



**HAL**  
open science

# La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel

Coralie Fregonese

► **To cite this version:**

Coralie Fregonese. La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel. Education. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2016. Français. NNT : 2016TOU20093 . tel-01906266

**HAL Id: tel-01906266**

**<https://theses.hal.science/tel-01906266>**

Submitted on 26 Oct 2018

**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.



Université  
de Toulouse

# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE TOULOUSE

**Délivré par :**

Université Toulouse – Jean Jaurès

---

**Présentée et soutenue par :**

Coralie FREGONESE

le mardi 15 novembre 2016

**Titre :**

La professionnalisation des sages-femmes :  
étude de la dynamique d'un système représentationnel

TOME I

---

**Ecole doctorale et spécialité :**

ED CLESCO : Sciences de l'éducation

**Unité de recherche :**

UMR Education Formation Travail Savoirs (EFTS)

**Directeurs de thèse :**

Christine MIAS, Professeur des universités, Université de Toulouse - Jean Jaurès

Pierre RATINAUD, Maître de conférences, Université de Toulouse - Jean Jaurès

**Jury :**

**Rapporteurs**

Thémis APOSTOLIDIS, Professeur des universités, Université Aix Marseille

Chantal EYMARD, Maître de conférences HDR, Université Aix Marseille

**Autre membre du jury**

Richard WITTORSKI, Professeur des universités, Université de Rouen



# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Christine Mias qui m'a permis de réaliser ce projet de recherche sur cette thématique, pour son soutien et sa bienveillance.

Je tiens ensuite à remercier vivement Pierre Ratinaud qui m'a accompagnée dans ce travail de recherche, pour son aide et sa confiance, et pour toutes ses années passées autour du thème des représentations et de la profession de sage-femme.

Je tiens également à remercier tous les étudiants et les jeunes professionnels sages-femmes qui ont participé à la réalisation de cette recherche et sans qui rien n'aurait pu se faire.

Enfin une attention particulière à tous ceux qui m'accompagnent au quotidien et qui ont toujours été présents par leurs encouragements et leur soutien.



# Sommaire

---

Remerciements.....	5
Sommaire .....	7
Introduction.....	9
1. Sage-femme et formation sage-femme .....	13
2. La professionnalisation.....	43
3. Les représentations sociales.....	61
4. Problématique et méthodologie.....	87
5. Résultats .....	101
6. Discussion .....	167
Conclusion .....	193
Bibliographie .....	197
Glossaire.....	214
Liste des tableaux .....	215
Liste des schémas .....	218
Liste des graphiques .....	219
Table des matières.....	221



# Introduction

---

Avec les différents modèles d'universitarisation des métiers de la santé et du social, la formation initiale doit prendre en compte de nombreux éléments tels que les référentiels professionnels, les programmes de formation, les champs de compétences professionnelles, les terrains d'activité professionnelle... et, donc, en fonction de ces divers éléments, faire le bon choix dans les stratégies d'apprentissage. Formatrice en école de sages-femmes depuis neuf ans, je me suis souvent interrogée sur le sens à donner à cette formation, sur les critères à prendre en compte pour permettre aux acteurs de demain de s'insérer dans le monde du travail dans des conditions optimales.

La formation de sage-femme est une formation de cinq ans au cours desquels les étudiants font des apprentissages autant théoriques que pratiques. Comprendre les transformations qui s'opèrent pendant le processus de professionnalisation à l'œuvre au cours de cette formation initiale apparaît comme fondamental. Une enquête précédente (Frégonèse, 2012 ; Frégonèse & Ratinaud, 2015) sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme auprès des acteurs de la périnatalité nous a permis de comprendre les attentes que les professionnels de terrain ont vis-à-vis des futurs diplômés. Une seconde enquête de type transversal nous a permis de compléter cette étude directement auprès des étudiants eux-mêmes pour tenter de comprendre comment leurs représentations évoluent au cours de leur formation au sein d'une même école (Frégonèse, 2013 ; Frégonèse & Ratinaud, 2016a).

Ces deux approches nous ont permis de mettre à jour des éléments de compréhension autour de la formation initiale en école de sages-femmes grâce aux représentations de la profession de sage-femme des principaux acteurs de la périnatalité que sont les sages-femmes, les médecins et les étudiants sages-femmes. Mais ces travaux ont aussi révélé la nécessité d'étudier la dynamique d'un système représentationnel dans le processus de professionnalisation. En effet, les effets du processus de professionnalisation ne sont pas achevés en fin de formation initiale mais se poursuivent avec l'entrée dans le monde professionnel : c'est ce que nous voulons entre autres mettre en évidence. Ainsi, l'objectif de ce travail est de tenter de comprendre le processus de professionnalisation au travers de la dynamique des représentations de 3 objets professionnels que sont la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement, et ce, grâce à une

étude longitudinale sur 3 ans auprès des étudiants sages-femmes et des jeunes professionnels répartis sur l'ensemble du territoire français.

Nous avons alors posé l'hypothèse qu'il y a une transformation, au sens structural du terme, d'un système de représentations de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement au cours de la formation initiale et des premières années d'exercice. Ce travail aura une double visée : la première praxéologique avec l'étude d'un système représentationnel et de sa dynamique auprès des étudiants et des jeunes professionnels sages-femmes entrant dans le processus de professionnalisation ; la deuxième théorique par l'apport de connaissances nouvelles sur la compréhension de la dynamique d'un système représentationnel.

Nous avons inscrit notre recherche dans le champ des Sciences de l'Education. Une nécessaire cohérence entre objet de recherche, méthode de recherche et regard du chercheur peut permettre la poursuite de recherches adaptées sur un processus comme celui de la professionnalisation : l'enjeu réside bien dans l'analyse réalisée à l'issue de cette enquête. A ce stade de notre démarche, il nous apparaît primordial d'avoir une réflexion sur deux éléments : le choix des Sciences de l'Education et notre posture de chercheur.

Notre réflexion nous a menée à considérer une définition de la recherche construite par Barr : c'est un « effort systématique de compréhension, provoqué par un besoin ou une difficulté dont on a pris conscience, s'attachant à l'étude d'un phénomène complexe, dont l'intérêt dépasse les préoccupations personnelles et immédiates, le problème étant formulé sous forme d'hypothèse » (cité par De Landsheere, 1979, p.232). Cette définition regroupe un ensemble de critères qui témoigne de la complexité dans laquelle se trouve un chercheur lorsqu'il mène une démarche de recherche et notamment sur les choix théoriques, méthodologiques, référentiels à faire. Une réflexion se pose sur le positionnement à adopter face à une question sur une situation donnée, dans un contexte donné, avec des acteurs définis.

Une des spécificités des Sciences de l'Education est de reposer sur la multiréférentialité voire la transdisciplinarité. Cette discipline permet ainsi de confronter plusieurs regards théoriques sur un même objet, sur une question posée, sur un contexte précisé. Elle laisse la latitude de s'approprier plusieurs approches théoriques dans ce travail de recherche : la psychologie sociale (le concept des représentations), la sociologie (le monde de la santé), l'histoire (celle de la profession).

Dans notre cas, l'entrée 3 (ProfessionnalisationS EducationS) de l'Unité Mixte de Recherche Education Formation Travail Savoirs (EFTS) de l'Université Toulouse Jean Jaurès se centre particulièrement sur les processus de professionnalisation. Nous avons choisi d'analyser ce processus au filtre du concept des représentations professionnelles et de leur dynamique. L'approche par la

psychologie sociale comporte plusieurs avantages dont celui de comprendre l'organisation de groupes, les rapports qu'ils entretiennent entre eux, les échanges qu'ils initient ou pas... Elle permet ce double point de vue : comment l'humain est influencé par le contexte social et inversement (Delhomme & Meyer, 1997). Cette approche traduit bien notre envie de comprendre un processus (celui de la professionnalisation), une dynamique (celle des représentations), des interactions (entre le monde de la formation et le monde du travail). Comme le précise Bataille (2010) : « il est nécessaire de renforcer ces études de terrain pour essayer de comprendre toutes les dynamiques mises en œuvre » (cité par Fougères, 2010, p.11).

En conclusion, « la recherche en Sciences de l'Education peut être définie comme un processus rigoureux et systématique d'investigation sur le phénomène éducationnel, soit globalement et sans frontière, soit spécifiquement à partir des méthodes d'une ou plusieurs disciplines, c'est-à-dire des approches pluridisciplinaires » (Tsafak, 2001, p.68).

Le questionnement sur notre propre posture, au travers de l'approche méthodologique choisie, c'est-à-dire interroger des étudiants sages-femmes et des jeunes professionnels sur le thème de la profession de sage-femme, de médecin et de l'accompagnement, nous a renvoyée au fait d'être praticien chercheur. Nous ne nous sommes pas isolée ou présentée différemment auprès de notre population enquêtée : nous n'avons pas isolé notre posture de chercheur de notre posture de praticien, comme le suggère Mias (Mias, 1998, p.49). Or, le fait que la majorité des directrices des écoles de sages-femmes ait favorablement répondu à la diffusion de notre outil d'enquête sous forme d'un questionnaire est peut être le signe d'un changement de culture professionnelle en matière de recherche. En effet, il n'existe pas encore de possibilité de poursuivre les études de sage-femme par un doctorat dans le domaine de la santé. La participation à ce type d'enquête peut être vue comme un soutien à la réalisation de doctorat dans les disciplines connexes. Cet objet de recherche, si proche de notre contexte professionnel quotidien, active à la fois une part de subjectivité mais aussi une part d'objectivité : notre implication dans le monde de la santé ne permet pas une séparation des deux approches. Le fait de reconnaître cette part de subjectivité et d'objectivité amène la prudence nécessaire au chercheur : nous connaissons les avantages et les inconvénients en tout état de cause, à la fois tour à tour à l'intérieur ou à l'extérieur du contexte. D'ailleurs, Mias (1998) exclut une mise à distance formelle du contexte.

Comme le disent Kohn et Negre (1990) : « Il va falloir jongler avec les différences dans l'observation : celles de l'observateur, de l'observé et surtout de l'observant ! ». Il est nécessaire de renforcer ce regard pluriel dont le chercheur doit avoir conscience.

La prudence de l'interprétation, la prise de recul à chaque changement de posture s'imposent pour ne pas mélanger les deux postures de praticien et de chercheur, sans perdre de vue l'indissociabilité de la situation et les intérêts possibles d'être dans la situation et non complètement extérieur. Elles permettent de profiter des intérêts apportés par la connaissance de terrain (par exemple : codes assimilés, conduites pratiquées, interactions vécues) et sa compréhension. C'est ce que Bourdieu (1993) qualifie de « réduction de la violence symbolique ». Etre conscient du danger qui peut résider dans les interprétations du fait de cette posture nous paraît essentiel. Il est nécessaire d'exercer une remise en question permanente, passer d'un discours de sens commun à un discours scientifique et vice versa. Il faut être clair sur l'explicitation que l'on donne en fonction de la place de laquelle on parle. Il convient de garder un regard critique sur la réflexion en cours. C'est aussi une façon de mettre à plat son implication sur le principe de la métaphore du pli de Bataille (2000) c'est-à-dire de déplier l'objet pour en éprouver les difficultés et connaître sa cohérence dans le but de mieux le reconstruire avec des réponses apportées individuellement et collectivement qui permettent d'en saisir de façon plus pertinente le(s) sens.

La rigueur et un regard critique doivent permettre de garder toujours en tête l'intérêt de s'interroger en permanence sur la question, d'arriver à se décentrer et de regarder ce qui se passe autour. Cette réflexion est à la base d'une pratique réflexive en tant que praticien chercheur, c'est-à-dire « une suite d'opérations intellectuelles, dont les états mentaux ne sont que le point de départ, un état temporaire ou le point d'arrivée » (Perrenoud, 2004). C'est un perpétuel questionnement sur ce que l'on fait, pourquoi on le fait et sur l'observation du résultat obtenu.

