comité de Santé Publique se concentre sur la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance [29]. L'accouchement est alors considéré comme à risque, c'est pourquoi il peut être difficile d'accorder la confiance. Les premiers gestes au nouveau-né font également l'objet d'une mauvaise confiance. La réanimation néonatale suppose une prise en charge rapide et efficace difficile à confier aux étudiants. Le même constat est fait pour la réalisation d'une consultation d'urgence en raison des risques potentiels pour la mère et le bébé.

Charlyne Léonce fait un constat très différent. Les patientes accordent une très bonne confiance aux étudiants en salle de naissance : « *la pratique de l'accouchement [...] par les étudiants sages-femmes semblent être vécue en toute confiance par les patientes* ». Les patientes associent l'accouchement à un « *acte naturel* », la confiance accordée était de 8,06/10 [19]. Les sages-femmes accordent une confiance deux fois moins importante.



3. Propositions et ouvertures

La population de sage-femme de type 1 et de type 2 est sous représentée. Il serait donc intéressant de faire une étude à plus grande échelle et prendre en compte la Région Nouvelle-Aquitaine pour avoir des effectifs plus importants afin de connaître plus précisément les représentations et la confiance attribuée à l'étudiant sage-femme.

Un autre point important à développer est le compagnonnage entre étudiants. Les étudiants sages-femmes en 4ème et dernières années d'école pourraient être initiés à l'encadrement des étudiants d'années inférieures. Cela pourrait les préparer à leur pratique de futurs professionnels lorsqu'ils encadreront des étudiants.

Dans cette optique, il pourrait être intéressant de proposer une option « tuteur de stage » aux dernières années afin qu'ils puissent encadrer les étudiants sages-femmes de 2ème année sur la réalisation d'actes de soins infirmiers (prise de sang, pose cathéter veineux, ...) ou autres actes sous forme de travaux pratiques. Le bénéfice serait double : pour l'encadrant qui développerait un sentiment de confiance personnel et professionnel ; pour l'encadré qui aurait une augmentation de sa motivation, une compréhension facilitée de la technique car il serait aidé par un pair, la situation pourrait être moins stressante.

Enfin, il paraît important de trouver une solution pour que la confusion dans l'année de formation ne perdure pas et ainsi que les attentes des sages-femmes soient corrélées au niveau de l'étudiant sage-femme. L'idée de Charlyne Léonce nous apparaît idéale. Elle avait proposé l'identification de l'année de formation des étudiants par le biais d'un badge, mis à jour tous les ans. [19]



Conclusion

Les représentations sociales des sages-femmes restent centrées sur le statut de l'étudiant sage-femme et la globalité de sa formation, mais elles n'oublient pas le rôle qu'elles ont dans leur apprentissage.

Les sages-femmes accordent majoritairement une bonne confiance aux étudiants. Néanmoins, la confiance accordée en salle de naissance est moindre par rapport aux autres secteurs d'activités. Elle n'est pas influencée par le mode de recrutement. Mais, il existe des nuances selon le type de la maternité : les sages-femmes de type 1 accordent majoritairement une meilleure confiance que les sages-femmes de type 2 et de type 3. Finalement, les sages-femmes de type 3 ont le moins confiance alors que ce sont elles qui encadrent le plus les étudiants sages-femmes.

La confiance accordée par les sages-femmes est en constante augmentation tout au long de la formation des étudiants sages-femmes mais elle varie selon le type de soin effectué par l'étudiant.

Les sages-femmes sont partagées concernant leurs représentations des étudiants sages-femmes. Elles ont une vision plutôt positive lorsqu'elles évoquent la formation théorique : une bonne formation théorique, la diversité des stages, la richesse des approches pédagogiques (nombreux travaux pratiques, ...).

Par contre, les termes sont plutôt négatifs quand elles font référence à la formation pratique : le manque de stages tout particulièrement en 2ème année et la non-réalisation de certains actes spécifiques à la salle de naissance (délivrance artificielle, épisiotomie, ...) ainsi que l'absence de compagonnage entre les étudiants.

Près de la moitié des sages-femmes sont globalement insatisfaites du positionnement des étudiants sages-femmes. Certains regrettent le manque d'implication de l'étudiant.

Ce mémoire a donc montré que les sages-femmes hospitalières du Limousin ont une représentation plutôt neutre des étudiants sages-femmes.

Une minorité de sages-femmes estiment que la formation prépare totalement les étudiants à leur entrée dans la vie active. Un tiers pensent que la formation les prépare insuffisamment voire pas du tout correctement. Ainsi, il serait intéressant de savoir pourquoi les sages-femmes se positionnent ainsi.



Références bibliographiques

[1] Projet pédagogique, école de sage-femme de Limoges, version 6 mis à jour le 16 octobre 2014 ; p23 et 24 (consulté le 06 décembre 2017)

[2] Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [en ligne]. In Journal Officiel, n°0184 du 10 août 2011, p. 13714, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id> » (consulté le 06 décembre 2012)

[3] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [en ligne]. In Journal Officiel n°0074 du 28 mars 2013, p. 5288, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825&categorieLien=id> » (consulté le 06 décembre 2017)

[4] Arrêté du 13 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales [en ligne]. In Journal Officiel, n°292 du 15 décembre 2002, p. 20795, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000782405> » (consulté le 30 novembre 2017)

[5] Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé [en ligne]. In Journal Officiel, n°266 du 17 novembre 2009, p. 19838, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&categorieLien=id> » (consulté le 15 septembre 2016)

[6] Arrêté du 23 mai 1973 fixant le programme d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. In Journal Officiel du 27 mai 1973, p5756, disponible en ligne :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000455172&dateTexte=> » (consulté le 9 septembre 2016)



[7] Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes [en ligne]. In Journal Officiel du 29 septembre 1985, p. 11313, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000502386> »

(consulté le 15 septembre 2016)

[8] DESNOYERS Emeline, « Profession sage-femme et problématique du genre », mémoire de master 2 recherche, sous la direction de Nicky LE FEUVRE, Toulouse, Département de sociologie, Université Toulouse Le Mirail, 2006-2007. Pages 11 à 44.

[9] Décret n°2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation [en ligne]. In Journal Officiel n°166 du 19 juillet 2012, p. 11840, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1226287D/jo/texte> » (consulté le 30 août 2016)

[10] Association nationale des sages-femmes orthogénistes. Les compétences de la sage-femme en orthogénie [en ligne] : <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/l-orthogenie-c-est-quoi/les-competences-de-la-sage-femme-en-orthogenie/> (consultée le 28 août 2016)

[11] MORIN, Christine et LEYMARIE, Marie-Christine. Evolution de la formation des sages-femmes. Les D.O, août-septembre 2014, n°440, p.28 à p.32

[12] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme [en ligne]. In, Journal Officiel n°294 du 19 décembre 2001, p. 20115, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215967&categorieLien=id> » (consulté le 16 septembre 2016)

[13] FOUGERAS Elise, « Les représentations du métier de sage-femme », mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, sous la direction de Marie-Noëlle VOIRON, Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie, 2014. Page 11 à 23



[14] Code de déontologie des sages-femmes version consolidée du 19 juillet 2012, disponible en ligne :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D/jo/texte> » (consulté le 30 novembre 2017)

[15] Arrêté du 10 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer [en ligne]. In, Journal Officiel n°11 du 14 janvier 2011, p. 797, disponible sur :

« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023417916&categorieLien=id> » (consulté le 30 août 2016)

[16] Programme de l'enseignement théorique en ECTS, Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, 2016

[17] JODELET, Denise. Présentation. In *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France, 2003, pages 3, 8 et 9. Disponible en ligne :

« <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=XeMICwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=Les+pr%C3%A9sentations+sociales.+Presses+universitaires&ots=98cXqq995R&sig=67sAjukecn5hGWUpAxan3ZnnNnA#v=onepage&q&f=false> » (consulté le 25 novembre 2017)

[18] Psychologie sociale. Les représentations sociales. [en ligne] :« http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28 » (page consultée le 25 novembre 2017)

[19] LEONCE Charlyne, « Les étudiantes sages-femmes vu par les patientes », mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, sous la direction de Valérie GAGNERAUD, Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie, 2016.