C'est en gardant à l'esprit toutes ces considérations épistémologiques que, dans un premier temps, nous allons nous intéresser au contexte de la formation et de la profession de sage-femme. Puis, dans un second temps, nous aborderons le concept de la professionnalisation, que nous mettrons en lien, dans un troisième temps, avec la théorie des représentations sociales et professionnelles. Dans un quatrième temps, nous présenterons la méthodologie de recherche et l'enquête menée par questionnaire auprès des étudiants des écoles de sages-femmes de France, de la première année en école de sages-femmes à l'entrée dans la vie professionnelle. Puis, nous étudierons les résultats de cette enquête dans la perspective d'entrevoir des pistes pour comprendre le processus de professionnalisation et permettre la mise en évidence d'éléments pour améliorer la formation.

# 1. Sage-femme et formation sage-femme

---

## 1.1 Qu'est-ce qu'être sage-femme aujourd'hui ?

### 1.1.1 Un paradoxe

En France, la profession de sage-femme est une profession médicale, avec un droit de diagnostic et de prescription en ce qui concerne la physiologie. C'est une profession ordinaire, réglementée par un Code de Déontologie mais elle présente un paradoxe : « non seulement les sages-femmes assument la responsabilité de la très large majorité des accouchements, mais encore elles ont, en France, un statut médical défini par le Code de la Santé Publique, et pourtant elles sont peu connues et socialement peu considérées » (Carricaburu, 1992, p.205).

### 1.1.2 L'exercice sage-femme aujourd'hui

La démographie des sages-femmes permet de recenser 25 816 sages-femmes au 31 décembre 2014 dont 4 130 sans activité (congé de longue durée, mise en disponibilité, convenance personnelle, longue maladie, recherche d'emploi...) (Conseil national de l'ordre des sages-femmes, 2015), avec 98.1% de femmes et 1.9% d'hommes (DREES, 2011b). Actuellement, le salariat représente la majorité du mode d'exercice au sein de la profession, les accouchements à domicile relevant de l'exception. La reconversion des sages-femmes vers le libéral (21% de la population des sages-femmes en activité dont 6% ayant une polyactivité) (CNOSF, 2015) est un phénomène récent, lié à la demande des femmes d'un véritable accompagnement (Greiner, 2007, p.3) mais aussi à la précarité de l'emploi dans les structures. Cependant, les experts sont en désaccord sur l'estimation de l'espérance de vie professionnelle (ou de la durée moyenne d'activité) : 25 ans en 1993, selon Schweyer (1996, p.71), 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999, selon Midy (2004), 30 ans en 2011 (DREES, 2012).

La croissance de la natalité et le passage aux 35 heures ont permis la création de nombreux postes : 300 en presque 15 ans avec un élargissement des compétences du droit de prescription et des examens aux compétences gynécologiques. Mais, depuis le 15 septembre 2012, un avenant signé entre les syndicats et la Caisse nationale d'assurance maladie définit des zones d'installation des sages-femmes libérales ce qui limite dans certaines régions la création de nouveaux cabinets d'exercice de la profession comme pour les pharmaciens d'officine (Arrêté du 12 mars 2012 portant

approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales). Le développement des compétences au cours des cinquante dernières années a-t-il eu une influence sur la considération apportée à cette profession ?

### 1.1.3 Retour aux définitions

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme de sage-femme est un nom féminin, attesté sous cette forme en 1212 ; plusieurs variantes sont référencées comme femme sage ainsi que sage mère (XV<sup>ème</sup> siècle), mère sage (1609). Le mot est composé de sage signifiant « expert, habile (dans son art) » (1155) et de femme. Le mot du latin classique obstetrix a été emprunté avec un autre sens : sage-femme apparaît avec le sens de « femme dont la profession est d'accoucher les femmes », sens qu'il a conservé ; il s'est employé aussi (vers 1375) pour « sorcière », forme plus péjorative qu'a aussi connue le terme de matrone. Le développement de la médecine a conduit à une extension de l'acceptation de sage-femme, désignant une personne dont l'activité n'est pas limitée à l'accouchement (Rey, 1999, p.3354).

Pouvreau-Romilly (1991) donne une définition de la sage-femme qui tente d'éviter la notion de genre souvent associée à la profession : la sage-femme est « avant tout une professionnelle qui sait, qui détient un savoir, acquis par un apprentissage, à propos des femmes » (cité par Charrier, 2004, 2005 ; cité par Desnoyers, 2007, p.40). Crescini (2004) précise que c'est au cours du XII<sup>ème</sup> siècle, que « le terme de « sage », du latin « sapere », évoquant le savoir, l'intelligence et le bon sens est venu remplacer les « ventrières », nom jusque-là attribué aux femmes qui avaient la charge des couches, accolé au terme de « femme » désignant la future mère » (Desnoyers, 2007, p.40).

### 1.1.4 Pour quelles compétences ?

Garnier & Vinciguerra (2006) proposent, quant à eux, la définition suivante : « praticienne exerçant une profession médicale à compétences **limitées** au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, et à la pratique de l'accouchement » (p.953).

Pour le Conseil de l'Ordre, les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence **définie** c'est-à-dire que le code de la santé publique a déterminé leur champ d'intervention ; il ajoute qu' « en cas de pathologie, la sage-femme exerce le cas échéant en **collaboration** avec le médecin » (CNOSF, 2015).

Dans le Code de Santé Publique, l'article L.4151-1 donne les limites du champ de compétences des sages-femmes à la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals de la mère et de l'enfant, à l'examen postnatal si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique<sup>1</sup>, à la réalisation de consultations de contraception et au suivi gynécologique de prévention, à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation. Cet article permet de bien cerner l'ensemble des compétences incombant aux sages-femmes et donc l'étendue nécessaire du contenu de formation. L'article L.4151-3 précise qu'elles ont un statut médical mais à compétences **limitées**.

Cependant, au travers de la répartition des tâches définie dans le Code de Santé Publique, aucun acte n'est proprement spécifique de la profession. L'autonomie des sages-femmes est donc limitée par rapport aux liens qu'elles entretiennent avec l'obstétricien : il n'existe pas de division fonctionnelle du travail. Selon Jacques (2010), les sages-femmes n'ont pas de spécificité propre au sein de leurs compétences, elles doivent donc se démarquer par une approche spécifique de la maternité et de la naissance. « Quand le système d'expertise s'élargit, les sages-femmes réinterprètent le nouvel acte technique dans une perspective relationnelle qu'elles revendiquent comme spécificité » (Schweyer, 1996, p.78). Ainsi, la mise en place de la péridurale et de la loi de 2009 qui attribue de nouvelles compétences en gynécologie sont à l'origine d'une transformation des pratiques professionnelles. Les sages-femmes augmentent leurs compétences, en récupérant cette part d'accompagnement qu'elles revendiquent auprès des femmes, mais pas pour autant leur indépendance : elles se situent uniquement dans le domaine de la physiologie.

Finalement métier ou profession, comment devons-nous qualifier la fonction de sage-femme ?

### **1.1.5 Sage-femme : entre métier et profession**

La distinction entre métier et profession n'est pas évidente au travers des définitions de dictionnaires de la langue française : le métier est l'« exercice d'un art manuel », la profession est un « emploi dont on tire ses moyens d'existence » (CNRTL). Classiquement, le métier représente une fonction plus manuelle et la profession une fonction plus intellectuelle. Cependant, des définitions « classiques » peuvent totalement être contradictoires. Le métier est une « profession caractérisée par une spécificité exigeant un apprentissage, de l'expérience... et entrant dans un cadre légal ; toute activité dont on tire des moyens d'existence » (Dictionnaire Larousse en couleurs, 1991, p.634) alors

---

<sup>1</sup> Eutocique : qui se déroule dans des conditions normales

que la profession est une « activité régulière exercée pour gagner sa vie, un métier » (Dictionnaire Larousse en couleurs, 1991, p.802).

Selon le dictionnaire historique de la langue française (1999), profession est un nom féminin ; d'abord professiun (vers 1155), il est emprunté au latin professio, -onis « déclaration, déclaration publique, action de se donner comme », d'où « état, condition, métier », dérivé de professum, supin de profiteri « déclarer ouvertement », d'où « se donner comme » (Rey, 1999, p.2958).

Métier est un nom masculin : d'abord menestier (vers 881), mistier (vers 980) et mestier (vers 1135), il est le doublet populaire de ministère et il est issu du latin ministerium (dérivé de minister : ministre) « fonction de serviteur, service, fonction » (Rey, 1999, p2220).

Plusieurs auteurs nous permettent d'éclairer ce concept. Wittorski (2007, p.69) distingue cinq niveaux d'opposition entre les deux termes métier et profession :

- la nature du savoir : savoir mystérieux du métier versus savoir explicite de la profession
- le processus de formation : court pour un métier versus long et structurant pour une profession
- la nature du travail en lui-même : activité intellectuelle et responsabilité individuelle pour la profession versus activité manuelle, mécanique, routinière (voire répétitive) pour un métier
- la nature du contrôle de l'activité : règlements et normes imposés de l'extérieur pour les métiers versus autonomie et déontologie pour les professions
- la légitimité sociale : celle de la profession est supérieure à celle de métier car elle est en lien avec le prestige social

La définition de Wittorski (2005) a donc retenu notre attention : « [...] ce sont les niveaux d'organisation autonome du champ d'activité et de formalisation de celui-ci qui permettent de faire la différence entre les deux mots. **Autrement dit, une profession est un métier socialement organisé et reconnu** » (p.27 ; Wittorski, 2001, p.37). Nous verrons dans notre étude l'ambiguïté qui réside autour de la perception de la reconnaissance de la profession de sage-femme par les étudiants sages-femmes.

Freidson (1984) met en avant 5 attributs qui permettent de distinguer profession de métier (cité par Wittorski, 2005, p.27 ; cité par G. Jobert, 1985) :

- « la profession définit ses propres normes d'étude et de formation ;
- la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous forme d'un permis d'exercer ;

- les instances d'admission et d'habilitation sont composées par des membres de la profession ;
- la législation relative à la profession est en majeure partie l'œuvre de la profession elle-même ;
- le praticien est relativement indépendant du jugement et du contrôle des profanes ».

Il s'intéresse au pouvoir des relations entre les individus, à la manière dont chacun s'adapte à autrui ou aux institutions. C'est dans son livre *La profession médicale* qu'il applique cette idée à la profession de médecin. Si nous rapprochons ces attributs de la profession de sage-femme, nous pouvons constater l'existence d'un programme officiel régissant les normes d'études et de formation, la délivrance d'un diplôme d'état autorisant l'exercice de la profession, la présence d'un ordre des sages-femmes composé uniquement de professionnels, la mise en œuvre d'un code de déontologie, base de toute pratique, la part d'indépendance professionnelle des sages-femmes dans le domaine de la physiologie obstétricale ou obstétrique physiologique.

Pour Freidson (1984), l'autonomie est un des traits distinctifs de la profession par rapport au métier : « les professions disposent d'une autonomie reconnue délibérément qui comprend le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit être » (cité par Carricaburu, 1992, p.211). Posséder une autonomie, c'est « se suffire à lui-même » (Dictionnaire Larousse en couleurs, 1991). En d'autres mots, selon Freidson (1985), « c'est le contrôle de l'aspect technologique du travail – et non celui de son organisation sociale et économique – qui fonde l'autonomie professionnelle de la médecine, et, au-delà, lui a permis d'obtenir, puis de maintenir son statut social. Cette autonomie n'est pas acquise une fois pour toutes, mais représente le résultat d'une « laborieuse politique de négociation » avec l'Etat et les pouvoirs économiques. Elle suppose que les autorités aussi bien que la patientèle soient persuadées de la compétence des praticiens et de la valeur de leur savoir » (Freidson, 1985, p.721).

Pour Weber, la profession est « le passage d'un ordre social traditionnel à un ordre social à statut ». C'est ainsi qu'il explique la différence entre le métier d'artisan (de père en fils) et la profession de médecin. Ainsi, l'artisan interagit avec un produit, source de ses revenus, alors que le médecin a pour vocation de guérir et bénéficie pour cela d'un prestige et d'une position sociale bien définie (cité par Freidson, 1984).

Après avoir défini ce qu'est une profession que ce soit du point de vue de la reconnaissance (Wittorski) ou de celui de l'autonomie (Freidson), nous utiliserons désormais le terme de profession sage-femme au cours de notre étude.