[20] Serpsy. Les représentations sociales. [en ligne] : « http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html » (consultée le 31 août 2016)

[21] DREES, Document de travail, Les professions de santé au 1er Janvier 2014, p28 à p37. Document disponible sur drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf

[22] LATEYRIE Cécile, « Construction de l'identité professionnelle et représentations sociales des étudiants sages-femmes », mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, sous la direction de Valérie GAGNERAUD, Limoges, Faculté de médecine, 2013.

[23] DESNOYER Marion, « Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage », mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, sous la direction de Isabelle PERRIER, Clermont-Ferrand, Faculté de médecine-Université d'Auvergne, 2012.

[24] VERDIER Mathilde, « Etudiants infirmiers sur les lieux de stage : vers un encadrement formateur ? », mémoire pour le diplôme d'Etat d'infirmier, sous la direction de Christian THERBY, Guéret, Institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Guéret, 2016.

[25] STRANDMAN Barbara, Episio.info Site d'information sur l'épisiotomie, [en ligne] <http://www.episio.info/connaître/taux-episio/> (consulté le 13 mai 2018)

[26] GASNIER Julie, « La relation étudiant-patient : accueil et perception de l'étudiant sage-femme par les patientes au CHU de Caen », mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, sous la direction de Laura GONCALVES DE SANTIAGO, Caen, Université de Caen Basse-Normandie, 2015

[27] SCHWEYER François-Xavier, La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste, Sciences sociales et santé, 3 (14), p68. Document disponible sur https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1996_num_14_3_1369



[28] PIAGET Jean, « Logique génétique et sociologie », Revue philosophique de la France et de l'étranger, p 168-205

[29] Haut Comité de Santé Publique, La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité, janvier 1994.



Annexes

Annexe 1. Objectifs de la profession de sage-femme	54
Annexe 2. Tableau de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches.....	55
Annexe 3. Tableau comparatif de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches selon le type de maternité.....	56
Annexe 4. Tableau comparatif de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches selon le mode de recrutement	57
Annexe 5. Tableau de la confiance des actes de polyvalence.....	58
Annexe 6. Tableau comparatif de la confiance des actes de polyvalence selon le type de maternité	59
Annexe 7. Tableau comparatif de la confiance des actes de polyvalence selon le mode de recrutement.....	60
Annexe 8. Tableau de la confiance des actes en consultation	61
Annexe 9. Tableau de la confiance des actes en suites de couches.....	62
Annexe 10. Questionnaire	63



Annexe 1. Objectifs de la profession de sage-femme

« La sage-femme développera des capacités regroupées dans les différentes catégories d'objectifs afin de produire des actions en faveur de la santé maternelle et infantile :

- prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie et de la pédiatrie ;
- assurer la surveillance clinique et paraclinique de la grossesse ;
- dépister les situations à risque médical, psychique ou social et orienter les patientes vers un niveau de soin adapté ;
- assurer la surveillance du travail et de la vitalité fœtale ;
- pratiquer l'accouchement normal et sa délivrance ;
- accueillir et assurer les soins des nouveau-nés ;
- participer à la sécurité physique et psychologique de la mère et du nouveau-né à la naissance ;
- assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant ;
- favoriser la relation mère/père/enfant ;
- participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur ;
- participer à des programmes de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins ;
- développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé pour assurer une meilleure qualité des soins ;
- développer des actions collectives (recherche...)



Annexe 2. Tableau de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3ème année	Consultation en urgence	5,61/10
	Premiers gestes sur nouveau-né	5,35/10
	Surveillance d'une accouchée	7,85/10
	Surveillance d'un nouveau-né	6,03/10
	Prise en charge de l'allaitement maternel	5,97/10
4ème année	Analyse du RCF	6,88/10
	Réalisation d'un accouchement	6,37/10
	Ponction veineuse du nouveau-né	7,46/10
	Conseils de sortie donnés	7,69/10
5ème année	Suture d'épisiotomie	7,22/10
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,54/10
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	8,17/10



Annexe 3. Tableau comparatif de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches selon le type de maternité

Année de l'étudiant	Actes	Type 2	Type 3	<i>p</i>
3ème année	Consultation en urgence	6,6/10	5,13/10	0,0277
	Premiers gestes sur nouveau-né	6,27/10	4,90/10	0,025
	Surveillance d'une accouchée	7,36/10	6,57/10	0,177
	Surveillance d'un nouveau-né	7,17/10	5,40/10	0,002
	Prise en charge de l'allaitement maternel	6,65/10	5,6/10	0,100
4ème année	Analyse du RCF	7,59/10	6,53/10	0,034
	Réalisation d'un accouchement	7,64/10	5,73/10	0,0016
	Ponction veineuse du nouveau-né	7,69/10	7,34/10	0,476
	Conseils de sortie donnés	7,7/10	7,66/10	0,96
5ème année	Suture d'épisiotomie	8,38/10	6,67/10	0,014
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,92/10	7,35/10	0,243
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	8,65/10	8,13/10	0,760



Annexe 4. Tableau comparatif de la confiance des actes en salle d'accouchement et suites de couches selon le mode de recrutement

Année de l'étudiant	Actes	concours	PCEM1	<i>p</i>
3ème année	Consultation en urgence	5,98/10	5,45/10	0,498
	Premiers gestes sur nouveau-né	5,26/10	5,39/10	0,866
	Surveillance d'une accouchée	6,81/10	6,87/10	0,934
	Surveillance d'un nouveau-né	6,29/10	5,9/10	0,528
	Prise en charge de l'allaitement maternel	6,07/10	5,93/10	0,823
4ème année	Analyse du RCF	7,17/10	6,75/10	0,480
	Réalisation d'un accouchement	6,59/10	6,27/10	0,693
	Ponction veineuse du nouveau-né	6,75/10	7,77/10	0,063
	Conseils de sortie donnés	7,1/10	7,97/10	0,072
5ème année	Suture d'épisiotomie	7,03/10	7,31/10	0,769
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,65/10	7,48/10	0,751
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	8,23/10	8,15/10	0,833



Annexe 5. Tableau de la confiance des actes de polyvalence

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3ème année	Interrogatoire médical	6,32/10
	Consultation de suivi de grossesse	6,54/10
	Conseils donnés	6,75/10
	Consultation en urgence	5,29/10
	Premiers gestes du nouveau-né	5,75/10
	Surveillance d'une accouchée	7,00/10
	Surveillance du nouveau-né	6,28/10
	Prise en charge de l'allaitement maternel	5,34/10
4ème année	Toucher vaginal	7,59/10
	Analyse du RCF en consultations	7,25/10
	Analyse du RCF en salle de naissance	6,64/10
	Réalisation d'un accouchement	5,98/10
	Ponction veineuse du nouveau-né	7,45/10
	Conseils de sortie donnés	7,39/10
5ème année	Suture d'épisiotomie	6,88/10
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,66/10
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	7,88/10



Annexe 6. Tableau comparatif de la confiance des actes de polyvalence selon le type de maternité

Année de l'étudiant	Actes	Type 1	Type 2	Type 3
3ème année	Interrogatoire médical	6,77/10	7,02/10	4,5/10
	Consultation de suivi de grossesse	7,31/10	6,85/10	4,73/10
	Conseils donnés	7,04/10	7,1/10	5,73/10
	Consultation en urgence	6,47/10	5,76/10	4,44/10
	Premiers gestes du nouveau-né	7,37/10	4,66/10	4,68/10
	Surveillance d'une accouchée	7,84/10	7,08/10	5,82/10
	Surveillance du nouveau-né	6,6/10	6,84/10	5/10
	Prise en charge de l'allaitement maternel	6/10	5,48/10	4,7/10
4ème année	Toucher vaginal	7,87/10	8,05/10	6,4/10
	Analyse du RCF en consultations	7,73/10	7,78/10	5,63/10
	Analyse du RCF en salle de naissance	7,46/10	6,52/10	5,32/10
	Réalisation d'un accouchement	7,2/10	5,52/10	4,58/10
	Ponction veineuse du nouveau-né	8,14/10	7,75/10	6,08/10
	Conseils de sortie donnés	8,23/10	7,44/10	6,38/10
5ème année	Suture d'épisiotomie	8,74/10	6,26/10	4,98/10
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	8,86/10	7,1/10	6,46/10
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	8,66/10	7,76/10	6,66/10