### 1.1.6 Des attributs spécifiques à la profession de sage-femme

#### 1.1.6.1 La féminisation

Un des attributs propres à la profession de sage-femme est sa féminisation. Du point de vue historique, la naissance est une histoire de femmes, entre femmes. La loi du 17 mai 1943 ne permet pas de doute quant à la question de genre qui organise la profession. Les sages-femmes doivent posséder « une connaissance interne, profonde et personnelle de la féminité [...] (aussi les femmes) sont-elles les mieux placées pour se tenir auprès des femmes, pour les préparer, les rassurer, les conseiller et les aider pendant la grossesse et l'accouchement » (Desnoyers, 2007, p.19). Schweyer (1996) montre donc qu'il ne suffit pas d'avoir des connaissances médicales pour être sage-femme : qualités féminines et profession se confondent. « La patience justement, est l'une de ces qualités attribuée au sexe faible, dont le sexe fort serait « naturellement » dépossédé » (Desnoyers, 2007, p.14). Se profile alors, petit à petit, au cours des discours et des lois, la notion d'être mère comme le point d'orgue de l'exercice professionnel : « être sage-femme, c'est être femme, c'est donc par extension être mère. L'expérience personnelle de la maternité constitue un des axes fondamentaux du métier » (Jacques, 2010, p.10). Cependant, le rapport à l'affect déprécie la profession, en ce sens qu'il renvoie au rôle traditionnel de la femme et pousse le médecin, entre autres, à utiliser cet aspect auprès des patientes. Selon Jacques (2010), la jeune génération tente de s'éloigner de cette conception et s'oriente vers la formation scientifique quitte à perdre sa spécificité (p.11). Jusqu'en 1982, l'accès à la profession est interdit aux hommes.

Comment dès lors se positionnent les hommes avec ce lourd poids attribué à la condition féminine elle-même ? « Pour contourner les compétences de genre requises pour l'exercice de la profession de sage-femme, ils [les garçons] mettent en exergue l'autonomie professionnelle, s'appuyant sur son statut de profession médicale. [...] ils privilégient les compétences professionnelles et techniques » (Hervo-Desmeure, 2011, p.2). Les hommes sages-femmes sont désireux de se spécialiser vers les DU d'échographie ou de travailler en libéral dans l'espoir d'obtenir une meilleure reconnaissance sociale. Ils s'orientent donc vers des compétences spécifiques, plus prestigieuses que les simples actes de soins, et ainsi proches des prés carrés longtemps dévolus au sexe masculin. Greiner (2007) évoque le fait que l'augmentation du nombre d'hommes devrait permettre une meilleure défense de la profession dès 2020 car la mixité professionnelle est mieux revalorisée qu'une profession féminine (p.3). Or, comme nous l'avons déjà noté, au 31 décembre 2014, les hommes représentent toujours 1.9 % de la population des sages-femmes (CNOSF, 2015).

### **1.1.6.2 L'autonomie au cœur du débat ou comprendre les relations inter professionnelles et le rapport au public**

Comme nous avons déjà pu l'entrevoir, la principale difficulté du rapport à l'autonomie limitée pour les sages-femmes est la non spécificité de ses compétences techniques et le nécessaire transfert des patientes vers les médecins dès le moment où la situation rencontrée dépasse ses compétences dans le domaine de la physiologie : elles sont dépendantes du rapport avec les médecins. Les sages-femmes se définissent au travers des compétences d'accompagnement : comme le dit Carricaburu (1992), cette spécificité est celle reconnue du public ce qui les rapproche donc de l'autonomie. Elles sont, à l'heure actuelle, majoritairement salariées et hospitalières. Le paradoxe réside dans la place de plus en plus importante du travail technique et médicalisé et la non reconnaissance de l'aspect relationnel revendiqué comme spécifique de la profession. En effet, les sages-femmes, profession autrefois majoritairement libérales, ont longtemps été autonomes alors qu'aujourd'hui elles n'ont qu'une autonomie relative, sous la tutelle de la profession médicale, qui considère davantage l'aspect technique que le versant relationnel. Pour Simmel (1993), l'augmentation du salariat au détriment de la profession libérale entraîne une perte du prestige attaché à la profession et à sa position sociale. Un retour vers le libéral pourrait inverser cette tendance : la démographie des sages-femmes libérales a fortement augmenté ces dix dernières années de 10 à 17% de la population totale des sages-femmes (Midy & al., 2004, p.12 ; site du CNOSF) pour atteindre 21% au 31 décembre 2014 (CNOSF, 2015) mais elle est aussi fortement ralentie depuis le zonage (arrêté du 12 mars 2012). « L'image de la sage-femme libérale sera encore largement utilisée pour construire l'image publique d'une profession libérale autonome [...] » (Schweyer, 1996, p.97). Finalement, selon Freidson (1984), les sages-femmes jouiraient d'une autonomie « toujours partielle parce qu'elle procède de la profession dominante et qu'elle est limitée par elle » (Schweyer, 1996, p.69). La difficulté réside dans le fait de savoir vis-à-vis de qui la sage-femme est autonome : par rapport aux médecins, aux paramédicaux...

La vision de l'obstétrique est aussi liée au mode culturel français qui consiste à considérer toute grossesse et tout accouchement comme potentiellement risqué : c'est alors la course vers une obligation de moyens très importante. Cette conception suppose une prévention des risques (risque anticipé et risque non prévisible) et donc une recherche permanente de la pathologie et non une simple surveillance d'un processus physiologique. Cette vision pessimiste de la grossesse justifie le rôle de suivi des médecins des grossesses dites « physiologiques » puisque la pathologie peut survenir à tout moment. Dans cette lecture, la normalité tendrait à disparaître. Ainsi, Jacques (2007) montre que « face à un risque de déqualification de l'activité médicale, de dépossession de leur rôle, les obstétriciens redéfinissent les limites de leur territoire en s'appropriant l'accouchement

eutocique comme acte médical » (p.87). « La récupération de l'eutocique par les obstétriciens en niveaux 1 et 2 a pour conséquences de renvoyer les sages-femmes à un rôle de simples exécutantes » (p.87). De plus, Freidson (1984) met en avant que « l'activité professionnelle participe alors d'une division du travail où la profession ayant le meilleur statut abandonne à une profession plus étroitement spécialisée des activités moins valorisées. Toutefois, les actes professionnels sont faits de façon indépendante et sous la responsabilité de la sage-femme, c'est-à-dire de façon autonome » (Schweyer, 1996, p.80).

Knibiehler (2007) souligne que les sages-femmes ont perdu leur autonomie et leur prestige (p.6) entraînant « une dégradation de leur rôle social ». Pour elle, l'autonomie des sages-femmes se réduit alors même que leurs compétences s'élargissent : « la fonction sociale qu'elles assument est de plus en plus difficile à identifier » (p.131).

En 1993, l'accouchement est l'acte professionnel le plus caractéristique de la profession (Schweyer, 1996). Le terme de prise en charge globale n'est pas encore à l'ordre du jour. La pratique généralisée des accouchements au sein des maternités soulève aussi le problème de l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Selon Carricaburu (1992), l'autonomie serait déterminée par les conditions organisationnelles de la profession. L'autonomie serait donc dépendante du rapport aux autres professionnels (en interdépendance ou non), du contexte institutionnel du travail, des actes pratiqués et de l'idéologie professionnelle. Selon Jacques (2007), « ce qui fait une profession c'est surtout quand le public accepte de faire siennes les pratiques du groupe professionnel » (p.50). Ainsi, « l'accouchement représente pour chacun l'acte qui fonde le métier, l'acte qui met en œuvre l'expertise technique pour les uns, un savoir-faire relationnel pour les autres ». L'accouchement reste encore un enjeu de lutte interprofessionnelle (Desnoyers, 2007, p.62 ; Jacques, 2007, p.86).

### **1.1.6.3 Question de l'identité professionnelle**

Cette perception de l'autonomie est dépendante de la dynamique propre de la profession. Toute profession se définit par un savoir et un domaine d'expertise (dans le cas présent problématique), mais aussi par « l'appartenance à un groupe social associé à certains privilèges, à un statut et par une organisation spécifique, ce qui permet au groupe de s'autoréguler » (Schweyer, 1996, p.83). Ainsi, les sages-femmes se voient attribuer une identité professionnelle d'une part par les institutions qui les forment et qui les emploient mais aussi par les personnes professionnelles et profanes avec lesquelles elles sont en interaction (Schweyer, 1996, p.87).

Goffman (1975) met en avant que les relations de travail sont le lieu où le besoin de reconnaissance s'exprime, où l'acte d'appartenance s'affirme. Une enquête menée en 1994 révèle que les sages-femmes définissent leur profession comme un travail exercé en groupe. Les sages-

femmes insistent sur la nécessaire visibilité de leur profession et le besoin de reconnaissance. Cette même enquête montre que 30% des sages-femmes ne se sentent proches d'aucune autre profession sinon de la leur, 19% de celle des gynécologues obstétriciens, 12% de celle des médecins, 9% de celle des paramédicaux. Elles n'évoquent pas les autres professionnels comme les pédiatres et les anesthésistes (Schweyer, 1996).

La spécificité du statut médical de sage-femme est une particularité française. Cette enquête (1994) montre aussi un lien positif entre les sages-femmes qui se disent avoir une grande autonomie et leur perception positive de l'avenir. Carricaburu (1992) écrit : « Les prises de position des sages-femmes sont essentiellement liées à la « situation locale de travail » dans laquelle elles se trouvent, la réflexion générale sur leur profession n'étant que secondaire et stratégique. » (Schweyer, 1996, p.91). Il apparaît donc essentiel de fédérer un groupe de professionnels dans une dynamique autour de la reconnaissance des compétences des sages-femmes auprès des professionnels, des instances et du public.

Elles souhaitent trouver leur place et garder leur spécificité, distinctes de toute autre profession : « les sages-femmes axent alors leur travail de construction identitaire vers un rapprochement médical, tout en préservant leur particularité (Jacques, 2005) » (Desnoyers, 2007, p.61). Elles tentent de limiter la perte de l'autonomie (Jacques, 2007, p.88).

#### **1.1.6.4 Problème de reconnaissance ?**

En 1994, l'Agence nationale de l'évaluation médicale a réalisé le Guide de bonnes pratiques cliniques de surveillance de la grossesse, guide qui s'adresse à l'ensemble des professionnels concernés dans le but de « déspecialiser » le savoir et le domaine d'intervention des sages-femmes. Le principe retenu par les différentes associations ou organisations syndicales est de mettre en avant le statut médical de la profession : salaires, reconnaissance... Le seul problème est la non spécificité des compétences...

L'attribution du suivi des grossesses normales aux sages-femmes permettrait de réduire certains coûts de soins et aurait un impact sur l'organisation de la politique de santé (Desmares, 2008, p.36). Une meilleure reconnaissance de la profession passerait par une revalorisation des actes et ainsi par une restitution de la « dignité médicale » de la profession de sage-femme (Desmares, 2008, p.38). Cependant, recourir à une sage-femme coûte moins cher que faire appel à un obstétricien ce qui constituerait un argument en faveur de la reconnaissance de la pratique sage-femme (Bergeron, 2003, p.154).

La loi du 4 février 1995 transfère les compétences de l'ordre des médecins à l'ordre national des sages-femmes : l'indépendance entre les ordres est obtenue auprès du législateur et cet événement marque l'autonomie des sages-femmes et confirme leurs aptitudes à apporter une réflexion éthique et professionnelle. Une des premières réalisations est l'élaboration d'un Code de Déontologie. L'Ordre a différentes missions comme celles du « maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme » (Desnoyers, 2007, p.26). Pourtant, Schweyer (1996) met en garde les sages-femmes sur le fait que « l'expertise professionnelle se réduit à une conception de la « mission », à une approche relationnelle et globale de la pratique professionnelle qui ne semble pas si éloignée des discours sur le rôle propre infirmier » (p.98).

Le regard du public est aussi primordial car l'affaiblissement de la profession pourrait aussi venir du brouillage de son image publique et d'une compétence des sages-femmes non clairement établie, limitée plus que spécifique (Schweyer, 1996, p.98).