Annexe 7. Tableau comparatif de la confiance des actes de polyvalence selon le mode de recrutement

Année de l'étudiant	Actes	Concours	PCEM1	<i>p</i>
3ème année	Interrogatoire médical	6,11/10	6,63/10	0,58
	Consultation de suivi de grossesse	6,33/10	6,84/10	0,6
	Conseils donnés	6,76/10	6,74/10	0,98
	Consultation en urgence	5,32/10	6,05/10	0,38
	Premiers gestes du nouveau-né	5,43/10	6,18/10	0,5
	Surveillance d'une accouchée	7,08/10	6,96/10	0,90
	Surveillance du nouveau-né	6,63/10	5,71/10	0,29
	Prise en charge de l'allaitement maternel	5,88/10	5/10	0,229
4ème année	Toucher vaginal	7,57/10	7,61/10	0,95
	Analyse du RCF en consultations	7,22/10	7,3/10	0,91
	Analyse du RCF en salle de naissance	6,37/10	6,76/10	0,66
	Réalisation d'un accouchement	5,98/10	5,89/10	0,90
	Ponction veineuse du nouveau-né	6,92/10	7,84/10	0,30
	Conseils de sortie donnés	7,36/10	7,73/10	0,66
5ème année	Suture d'épisiotomie	6,62/10	7,23/10	0,64
	Prise en charge de pathologie en salle de naissance	7,48/10	7,81/10	0,69
	Prise en charge de pathologie en suites de couches	7,56/10	8,09/10	0,48



Annexe 8. Tableau de la confiance des actes en consultation

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3 ^{ème} année	Interrogatoire médical	6,77/10
	Consultation de suivi de grossesse	6,93/10
	Conseils donnés	7,63/10
4 ^{ème} année	Toucher vaginal	7,88/10
	Analyse RCF	8,23/10



Annexe 9. Tableau de la confiance des actes en suites de couches

Année de l'étudiant	Actes	Population générale
3 ^{ème} année	Surveillance d'une accouchée	6,87/10
	Surveillance d'un nouveau-né	5,13/10
	Prise en charge de l'allaitement maternel	5,36/10
4 ^{ème} année	Ponction veineuse du nouveau-né	7,23/10
	Conseils de sortie donnés	7,93/10
5 ^{ème} année	Prise en charge de pathologie	8,11/10



Annexe 10. Questionnaire

Bonjour, je suis Méлина VALLAUD, étudiante sage-femme à Limoges. Pour mon mémoire de fin d'étude, j'étudie les conséquences que les changements dans la formation des étudiants sages-femmes ont sur les représentations des sages-femmes.

Ce questionnaire est anonyme. Je vous remercie par avance du temps accordé à son remplissage.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Vous êtes ?

Un homme

Une femme

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

4. Dans quel type de maternité exercez-vous ?

Type 3

Type 2

Type 1

5. Dans quel(s) secteur(s) d'activité exercez-vous ?

Consultations

Bloc d'accouchement

Suites de couche

6.

a) Inscrivez dans le tableau ci-dessous 10 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez

« **Étudiants sages-femmes** »

a)		f)	
b)		g)	
c)		h)	
d)		i)	
e)		j)	

b) **Dans le tableau ci-dessus**, ordonnez les mots, idées, expressions par ordre d'importance.

1 correspond au mot le plus proche de l'idée associée aux étudiants sages-femmes et 10 correspond au mot le plus éloigné de cette idée.



7. Pensez-vous que le positionnement professionnel des étudiants sages-femmes est globalement en rapport avec leur année de formation ?

- Pas du tout Moyennement
 En grande partie Totalement

8. Pensez-vous que la prise de décision des étudiants sages-femmes est globalement en rapport avec leur année de formation ?