Après avoir tenté de comprendre les enjeux de la profession de sage-femme, regardons comment la formation s'est construite et quels enjeux sous-jacents transparaissent.

## **1.2 La formation des sages-femmes**

### **1.2.1 Historique**

#### **1.2.1.1 Le contexte**

Une seule école existe en Europe au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle, c'est celle de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris qui propose un enseignement pratique de trois mois pour former les sages-femmes (Morel, 1991, p.637). Jusque-là, la profession de sage-femme se perpétue mais de façon non officielle : matrone, accoucheuse, ce n'est qu'en 1212 qu'apparaît le terme de sage-femme. La formation n'est jusque-là qu'un phénomène de transmission intergénérationnelle.

C'est au cours du XVIII<sup>ème</sup> siècle que la naissance devient une question publique : les mortalités maternelle et foetale sont au centre des problématiques. Le contexte du siècle des Lumières permet une prise de conscience du corps et de la vie et renforce la volonté de l'Etat de préserver l'avenir de la population. L'instruction des accoucheuses apparaît alors comme une évidence, en ville mais aussi dans les campagnes.

Mme Du Coudray, sage-femme diplômée de Paris, est à l'origine de la formation de professionnelles sages-femmes : la création d'écoles pérennes dans la province en est le fondement.

Elle réalise alors un enseignement, à l'aide de son mannequin de démonstration, auprès des accoucheuses mais aussi auprès des futurs démonstrateurs, chirurgiens et médecins (Gélis, 1988, p.118). En 1770, des médecins se constituent en parti de peur que cette femme ne leur porte ombrage et les communautés de chirurgiens veulent rester maîtres de la délivrance des brevets d'exercice aux accoucheuses. Pour ces derniers, être désigné pour instruire les sages-femmes témoigne de la valorisation de leur compétence et assure leur notoriété. « En leur interdisant de former leur propre corporation et en les rattachant à celle des chirurgiens, on les avait placées dans une situation de dépendance dont il leur était bien difficile de sortir » (Gélis, 1988, p.128). Finalement, « envoyer les sages-femmes à l'école et les placer sous l'autorité de l'accoucheur reconnu comme détenteur du savoir médical constitue bien la finalité des cours d'accouchement institués suivant la méthode Du Coudray » (Gélis, 1988, p.128).

#### **1.2.1.2 L'organisation de la formation**

Les cours réalisés au cours de deux décennies (1759-1783) ont permis la mise en place d'un règlement et d'un corps de démonstrateurs, dont la nomination est contrôlée par l'Etat. Cependant, la première finalité d'enseigner dans les campagnes a été plus difficile à réaliser en raison des contraintes différentes de la ville : du coup, la disparité s'accroît entre les deux, ce qui continue à favoriser les matrones en milieu rural. Le manque de professeurs, de ressources financières, de soutien dans certaines localités contribuent à accentuer les disparités. La Révolution proclame une « liberté professionnelle absolue » et arrête cette dynamique de formalisation des cours (Morel, 1991, p.638). Finalement, la loi de Ventôse an XI (1803) institue un cours au chef-lieu de chaque département. De ce fait, la Maternité de Paris, institution la plus ancienne et la plus réputée, favorisée par le gouvernement, entraîne la fermeture de nombreuses écoles départementales.

#### **1.2.1.3 Les conditions d'admission ou critères de sélection**

Les conditions d'admission aux cours s'appuient sur plusieurs critères : l'âge, le niveau d'instruction, la moralité, l'état...dans le but de redonner du prestige à une profession jusque-là jugée déshonorante. Les instances veulent désormais former des femmes qui se consacrent pleinement à l'exercice de la profession et non plus occasionnellement. Elles choisissent en priorité des femmes jeunes, qui savent lire et écrire, avec des qualités comme « l'adresse et la prudence », des aptitudes physiques comme de petites mains, des doigts longs, de constitution robuste, propres sur elles. Elles allient ainsi des qualités intellectuelles (lire et écrire) et physiques (robustesse et habileté manuelle) mais aussi professionnelles (discrétion et propreté). Elles doivent avoir une conduite irréprochable. Les institutions souhaitent donc former des « soignantes au savoir médical

plus étendu, mais aussi plus soumise au chirurgien-accoucheur ». Les cours d'accouchement, réalisés selon la méthode de Mme Du Coudray, orientent la condition de sage-femme (Gélis, 1988, p.140). Les hommes d'Eglise ont eu la mission de sélectionner les candidates potentielles : la notion de « vocation » apparaît comme un critère supplémentaire de choix (Gélis, 1988, p.143).

#### **1.2.1.4 Le contenu de la formation**

Les objectifs de ces cours sont clairement établis : ils doivent permettre la formation d'« accoucheuses expérimentées et prudentes » (Gélis, 1988, p.137). Le déroulement des cours est assuré en français et conserve le principe de la séparation des sexes lors de l'enseignement. Les connaissances enseignées portent sur l'anatomie du bassin, de la « matrice », des parties servant à la conception, à la nutrition et les conditions d'expulsion du fœtus ainsi que sur la physiologie de la femme. La démonstration pratique de l'accouchement fait partie intégrante de l'apprentissage. Quelques éléments de puériculture apparaissent dès 1778. L'hygiène intègre aussi sa part dans la formation. Le comportement de la sage-femme est décrit : elle doit « maîtriser son comportement, éviter la précipitation [...], reconnaître, prévenir même le danger, pour appeler au secours [...]. Vigilance et prudence, telle pourrait être désormais la devise de la bonne sage-femme » (Gélis, 1988, pp.156-157).

Les supports sont des cours magistraux, des manuels publiés par les démonstrateurs, signes de l'acquisition d'une certaine instruction et donc d'un certain pouvoir dans la communauté, et de mannequins, le plus célèbre étant celui de Mme Du Coudray. Dès ce moment, il apparaît que l'enseignement requiert deux versants pour être efficace : un théorique et un pratique. L'introduction du versant pratique est en lien direct avec l'instrumentation de l'accouchement et l'apparition de la « technique » ainsi que de la passivité de la femme, au nom de la sécurité (Gélis, 1988, p.160). « Il n'est d'obstétrique sans clinique, sans apprentissage du toucher sur la femme au début du travail. La main, voilà « la boussole de l'accoucheur » ! » L'introduction de la clinique a sûrement précédé tout le reste de l'enseignement, notamment à la fin du XVIème siècle à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris, unique durant plus d'un siècle en France, et se révèle essentielle. Ce n'est que, vers 1775, que la clinique au lit du patient devient une nécessité pour toutes les autres écoles de France, en lien étroit avec l'hôpital local (Gélis, 1988, pp.163-164). La discipline est le maître mot de l'organisation de la formation.

Une volonté européenne apparaît vers 1765-1770 de « marquer les bornes où les sages-femmes doivent s'arrêter et dans lesquelles il faut recourir aux accoucheurs de ville » ; la sage-femme ne peut bientôt plus pratiquer qu'« avec les mains désarmées », les forceps ou autres

instruments étant alors réservés aux accoucheurs. La volonté de brider les sages-femmes se manifeste dans les conditions de pratique des accouchements mais aussi dans l'organisation des cours par leur exclusion quasi systématique de la charge de démonstrateur (Gélis, 1988, pp.193-194).

#### **1.2.1.5 La durée de la formation**

Concrètement, sur le terrain, la durée des cours varie entre trois semaines à six mois, voire un an exceptionnellement. La difficulté réside dans la disponibilité des femmes, souvent occupées aux tâches agricoles et qui ne peuvent se libérer que sur les temps de relâche des activités (Gélis, 1988).

#### **1.2.1.6 La validation**

L'évaluation de la formation passe par un examen public, réalisé auprès d'un jury composé de médecins, de chirurgiens mais aussi de responsables politiques locaux. Chaque élève construit sa réponse avec, en plus, une démonstration pratique sur mannequin : connaissances et savoir-faire sont donc évalués. La disparité des formations se retrouve aussi dans la diversité des résultats. Un certificat est alors délivré aux élèves ayant été jugées aptes à exercer (Gélis, 1988). Cependant, les chirurgiens restent les seuls à pouvoir délivrer le brevet d'exercice. La question de la délivrance des brevets par les démonstrateurs a rapidement été évincée pour permettre à la communauté des chirurgiens de conserver une architecture de corps sans remettre en question le statut des sages-femmes. La difficulté réside dans le fait que « à partir du moment où l'on exige de l'accoucheuse qu'elle ait pour exercer une attestation prouvant sa compétence professionnelle, le médecin devient non seulement un rival qui dépossède le curé de son pouvoir, mais un perturbateur de l'ordre des campagnes » (Gélis, 1988, p.217).

#### **1.2.1.7 Les avantages conférés**

Théoriquement et pour valoriser cette formation auprès des femmes qui souhaitent s'y engager, il est consenti aux sages-femmes formées le droit de bénéficier de certains avantages comme une dispense de corvées, des réductions d'impôts mais surtout la légitimité de retirer des revenus de leur activité.

#### **1.2.1.8 La scission**

La formalisation de cet enseignement est bénéfique pour les mères et les enfants mais crée une scission entre professionnels : entre sages-femmes et matrones, entre sages-femmes et praticiens. Concrètement, l'existence des matrones reste prégnante surtout dans les campagnes car

elles ne demandent aucune rémunération pour l'assistance donnée auprès des femmes ; de plus, certaines dispenses considérées comme des privilèges ne sont pas octroyées dans certaines localités aux sages-femmes. La formation ainsi sanctionnée par l'obtention d'un brevet de capacité ne permet pas aux sages-femmes en exercice de vivre de leurs revenus et d'améliorer ainsi leur condition.

Quelles conséquences de la formation pour la sage-femme sur son statut, son image dans la société, son origine sociale ? Cinq mille sages-femmes ont été formées par Mme Du Coudray, cinq mille ont fréquenté les cours des démonstrateurs. Une séparation persiste entre le Nord de la France, avec un meilleur niveau de culture des sages-femmes et le Centre et le Sud, beaucoup plus démunis. Au final, la « sage-femme est donc plus jeune que la matrone, et elle appartient en général à un milieu moins misérable et plus ouvert à la nouveauté [...] mais toutes [les sages-femmes] tendent à limiter la liberté de la femme » (Gélis, 1988, p.201).

Dans un sens, la technique est au cœur des discussions chez les sages-femmes alors que la notion d'aide l'est chez les matrones. Petit à petit, la sage-femme étend son champ d'action notamment en intervenant « dans les maladies du post partum et les affections du nouveau-né » (Gélis, 1988, p.203), vers 1770 puis à la vaccination des nourrissons. L'image qu'elle véhicule est dénuée de sentiments, d'affectivité, sur le modèle des accoucheurs et non sur le modèle des matrones : autorité, ton péremptoire, insensibilité de façade sont les attitudes adoptées contrairement à l'image de compréhension et de réconfort d'autrefois. « La sage-femme toute dominée qu'elle est par l'accoucheur, et peut être à cause de cela, entend faire sentir son autorité » (Gélis, 1988, p.204).

Petit à petit, une hiérarchie s'est introduite dans la répartition des tâches d'enseignement : le chirurgien fait la démonstration et la sage-femme la répétition et la surveillance des élèves. L'entrée dans les structures médicales a redonné, à compétences égales, le plein pouvoir aux chirurgiens : les sages-femmes ont amélioré leur formation mais sont devenues dépendantes des accoucheurs. Désormais, les vies des mères et des nouveaux nés sont sauvées à l'aide d'un personnel formé « selon les nouvelles normes médicales » (Gélis, 1988, p.217).

### **1.2.2 Et depuis ce temps ?**

A partir de 1803, la formation dure 1 an au sein des écoles départementales et dispense cours théoriques et pratiques auprès des accouchées des hôpitaux.

C'est réellement au cours du XX<sup>ème</sup> siècle que la profession et la formation vont se structurer. La formation d'une durée de deux ans à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (1894) est officialisée par des textes de loi en 1917. La première année est consacrée à l'acquisition des soins généraux alors que la deuxième aborde l'obstétrique et la puériculture. « En théorie, elles [les sages-femmes] n'ont le droit de faire que les accouchements naturels à mains nues et doivent appeler le médecin pour les accouchements « laborieux » ou contre-nature, qui nécessitent le recours aux forceps » (Morel, 2010, p.48).