- Jamais Assez souvent
 Souvent Toujours

9. Pensez-vous que l'implication des étudiants sages-femmes dans leur formation est globalement en rapport avec leur année de formation ?

- Pas du tout Moyennement
 En grande partie Totalement

10. Vous encadrez plus fréquemment des étudiants de :

1 seule réponse attendue

- 3^{ème} année 4^{ème} année
 5^{ème} année Toutes les années

La suite du questionnaire est scindée en différentes parties correspondant aux différents secteurs d'activité.



Vous exercez en consultation :

11. Positionnez une croix sur l'échelle selon la confiance générale que vous accordez aux étudiants sages-femmes plus fréquemment encadrés lorsqu'ils effectuent les actes mentionnés ci-dessous.

0 étant « je n'avais aucune confiance envers les étudiants sages-femmes »

10 étant « j'avais une confiance totale envers les étudiants sages-femmes »

Rayez l'échelle si l'acte n'a pas été effectué par des étudiants.

Interrogatoire médical acquis en 3^{ème} année :



Consultation de suivi de grossesse physiologique (examen général, obstétrical : position du fœtus, mesure de la hauteur utérine, pose de monitoring) acquis en 3^{ème} année :



Toucher vaginal acquis en 4^{ème} année :



Conseils donnés aux gestantes (conseils hygiéno-diététiques, conseils de retour en urgence) acquis en 3^{ème} année :



Analyse du rythme cardiaque fœtal acquis en 4^{ème} année :



Vous exercez en salle d'accouchement :

12. Positionnez une croix sur l'échelle selon la confiance générale que vous accordez aux étudiants sages-femmes plus fréquemment encadrés lorsqu'ils effectuent les actes mentionnés ci-dessous.

0 étant « je n'avais aucune confiance envers les étudiants sages-femmes »

10 étant « j'avais une confiance totale envers les étudiants sages-femmes »

Rayez l'échelle si l'acte n'a pas été effectué par des étudiants.

Consultation de grossesse en urgence (examen général, obstétrical : position du fœtus, mesure de la hauteur utérine, pose de monitoring, touchers vaginaux) acquis en 3^{ème} année :



Analyse d'un rythme cardiaque fœtal acquis en 4^{ème} année :



Réalisation d'un accouchement acquis en 4^{ème} année :



Suture d'épisiotomie acquis en 5^{ème} année :



Premiers gestes à la naissance du nouveau-né (aspiration, ...) en 3^{ème} année :



Vous exercez en suites de couches :

13. Positionnez une croix sur l'échelle selon la confiance générale que vous accordez aux étudiants sages-femmes plus fréquemment encadrés lorsqu'ils effectuent les actes mentionnés ci-dessous.

0 étant « je n'avais aucune confiance envers les étudiants sages-femmes »

10 étant « j'avais une confiance totale envers les étudiants sages-femmes »

Rayez l'échelle si l'acte n'a pas été effectué par des étudiants.

Surveillance clinique d'une accouchée (examen général, obstétrical : involution utérine, examen du périnée) acquis en 3^{ème} année :



Surveillance clinique du nouveau-né acquis en 3^{ème} année :



Ponctions veineuses des nouveau-nés acquis en 4^{ème} année :



Prise en charge de l'allaitement maternel (aide, conseil, suivi,...) acquis en 3^{ème} année :



Conseils de sortie donnés aux patientes acquis en 4^{ème} année :



VALLAUD Mélina

LE REGARD DES SAGES-FEMMES SUR LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

69 pages

Mémoire de fin d'études – école de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2017-2018

RESUME

L'objectif de ce mémoire a été de décrire les représentations que les sages-femmes hospitalières du Limousin ont des étudiants sages-femmes. Nous avons réalisé une analyse prototypique et catégorielle basée sur la méthodologie des associations verbales. Nos résultats montrent que les sages-femmes ont une représentation plutôt positive de la formation théorique des étudiants sages-femmes. Elles ont une représentation plutôt négative pour leur formation pratique et de leur implication. Elles placent leur statut d'étudiant au centre de leur représentation.

MOTS-CLES

Etudiants sages-femmes, sages-femmes, représentations, confiance, implication