En 1943, la formation passe à trois ans, avec une année supplémentaire pour l'approfondissement des connaissances dans les matières fondamentales : l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. A cette même date, apparaît officiellement une reconnaissance de la profession de sage-femme au travers de la délivrance d'un Diplôme d'Etat pour valider la fin du cursus.

En 1973, la première année commune avec celle des infirmières est supprimée : la formation est désormais spécifique à la formation des sages-femmes à proprement parler. Le programme des études témoigne de l'évolution de la formation avec l'introduction de la législation et de la psychologie dans l'enseignement. Les écoles sont pour la plupart rattachées à un centre hospitalier régional ou universitaire : ainsi prédomine l'enseignement d'une médecine de pointe, ce qui n'est pas forcément en accord avec la conception des missions que revendiquent les sages-femmes.

En 1983, le mode de recrutement exige la possession du baccalauréat et le mode de sélection passe par un concours d'entrée.

L'arrêté du 27 décembre 1985 allonge la durée des études à 4 ans avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études. L'allongement des études permet l'ouverture de la profession à des stages extérieurs au CHU dans le but de montrer la diversité des pratiques des sages-femmes mais aussi l'enseignement sur des matières telles que le droit, la santé publique et la sexologie. Cependant reste la question d'un système spécifique d'expertise de la sage-femme. Leurs compétences ne sont pas isolées mais communes notamment aux médecins.

L'arrêté du 11 décembre 2001 exige la validation de la PCEM1 (1<sup>ère</sup> année du Premier Cycle des Etudes Médicales) en rangs utiles pour intégrer l'école de sages-femmes. Ce changement de mode de sélection introduit aussi un changement de sémantique : le statut d'élève se transforme en statut d'étudiant sans pour autant pouvoir bénéficier des caractéristiques propres à ce statut. Ce changement fait suite à un mouvement de contestation massif chez les sages-femmes au printemps

2001 sur la revalorisation de leur statut médical (avec la technicité de plus en plus présente et le niveau scientifique exigé) et de leur salaire. Desnoyers (2007) met en avant la nécessaire « défense de l'image de la profession qui se juge et s'apprécie par son mode de recrutement et son niveau de formation » (p.20). Selon Friedson (1984), l'enjeu est de donner une valeur à la profession qui soit reconnue car l'obtention des privilèges est dépendante de la société elle-même. Schweyer (1996) ajoute que la « proximité [de la profession de sage-femme] avec les autres professions médicales (médecins et chirurgiens-dentistes) conforte sur le plan symbolique le caractère médical, essentiel pour justifier un certain nombre de privilèges [...] ce qui est en jeu, c'est la valeur reconnue à la profession et le maintien de ses privilèges, ceux-ci n'étant pas selon Friedson arrachées à la société, mais concédées par elle » (Desnoyers, 2007, p.20). Ce nouveau mode de recrutement révélerait donc l'ambition des sages-femmes de vouloir intégrer, elles aussi, les modes de fonctionnement dominants, à accéder à des positions de pouvoir et prestige : en 1996, 31% des sages-femmes ont fait la première année de médecine, seules 24,8% ont délibérément choisi de devenir sage-femme (Desnoyers, 2007, pp.37-41).

### **1.2.3 La dernière réforme des études**

L'inscription des formations médicales dans le système LMD (Licence-Master-Doctorat) suite au rapport Thuillez (juillet 2006) se réalise dans un premier temps grâce à l'arrêté du 19 juillet 2011 instituant une nouvelle réforme des études de sages-femmes pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années d'études, correspondant, avec la Première Année Commune des Etudes de Santé ou PACES, au niveau licence. Puis secondairement, l'arrêté du 11 mars 2013 réforme les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années de formation. Le transfert des écoles à l'université s'effectue petit à petit sous différentes formes en fonction des particularités locales de chaque université : école universitaire de maïeutique (comme celle de Marseille) ou département (comme celui de Grenoble).

Cette réforme des études de sage-femme (arrêtés du 19 juillet 2011 et du 11 mars 2013) est l'aboutissement de l'intégration des études dans le système Licence Master Doctorat. Elle permet aux futurs diplômés d'obtenir un niveau de master 2 en fin de cursus. Cette réforme a eu un fort impact sur l'organisation de la formation. En effet, les études se déroulent sur cinq ans en deux temps bien distincts : la PACES et quatre ans en école. Ces cinq années sont ainsi reconnues mais l'assimilation des dénominations de ces cinq années par les professionnels de terrain depuis la réforme semblerait difficile, l'année de PACES n'étant souvent pas incluse.

La Première Année Commune des Etudes de Santé appelée PACES (créée par la loi du 07 juillet 2009) est appliquée depuis la rentrée universitaire 2010. Cette première année est commune

aux étudiants souhaitant poursuivre des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie, de maïeutique et donne lieu à l'organisation de 4 concours distincts. Chaque groupe organise un concours selon les mêmes modalités qui permet, en fonction des unités d'enseignement spécifiques choisies par l'étudiant, un classement dans une ou plusieurs filières (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique). C'est donc l'année du concours qui permet l'intégration en école de sages-femmes à la suite d'un classement en rang utile dans la filière maïeutique. Le programme de cette année se répartit comme suit à la faculté de Toulouse :

UE*	ECTS**	Semestre
UE1 Chimie, Génome, Biomolécules	10	1
UE2 Biologie cellulaire, histologie, embryologie, Biologie du développement, Biologie de la reproduction	10	1
UE3 Organisation des appareils et des systèmes	10	1
UE4 Mathématiques, Biostatistiques	4	1
UE5 Organisation des appareils et des systèmes	4	2
UE6 Initiation à la connaissance des médicaments	4	2
UE7 Santé Société Humanité	8	2
UE8 Recherche Unités d'enseignement spécifiques	10	2
- Tête et cou : médecin / kinésithérapeute / dentaire		
- Petit bassin : médecin / kinésithérapeute / maïeutique		
- Unité foeto placentaire : maïeutique		
- Odontologie : dentaire		
- Pharmacie : pharmacie		

\*UE : Unité d'Enseignement \*\*ECTS : European Credits Transfert System

### Tableau 1 : Répartition des Unités d'Enseignement de la PACES à l'université de Toulouse

Les 4 années en école de sages-femmes sont réparties en deux cycles : le premier cycle est, sur le plan théorique et pratique, généraliste et ne concerne que le cœur de la profession en termes d'apprentissage de la physiologie alors que le deuxième cycle aborde les pathologies inhérentes à l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie ainsi qu'une ouverture vers la recherche. Au cours du cursus de formation, la place faite aux stages dans les divers secteurs d'activité augmente en proportion au fur et à mesure des années alors que celle faite à l'enseignement théorique suit un cheminement inverse. Chaque école est autonome et libre d'organiser chaque cycle de formation. Dans cette logique, les mutations inter école ne peuvent avoir lieu qu'en fin de premier cycle. Dans la suite du texte, nous prendrons l'exemple du cursus à l'école de sages-femmes de Toulouse.

La 1<sup>ère</sup> année en école de sages-femmes ou DFGSMa2 (2<sup>ème</sup> année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques) est une année généraliste sur le plan théorique avec une amorce de pratique au cours de 3 stages sur l'année universitaire.

UE	ECTS	Semestre
UE Agents infectieux-Hygiène	6	3
UE Tissus sanguins et système immunitaire	2	3
UE Sémiologie générale	2	3
UE Puériculture-Néonatalogie	4	3
UE Santé Société Humanité	3	3
UE Santé Publique	3	3
UE Pharmacologie	2	3
UE Anglais médical et scientifique	2	4
UE Appareils cardio respiratoire	2	4
UE Pharmacologie spécifique	1	4
UE Génétique médicale	2	4
UE Hormonologie et reproduction	3	4
UE Rein et voies urinaires	2	4
UE Système digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologie	6	4
UE Santé Société Humanité	4	4
UE Démarche clinique-Gestes techniques	6	3 et 4
UE Optionnelle (sur les deux années du cycle)	6	3 et 4
UE Clinique 3 stages de 3 semaines	6	3 et 4

**Tableau 2 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFGSMa2 à l'école de sages-femmes de Toulouse**

Dès la DFGSMa3 (3<sup>ème</sup> année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques) ou 2<sup>ème</sup> année en école, le programme aborde les unités d'enseignement dites «cœur de métier physiologie».

UE	ECTS	Semestre
UE Obstétrique Maïeutique	9	5
UE Pédiatrie	4	5
UE Santé publique- Démarche de recherche	3	5
UE Gynécologie	4	6
UE Obstétrique Maïeutique	7	6
UE Pharmacologie spécifique	1	6
UE Anglais médical et scientifique	2	6
UE Optionnelle (sur les deux années du cycle)	6	6
UE Démarche clinique-Gestes techniques	4	5 et 6
UE Clinique 8 stages de 3 semaines	24	5 et 6

**Tableau 3 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFGSMa3 à l'école de sages-femmes de Toulouse**

A partir de la 3<sup>ème</sup> année en école ou DFASMa1 (1<sup>ère</sup> année du Diplôme de Formation Appliquée en Sciences Maïeutiques), apparaît l'enseignement spécifique de la pathologie autour de la femme enceinte, de la gynécologie et la pédiatrie. En effet, la sage-femme est garante de la physiologie et est capable de dépister des situations à risques pour permettre le relai vers le spécialiste correspondant.

UE	ECTS	Semestre
UE Obstétrique - Pathologies obstétricales	4	7
UE Obstétrique - Pathologies médico-chirurgicales et grossesse	3	7
UE Obstétrique - Préparation à la naissance et à la parentalité	1	7
UE Pédiatrie Néonatalogie – Pathologies néonatales et des systèmes	4	7
UE Santé génésique des femmes et AMP	5	7
UE Obstétrique - Pathologies du per et post partum	3	8
UE Obstétrique - Anesthésie en obstétrique	2	8
UE Pédiatrie Néonatalogie - Nouveau-né affecté par une pathologie maternelle	2	8
UE Pédiatrie Néonatalogie – Prise en charge du nouveau-né malade et urgences néonatales	3	8
UE Démarche de recherche	2	8
UE Pharmacologie	1	8
UE Sciences Humaines et Sociales, droit et management - Psychiatrie	3	8
UE Démarche clinique	4	7 et 8
UE Clinique 7 stages de 3 semaines	21	7 et 8

**Tableau 4 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFASMa1 à l'école de sages-femmes de Toulouse**

Enfin, la dernière année de formation ou DFASMa2 (2<sup>ème</sup> année du Diplôme de Formation Appliquée en Sciences Maïeutiques) s'organise autour d'un stage intégré de 20 semaines ou stage préprofessionnel et de stages à type parcours personnalisé de 6 semaines ainsi qu'autour d'unités d'enseignements spécifiques à leur futur exercice professionnel.

UE	ECTS	Semestre
UE Obstétrique - Sémiologie	2	10
UE Obstétrique – Diagnostic anténatal, médecine foetale	2	10
UE Santé publique et économie	4	10
UE Mémoire	6	10
UE Sciences Humaines et Sociales, droit et management – Ethique Droit et Management	4	10
UE Santé génésique des femmes et AMP – AMP Sexologie	3	10
UE Démarche clinique	2	10
UE Clinique Stages de 26 semaines	31	9 et 10
UE Optionnelle (sur les deux années du cycle)	8	7, 8, 9 et 10

**Tableau 5 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFASMa2 à l'école de sages-femmes de Toulouse**

Chaque semestre de la formation est obtenu par la validation d'examens écrits concernant chaque unité d'enseignement mais aussi par la validation d'épreuves cliniques ainsi que des stages.

En fin de cursus, les étudiants obtiennent un Diplôme d'Etat de sage-femme.

En conclusion, « [...], les sages-femmes françaises ont donc vu leurs compétences et fonctions s'externaliser des foyers. Leur formation et leur mode de recrutement, leurs qualifications et leurs compétences sont tout aussi définies par les remaniements de l'histoire, rendant les sages-femmes visibles ou invisibles, compétentes ou médiocres, autonomes ou dépendantes, professionnelles ou profanes » (Desnoyers, 2007, p.18).

#### **1.2.4 Histoire de vocation**

L'histoire a montré la participation d'un profil type dans l'intégration de la formation de sage-femme et notamment la nécessaire vocation. Qu'en est-il aujourd'hui au sein de la profession ?

La formation n'est pas un parcours simple pour les étudiants. L'identité professionnelle, la question du genre, la hiérarchisation entre professions contribuent à créer des situations complexes pour les étudiants : ces derniers tentent de se conformer à un schéma difficile à accepter. L'histoire et le parcours laborieux des sages-femmes au cours des siècles sont toujours latents et se ressentent encore aujourd'hui au cours de la formation.

De l'élève faisant preuve de bonnes mœurs et d'intentions de dévotion et de bravoure à l'étudiante sage-femme d'aujourd'hui persistent les attributs féminins de la profession : exécuter les ordres, se taire, endurer, se soumettre et s'oublier. L'incorporation de son rôle professionnel l'amène à occuper la place pressentie (Desnoyers, 2007, p.30).

L'abandon en cours de cursus évalué à 14% (Midy, 2004, p.15) pourrait, selon Desnoyers (2007), correspondre à la non intégration dans le rôle supposé et établi pour la pratique de la profession : la profession de sage-femme a beau être le « plus beau métier du monde », les difficultés des situations rencontrées doivent être endurées autant par les professionnelles que par les sages-femmes en devenir.

Abensur & Chevalier (2008) se sont intéressés à la socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes et plus particulièrement au travers du thème de la vocation. Il réside une ambiguïté de la notion de vocation dans la construction sociale de la profession de sage-femme et un constat avéré : pour eux, devenir sage-femme n'est pas un hasard ou un substitut suite à un échec en médecine (p.335). Ceux qui sont là par hasard au gré des résultats des concours, comment vivent-ils ce non choix et les contraintes qu'il apporte ?

A l'origine, les soins sont prodigués par des femmes, de façon bénévole, ou par des sœurs : les infirmières, par exemple, sont des femmes de vocation. Il en est de même pour les sages-femmes, l'Etat ayant institué une formation et une reconnaissance uniquement dans le but de servir la nation, « transformant ainsi la « vocation » et l'« activité » en « qualification professionnalisante » » (Desnoyers, 2007, p.33). Pour Desnoyers (2007), la souffrance viendrait du fait que la frontière entre travail et non travail n'est pas claire. « Si la vocation médicale est fondée sur la « passion » (Schweyer, 2003) dans un sens presque idéal-typique, les contraintes économiques et organisationnelles du travail sont venues modifier les élans d'abnégation et de dévouement illimité des sages-femmes, dont les exigences de compétences se sont ajoutées aux exigences de qualification ». Ce qui met bien en lien la qualification avec la reconnaissance et la rémunération d'un côté et la compétence avec des caractéristiques propres aux besoins de l'autre. Ainsi, « dans une dynamique actuelle de changement, d'apprentissages renouvelés tout au long de leur carrière, les sages-femmes possèdent des qualifications égales pour des compétences différenciées (Potocki, 1997) » (Desnoyers, 2007, p.33).

#### **1.2.5 La question du savoir être : quel impact sur le futur professionnel ?**

La formation à la profession de sage-femme est clairement définie dans les textes officiels en ce qui concerne les acquisitions théoriques, les « savoirs » (chaque matière comporte des intitulés précis) et des acquisitions pratiques, les « savoirs faire » (stages prédéfinis en termes de temps et de spécificité). La formation passe aussi par l'apprentissage d'un savoir être, hérité de la « nécessaire vocation » et de compétences requises contenues dans les programmes de formation. Même si ce savoir être n'est pas opérationnellement décrit dans les programmes officiels, il transparaît nécessairement au cours des stages. Mais qu'en est-il réellement de cet apprentissage ?

Micaud (2000) met en évidence la souffrance, très violente, des étudiants sages-femmes au cours de leurs études : cette souffrance peut être à l'origine d'une mise en danger de l'apprentissage du savoir être nécessaire à l'exercice de la profession. « Si la dimension affective de l'apprentissage et la compétence relationnelle sont reconnues et même désignées comme primordiales, ni les formateurs ni les étudiants ne définissent clairement le savoir être » (p.3).

L'élaboration d'un savoir être est complexe et son évaluation très incertaine et variable dans les formes d'approche en fonction des écoles. Or, le Diplôme d'Etat de sage-femme sanctionne la validation d'un cursus mais aussi des connaissances psychologiques, affectives et relationnelles qui constituent le savoir être, acquises par le futur professionnel. Le diplôme atteste aussi de

compétences qui constituent une certaine reconnaissance sociale. Sans ce savoir être, le reste des apprentissages (savoirs et savoir-faire) ne peut être correctement appréhendé. Son apprentissage se fait par initiation (transfert, imitation du professionnel) ou par tâtonnement (essais et erreurs). Il vient s'intégrer au savoir-faire. « La sage-femme doit pouvoir mettre en place des liens émotionnels et affectifs avec ceux qu'elle accompagne » (Micaud, 2000, p.6). Avec l'avènement de « Jamais la première fois sur le patient » (HAS, 2012), la mise en place d'atelier de simulation permet aussi de développer le savoir être au sein d'une équipe pluri professionnelle et auprès du patient dans des situations de soins simples mais aussi d'urgence.

Cet apprentissage est indispensable et permet de prendre en charge et d'accompagner les couples en conciliant écoute, vigilance médicale et savoir-faire. Les étudiants reconnaissent que le lieu le plus difficile est la salle d'accouchement avec la gestion du stress qui va de l'angoisse à l'autodestruction. Le sentiment de reconnaissance est donc essentiel de la part des professionnels. Au cours de son étude, Micaud (2000) dévoile les propositions avancées par les étudiants pour remédier à cette situation : être considérés, respectés, traités comme des sujets en cours d'apprentissage par les sages-femmes et les médecins. Ils voudraient pouvoir admirer les professionnels et surtout prendre du plaisir au cours de la transmission transgénérationnelle. Au final, ils souhaiteraient être considérés comme des futurs collègues. De même, elle constate au travers des commentaires des formatrices que les étudiants sages-femmes ont perdu une certaine autonomie et qu'ils suscitent de la compassion de la part des femmes surtout pendant les phases d'évaluations cliniques. Les propositions faites par les formatrices s'appuient sur le respect, la réalisation d'entretiens individuels, le fait de parler de la maladie et de la mort avant le premier stage, de faire des régulations après chaque stage, et de dire ce qui est juste et ce qui ne l'est pas. Les groupes de parole (Robert, 2008) et les ateliers d'écriture (Balcou-Debussche, 2005) sont aussi des approches de développement du savoir être.

En conclusion, « le savoir être est incompatible avec le sentiment personnel de souffrance » (Micaud, 2000, p.13). Micaud (2000) se pose la question de l'apprentissage d'actes techniques qui masqueraient une insuffisance d'acquisition du sens clinique et relationnel.

Pour elle, l'apprentissage du savoir être passe aussi par une réflexion personnelle, un travail sur soi afin de développer le savoir être de la future sage-femme, avec une obligation d'implication. Le mode de recrutement est-il approprié à cet apprentissage ?

L'ouverture vers l'université permettra-t-elle de s'ouvrir différemment dans l'approche de l'autre grâce à des outils différents, contrairement aux écoles qui restent des milieux fermés, avec une culture propre et dépendantes des CHU ?

Claire (2010), sage-femme, montre dans son article la souffrance des sages-femmes en exercice. Le « plus beau métier du monde » est encore mis à mal. Le stress apparaît comme l'élément à combattre. Elle l'explique par le manque de reconnaissance de la profession et nous pouvons imaginer l'impact de ce manque de reconnaissance sur les étudiants dans leur représentation de la profession de sage-femme et au-delà dans leur propre processus de professionnalisation. Mais n'y aurait-il pas aussi un défaut dans l'acquisition des savoirs être inadaptés aux divers mondes qu'ils soient économiques, temporels, faits de responsabilités, de pressions ?

### **1.2.6 Comprendre les valeurs et les enjeux dans un contexte de transmission**

Les différents textes réglementaires comme le référentiel métier, le Code de Déontologie et le programme des études abordent les notions de valeurs et de normes.

#### **1.2.6.1 Le référentiel métier**

Le référentiel métier (2010) pose la question des valeurs au sein de deux chapitres intitulés : « les compétences transversales de la sage-femme » et la « déontologie professionnelle et l'éthique médicale ». Au travers de ces chapitres, sont mises en avant quatre qualités essentielles : le professionnalisme, l'expertise, l'éthique et le respect. Ainsi, il apparaît que la « sage-femme intervient dans toutes ses démarches professionnelles avec un esprit d'éthique et de respect ». Elle doit adopter « des comportements professionnels personnels et interpersonnels respectueux ». Elle se doit de « garantir la qualité des soins » grâce au développement de son expertise, « une démarche d'évaluation de ses pratiques » et « le développement d'une réflexion éthique ». Selon Broussal (2009), le référentiel métier met en avant des normes professionnelles (p.125). Dans cette optique d'apprentissage, « l'étudiant doit être disponible, à l'écoute, et surtout faire preuve d'« empathie » ».

#### **1.2.6.2 Le Code de Déontologie**

Le Code de Déontologie, texte qui traite des devoirs de la sage-femme au sein du Code de la Santé Publique, participe aussi à l'élaboration de normes professionnelles, comme le respect des femmes, leur dignité, le sérieux, le professionnalisme. Pour exemple, l'article R4127-305 dit que : « la sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci » (Broussal, 2009, p.126).

### 1.2.6.3 Le programme des études

L'arrêté du 11 décembre 2001 instaure le programme des études de sages-femmes qui pose la question des valeurs en situation professionnelle, comme, par exemple, avec l'éthique et son enseignement qui doit être illustré par des cas pratiques. Il tient compte de la dimension des compétences et met en évidence la notion d'expert et de novice grâce à l'analyse de cas. Au travers de ce regard différent des deux autres approches, Sineux, dans sa thèse de médecine, conclut au sujet de l'allaitement maternel que : « Les représentations des soignants ne sont donc pas « lissées » par le savoir scientifique actuel. [...] elles ne sont pas homogènes au sein d'une même catégorie professionnelle : pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, puéricultrices » (cité par Broussal, 2009, p.127). Qui n'a jamais fait cette expérience en ce qui concerne l'allaitement maternel par exemple ?

Selon Champy-Remoussenard & Rothan (1999), les situations professionnelles doivent être analysées pour se mettre au service de la formation des étudiants (pp.166-167). L'intérêt de cette analyse interviendrait directement dans la construction de l'identité professionnelle. Elle met en avant que l'analyse des pratiques permet « une thérapie de la souffrance au travail [...], l'émergence du rapport aux dimensions collectives, la valorisation du travail, la contribution à la quête identitaire, ou encore un travail sur l'éthique et la déontologie [...] » (p.163). D'autre part, certains processus d'émergence des besoins et des attentes des étudiants permettent l'élaboration d'un projet professionnel. Dans son étude, les étudiants traduisent la nécessité d'avoir des réponses précises pour gérer certaines situations et éprouver ainsi un sentiment de sécurité. « Les propos traduisent un mouvement d'oscillation entre besoin de prescription, de certitude et besoin d'autonomie, d'espaces d'invention de la pratique. » (p.170). Selon elle, l'analyse des pratiques est un révélateur de « l'écart qu'il y a entre la façon dont on le [le travail] donne en général à voir et la façon dont il est vécu » (p.178). D'autre part, l'analyse de l'expérience empêche les tentatives de généralisation « qui caractérisent notamment l'élaboration de nombre de référentiels de compétences, de formation... » (p.179).

Selon Delbos (1993), « le savoir pratique est lié à un « ça dépend » qui en souligne la singularité. Il se satisfait de n'être cohérent que localement » (cité par Champy-Remoussenard & Rothan, 1999, p.179).

Il apparaît alors nécessaire de pouvoir inscrire la formation dans une démarche de transmission de différentes valeurs professionnelles évoquées ci-dessus.

Le nouveau programme de formation (2011-2013) reste quant à lui plus vague sur les notions de valeurs à transmettre que le programme précédent. Les intitulés sont très généralistes pour

chaque unité d'enseignement, mettant en avant des objectifs spécifiques à la prise en charge des patientes. De ce fait, chaque école fait des choix d'enseignement et impulse les valeurs qui lui semblent incontournables que ce soit dans le contenu ou dans les formes d'apprentissage.

#### **1.2.6.4 Transmettre les valeurs de la profession**

Au travers de son étude auprès de formatrices en école de sages-femmes, Broussal (2013) montre la nécessaire appropriation de trois normes : la rigueur, le respect et l'engagement, normes garantes d'un service médical de qualité (p.130). Il apparaît essentiel pour les formatrices de préparer les étudiants à une réflexion autour des situations conflictuelles auxquelles ils sont exposés dès le début de leur cursus grâce à des phases de régulation, à des entretiens individuels ou à des groupes de parole animés par un intervenant extérieur. Ces conflits viennent pour la plupart de trois secteurs : le risque de la routine des actes, l'urgence et les évolutions médicales technologiques et la régulation des pratiques (Broussal, 2009, p.132).

La responsabilité se dévoile comme une compétence attendue chez les futures sages-femmes. Broussal (2009) conclut que : « la responsabilité émerge comme un principe central, assouplissant la suprématie supposée des normes sur les valeurs » (pp.134-135).

Au vu de l'évolution de la profession de sage-femme et de son contexte, au regard de son statut et de la question du genre, de l'autorité médicale des médecins, des conflits générationnels au sein de la profession, de la demande sociale, de l'individualisme des valeurs, se pose la question de la perte du sens des normes professionnelles ? « S'avancer dans cette voie impose sans doute de mettre en dialogue identité héritée et identité professionnelle et d'interroger plus largement le sens que le travail prend pour chacun et celui que nous souhaitons lui donner » (Broussal, 2009, p.136).

La pédagogie, selon Durkheim, prend aussi en compte des besoins émergents mais qui ne sont pas encore institutionnalisés : ainsi, les études de sages-femmes sont entièrement dépendantes de la ligne de conduite adoptée par l'ensemble de l'équipe pédagogique selon ses propres représentations pédagogiques. Cette autonomie permet l'adhésion de l'étudiant au système de formation mais elle n'est que relative puisqu'elle répond aussi aux besoins du système social : ce qui entraîne inéluctablement une remise en cause de l'institution (Abensur & Chevalier, 2008, p.339 ; Durkheim, 1990). Selon Simmel (1999) le conflit est nécessaire à la création d'une unité : ainsi, la socialisation professionnelle des sages-femmes est un processus qui alterne ruptures et conflits (cité par Abensur & Chevalier, 2008, p.340). La pédagogie doit donc tenir compte de ce processus nécessaire à la construction de la profession de sage-femme elle-même.

Le contexte de la formation et de la profession de sage-femme n'est pas sans rencontrer des tensions qui peuvent, selon Broussal (2009), être répertoriées selon trois axes principaux (p.124) :

- celles qui concernent l'accouchement lui-même, sur sa nature physiologique et médicale ainsi que sur les enjeux féministes (cf. chapitre sage-femme)
- celles qui confrontent les demandes des patientes, les objectifs de qualité et de sécurité des instances de la Santé, les aspects économiques et les pratiques professionnelles
- celles qui font douter de l'évolution même de la profession

### **1.2.7 2011 : le nouveau programme des études de sage-femme : entre mutation et résistances**

Que ce soit au sein de l'arrêté du 11 décembre 2001 ou des derniers parus du 19 juillet 2011 et 11 mars 2013, les modalités de l'apprentissage du savoir être n'apparaissent pas en tant que telles. Bien que le premier arrêté précise l'acquisition d'un savoir médical et le développement de qualités humaines et relationnelles, les formes d'acquisition du savoir être ne sont pas réellement définies. Le deuxième arrêté introduit les notions de savoir et savoir-faire mais pas de savoir être (article 5).

Le savoir être semble donc s'acquérir sur le terrain avec la confrontation aux situations cliniques. C'est un apprentissage par imitation, d'équipe et de son fonctionnement, d'une hiérarchie hospitalière. Ce cycle nous le reconnaissons et nous pouvons alors conclure que certains centres d'intérêt de la formation seront donc toujours immuables : le terrain, « la vraie vie » seront toujours la source même de l'apprentissage du savoir être, qui ne peut être ainsi évalué qu'*in vivo*. Les techniques de simulation ont ainsi des limites : le virtuel ne place pas les étudiants dans une situation réelle du point de vue de l'apprentissage du savoir être même s'il y participe.

### **1.2.8 La formation sage-femme et les recherches**

Il existe quelques études spécifiques à la formation de sage-femme. Elles portent sur plusieurs aspects de la formation et notamment sur l'apprentissage du raisonnement clinique. Demeester, Eymard & Vanpee (2012) ont identifié sept causes de difficultés de raisonnement relevant soit de l'étudiant lui-même soit du dispositif de formation. Les causes ont pu être regroupées sous trois catégories : d'origine cognitive, liées au stage ou liées à l'évolution du métier. Les étudiants sages-femmes éprouvent des difficultés au cours du recueil de données paracliniques, de l'évaluation de la gravité, de l'argumentation du pronostic et de la proposition d'une conduite à tenir adaptée. Ces difficultés seraient comparables à d'autres filières du domaine de la santé. Des pistes ont été envisagées avec des ateliers de raisonnement clinique, l'approche par problème, la

méthode d'intégration guidée par le groupe (MIGG)... Il semblerait cependant nécessaire d'intégrer l'utilisation de cartes conceptuelles pour développer les compétences de raisonnement clinique au cours de la formation initiale.

Une autre étude a été menée sur le référentiel métier et compétences des sages-femmes (2010) auprès des enseignants et des étudiants sages-femmes (Bonnet & Eymard, à paraître). Le référentiel décrit huit situations professionnelles nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Malgré le manque de puissance de cette enquête (148 réponses recueillies sur une potentialité de 1300), il apparaît une faible utilisation du référentiel quelle que soit la population considérée c'est-à-dire les professionnels de terrain, les enseignants et les étudiants. Dans certains cas, le référentiel permettrait d'orienter un projet professionnel. Nous pouvons nous interroger sur la place de ce référentiel dans la formalisation des objectifs de formation pour les étudiants.

Bernard & Eymard (2014) ont réalisé un état des lieux auprès des sages-femmes suite à la reconnaissance par la loi HPST de l'intérêt thérapeutique de l'accompagnement en éducation du patient. Il met en évidence que « les actions de soutien et d'aide à la personne mobilisent une proportion plus faible de sages-femmes, que les actions informatives faisant appel à moins de compétences » (p.600). Les sages-femmes décrivent de nombreuses actions d'éducation pour la santé, variant selon le domaine d'activité de ces dernières. Elles soulèvent la question de la formation initiale dans ce domaine, d'autant plus que l'actuel référentiel de formation de 2011 ne répond pas à cette problématique car l'éducation pour la santé est dispersée au sein des différents contenus sans jamais être nommée en tant que telle. Il apparaît alors intéressant de tenir compte de ces éléments pour améliorer le système de formation initiale même si en aval se pose encore le problème de la cotation des actes professionnels dans ce domaine.

La préparation à la naissance et à la parentalité est un exemple d'action d'éducation pour la santé en périnatalité. L'évolution des recommandations de la HAS (2005) à ce sujet devrait entraîner une évolution de la posture professionnelle et éducative des sages-femmes. « Le professionnel de santé occupe alors une place de médiateur qui soutient plus qu'il ne contrôle, écoute plus qu'il ne conseille, apprend autant qu'il enseigne » (Bernard & Eymard, 2012, p.287). La difficulté réside dans le développement par le professionnel d'une réelle autonomie et donc la capacité à faire évoluer ses propres pratiques. La formation initiale a un rôle essentiel en préparant tout professionnel à remettre en question ses pratiques pour une meilleure prise en charge des femmes et des couples.

### 1.2.9 Bilan sur la formation aujourd'hui

Champy-Remoussenard (2010) définit la formation comme « des savoirs de bases exigés en formation initiale qui correspondent aux exigences du travail (positions sociales et professionnelles) ». De plus, formation initiale et professionnelle procure « un savoir, un savoir-faire mais aussi un savoir-être dans son milieu professionnel, dans un groupe humain complexe » (Fougères, 2010, p.11). Il existe donc des enjeux professionnels mais aussi économiques.

Si nous devons faire le bilan, la formation en école de sages-femmes est organisée sur 5 ans, sous forme d'alternance entre cours et stages. Actuellement, elle se décompose ainsi :

- la première année du tronc commun en santé : elle n'est faite que de cours théoriques organisés en deux semestres. Elle se déroule sur les bancs de la faculté de médecine. Au cours du 1<sup>er</sup> semestre, les étudiants suivent un cursus de cours commun sur les mêmes unités d'enseignement. Au cours du 2<sup>e</sup> semestre, ils choisissent, en plus des unités communes, celles spécifiques du ou des concours qu'ils souhaitent présenter (médecine, dentaire, pharmacie, sage-femme).

- la deuxième année : c'est celle de l'intégration en école de sages-femmes. Elle est une année plutôt généraliste avec des unités d'enseignement théoriques prégnantes. C'est une année qui est ouverte aux passerelles provenant d'autres filières même si les élus ne représentent pas plus de 5% de l'effectif de la promotion. Elle se compose de 28 semaines de cours pour 9 semaines de stage.

- la troisième année est celle qui entre vraiment dans le « cœur de métier » de la profession de sage-femme, avec l'apparition d'unités d'enseignement comme l'obstétrique, la pédiatrie, la gynécologie... 15 semaines de cours pour 24 semaines de stage : la bascule vers une formation plus pratique est amorcée. 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années sont les années de l'apprentissage de l'eutocie.

- la quatrième année est quant à elle l'entrée dans l'apprentissage de la pathologie : 18 semaines de cours et 21 semaines de stage constituent cette année de formation.

- la 5<sup>ème</sup> année continue l'apprentissage du dépistage et de la prévention de la dystocie. Elle est composée de 11 semaines de cours et de 26 semaines de stage dont un stage préprofessionnel de longue durée.

Chaque année de formation est sanctionnée par des épreuves théoriques et pratiques semestrielles et la dernière année par l'obtention d'un diplôme d'état.

Les enseignements sont dispensés par des formateurs permanents issus de la profession de sage-femme, des médecins majoritairement hospitaliers et des vacataires.

La formation est régie par un numérus clausus qui a évolué au cours des 30 dernières années en France : 738 places en 1986, 663 en 1990, 720 en 1999, 759 en 2001, 900 en 2002, 940 en 2003,

975 en 2004 (Midy & al., 2004, pp.15-17), 1015 en 2011, 1017 en 2012, 1016 en 2013, 1013 en 2014, 1011 en 2015, 1005 en 2016 (légifrance). La profession de sage-femme apparaît en évolution. 14% des besoins de sages-femmes en milieu hospitalier n'étaient pas couverts en 2004 et l'équilibre aurait dû être atteint selon l'IRDES vers 2010 (Midy, Legal & Tisserand, 2005). Or, aujourd'hui, les sages-femmes nouvellement diplômées n'ont plus cette notion de stabilité de travail et d'embauche. Un élément nouveau apparaît dans la profession : le chômage. Qu'advient-il dès lors de la formation, de son numerus clausus qui reste stable au regard de l'élargissement des nouvelles compétences professionnelles ?

Le contexte actuel fait émerger de nouvelles interrogations sur la formation en école de sages-femmes. C'est une formation initiale considérée comme professionnalisante. Il apparaît alors intéressant d'aborder le concept de professionnalisation pour tenter de comprendre le processus qui se joue au cours de cette formation en école de sages-femmes.



## 2. La professionnalisation

---

La professionnalisation est une question sociétale vive. C'est une question incontournable lorsque l'on tente de décrire, d'analyser et de comprendre les transformations qui peuvent se produire au cours d'une formation initiale par exemple. L'activité professionnelle est considérée comme centrale dans notre société car elle structure le rapport entre les individus et les organisations ; dès lors, tout ou presque peut être considéré comme professionnalisant (Wittorski, 2008 ; Remoussenard, 2010, p.14). Le terme de professionnalisation est donc polysémique : il prendra une signification différente dans les domaines politique, culturel, identitaire, pédagogique, managérial... Pour Hugues (1996), la professionnalisation implique une notion de trajectoire « il [un groupe de professionnels] est composé d'individus qui construisent leur trajectoire » (cité par Wittorski, 2008, p.8).

La professionnalisation est devenue un objet d'investigation dans de nombreuses disciplines et notamment en Sciences de l'Éducation. Cette préoccupation part de la nécessité de comprendre les interactions des professionnels en situation de travail, avec leurs contextes et les objets saillants de leurs professions ou métiers respectifs (Py & Somat, 2007). « La démarche méthodologique principale vise à examiner comment s'élaborent, se déroulent et se transforment les processus de professionnalisation en fonction de phénomènes, de faits, porteurs de significations pour les acteurs, véhiculés par ces acteurs, parties prenantes de situations dans lesquelles ils sont immergés avec d'autres » (Lac & al., 2010, p.134).

### 2.1 Définitions polysémiques

« A l'instar de Dubar (2001), nous pouvons considérer que profession et professionnalisation sont deux termes intimement liés » (Maubant & al., 2010, p.118).

Le terme professionnalisation, en didactique, signifie action de se professionnaliser (Rey et Rey-Debove, 2009, p.2034) : cette définition pointe la nécessité d'un mouvement, d'un processus, d'une construction. Dans le CNRTL, c'est le « caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de devenir un professionnel ». Dans cette définition transparaît une notion de transformation, d'un passage d'un état à un autre. Être un professionnel peut à la fois concerner « une profession ou des professions dans une branche, un secteur d'activité particulier », « quelqu'un qui exerce un métier, une profession donnée », quelqu'un qui « a les qualités, l'habileté requises pour les exercer »,

une « personne qui exerce, qui connaît parfaitement un métier donné ». Le préprofessionnel, c'est celui qui « est avant l'exercice d'une profession ». Devenir professionnel, cela concerne aussi « l'enseignement d'une profession, d'un métier » (CNRTL). Ces détours mettent en évidence plusieurs éléments qui vont nous permettre d'approcher la professionnalisation sous plusieurs aspects : l'identité, l'expérience, la réflexivité, l'analyse des pratiques, l'alternance, les représentations, les voies de la professionnalisation, la formation professionnalisante.

Bataille & al. (1997) concilient l'ensemble des éléments précédemment décrits : « être professionnel, c'est exercer une activité généralement au sein d'une organisation publique ou privée [ou associative] après avoir suivi une formation garantissant une compétence spécifique et assurant, par l'obtention d'un diplôme, l'appartenance à une identité de métier. Chaque profession désigne socialement la réalisation d'activités spécifiques non réductibles à un poste et à partir desquelles les professionnels se reconnaissent entre eux et se distinguent des autres, par-delà leurs contextes d'exercice » (p.72). Dans cette même perspective de professionnalisation, Maubant & al. (2010) considèrent l'étudiant « à la fois comme un professionnel en devenir mais aussi comme un professionnel en développement » (p.115).

Parce qu'« une profession est un métier socialement organisé et reconnu » (Wittorski, 2005, p.27), nous pouvons suivre Merton (1957) pour qui la professionnalisation désigne « le processus historique par lequel une activité (ou une occupation) devient une profession du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques, acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle sinon incontestable » (Wittorski, 2005, p.16 ; 2008, p.7). Cette définition nous permet de faire un rapprochement voire un parallèle avec la description de l'évolution de la profession de sage-femme et de la formation faite précédemment.

Une autre définition rejoint une des caractéristiques développée par Freidson (1985) sur l'autonomie comme caractéristique essentielle d'une profession : « la professionnalisation est donc un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante. Dans le premier cas, il s'agit de construire une nouvelle profession et, dans le second, de former des individus à une profession existante » (Wittorski, 2005, p.28). Ainsi, la profession de sage-femme tente, au travers de nombreuses tractations avec les instances, de développer son champ de compétences (exemple des compétences obtenues en gynécologie en 2009) dans le but de mieux faire admettre sa spécificité et reconnaître son autonomie. Mais elle se définit aussi au travers de spécificité telle que l'accompagnement, comme développé dans le

chapitre précédent. Cette définition rejoint le champ de la formation car reconnaître un champ spécifique d'activités définit une profession et légitime l'existence d'une formation ad hoc.

Ainsi Wittorski (2005) réaffirme que les enjeux sous-tendus sont donc la reconnaissance de la spécificité et de la légitimité de l'exercice professionnel à des fins d'obtention d'une certaine autonomie ou d'un certain monopole d'exercice c'est-à-dire « une affirmation des pratiques au sein du corps professionnel auquel on appartient ainsi que d'une autonomisation du corps des connaissances composant la professionnalité à des fins de mise en reconnaissance de la spécificité de l'exercice professionnel » (Wittorski, 2005, p.198). Nous avons vu que ce sont deux points fondamentaux pour la profession de sage-femme.

Pelletier (2010) intègre lui aussi, dans sa définition du concept de professionnalisation à partir de quatre éléments fondamentaux témoignant de l'existence d'une profession, la notion de spécificité et la décrit comme regroupant :

- la présence d'activités complexes reconnues dont la réalisation nécessite des compétences élevées ;
- la reconnaissance d'un statut spécifique qui distingue cet emploi des autres dont ceux de proximité ;
- l'existence d'un corpus de connaissances scientifiques évolutives et pragmatiques reconnaissant les pratiques jugées exemplaires et les codifiant à des fins de communication ;
- l'existence de pratiques de socialisation et de formation permettant l'appropriation de connaissances codifiées et leur traduction en savoirs d'intervention dans la construction évolutive de leur identité professionnelle (Pelletier, 2010, p.33).

Si nous réalisons le parallèle avec la profession de sage-femme, cette dernière requiert des compétences élevées pour la pratique de certains actes, des connaissances basées sur l'Evidence-based medicine<sup>2</sup> ; elle se construit à partir d'une formation nécessaire à la construction de l'identité professionnelle ; seulement, cette définition remet en cause la spécificité de la profession de sage-femme vis-à-vis des autres professions médicales et paramédicales, et par là même son rapport à d'autres professions.

Wittorski (2008, 2010, 2012) décrit 3 sens du mot professionnalisation à l'œuvre dans l'observation des pratiques sociales, répondant à des enjeux bien différents :

- la professionnalisation-efficacité du travail : avec le développement par les organisations de la flexibilité des personnes au travail et, au final, de leur plus grande efficacité ;

---

<sup>2</sup> Evidence-based medicine : médecine fondée sur des preuves

- **la professionnalisation-profession** : avec la constitution d'un groupe social autonome par les acteurs sociaux avec l'objectif de se constituer comme une profession. C'est ce que Merton et Wittorski ont tendance à appeler « la socialisation professionnelle » c'est-à-dire « le processus par lequel les gens acquièrent les valeurs et attitudes, les intérêts, capacités et savoirs, bref, la culture qui a cours dans les groupes dont ils sont ou cherchent à devenir membre » (Wittorski, 2005, pp.17-18). Et c'est là tout l'enjeu du cursus de formation : amener un étudiant à devenir un professionnel avec tous les attributs inhérents à la profession ;

- **la professionnalisation-formation** : avec le développement des savoirs et des compétences par les milieux de la formation et la recherche d'une efficacité et d'une légitimité plus grande des pratiques de formation. « Ainsi, apparaissent des expériences reposant sur une tentative d'articulation plus étroite entre l'acte de travail et l'acte de formation : il ne s'agit plus seulement de transmettre de façon déductive des contenus pratico théoriques ou, au contraire, d'apprendre sur le tas (formation informelle) mais d'intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler. Les logiques liées au recours à la formation changent, elles ne reposent plus tant sur l'adaptation de la main d'œuvre aux changements mais surtout sur l'élaboration et l'accompagnement de changements organisationnels. Cela engage un ancrage plus fort des actions de formation par rapport aux situations de travail » (Wittorski, 2008, p.4 ; 2010, p.8).

Ainsi, la professionnalisation peut se définir comme un « processus de construction des connaissances, savoirs et identités reconnues comme faisant partie de la profession choisie » (Wittorski, 2007, p.3).

Maubant & al. (2010) et Wittorski (2005, 2008) s'accordent sur l'existence de deux logiques autour du thème de la professionnalisation : celle de la compétence du côté de l'organisation et celle de la qualification du côté des acteurs.

La professionnalisation-formation nous apparaît comme un enjeu qui fait débat dans le contexte actuel et qui intéresse particulièrement notre sujet : la réforme des études de sage-femme est sûrement le moment d'envisager cet aspect avec un œil nouveau.

## **2.2 La formation au cœur de la professionnalisation**

Une des questions fondamentales de tout formateur ou toute organisation dans le domaine de la formation est de se demander comment un individu devient professionnel, c'est-à-dire, comme

le précise Mayen (2008, p.111), « un expert dans son domaine d'activité et comment il peut continuer à l'être au fil des évolutions, parfois importantes, auxquelles il doit faire face tout au long de sa vie au travail » (cité par Maubant & al., 2010, p.115). Pour Wittorski (2005), la professionnalisation active des acquis personnels ou collectifs comme les savoirs, les capacités et les compétences : « elle réside dans le jeu de la construction et/ou de l'acquisition de ces éléments qui permettront au final de dire de quelqu'un qu'il est un professionnel c'est-à-dire qu'il est doté de la professionnalité (l'ensemble des connaissances, des savoirs, des capacités et des compétences caractérisant la profession) » (Wittorski, 2005, p.28).

Dans ce contexte, Remoussenard (2010) s'interroge sur le type de compétences à construire : faut-il que les futurs professionnels construisent des compétences précises, en vue d'un emploi précis ? Faut-il qu'ils soient préparés en vue d'une capacité d'adaptation globale ? Faut-il qu'ils développent une capacité à créer leur propre activité ? Or, pour elle, « le statut des dispositifs professionnalisants dans la formation initiale générale est globalement flou. Quels sont les ingrédients d'une bonne préparation au monde professionnel ? » (Remoussenard, 2010, p.24). Maubant & al. (2010) insistent sur l'importance d'étudier les finalités des situations professionnalisantes : sont-elles l'insertion professionnelle, la construction et le développement des compétences, l'apprentissage de savoirs professionnels, leur adaptation aux réalités des postes de travail ? Pour Demazière, Roquet & Wittorski (2012), la professionnalisation « interroge les finalités et les modalités de formation dès lors que celle-ci se situe en amont d'une insertion professionnelle et peu ou prou y prépare » (p.7). Il apparaît alors essentiel de développer des dispositifs de formation en adéquation avec le sens donné à la formation. Ainsi, la professionnalisation est devenue une composante incontournable de la réflexion sur les cursus de formation que ce soit pour la mise au point des curricula, l'ajustement des pratiques pédagogiques, le pilotage des dispositifs de qualification, l'évaluation des filières éducatives. Elle devient un élément de plus en plus central dans la définition même « de l'acte de former » (p.7). Elle concerne alors la production et la transmission des savoirs et leur reconnaissance en tant que compétences négociables.

A ces questions, s'ajoutent les enjeux politiques autour de la formation : ainsi, la déclaration de Bologne (1999) et le Conseil européen de Lisbonne (2000) se sont traduits, dans les pratiques par une « tendance à la conception de curricula à base d'approche par compétence » (Wittorski, 2012, p.3).

Pour Tavignot (2005), le monde du travail et le monde de la formation s'interpénètrent de plus en plus. Les frontières entre les deux sont floues. Il est alors essentiel que le recours à la professionnalisation donne du sens à cette intersection renforcée des deux mondes. Le schéma du

clivage théories transmises en formation et pratiques émergentes au travail n'est plus de mise. Pour elle, cinq éléments prennent part à cette transformation professionnelle : la subjectivité (l'idéal professionnel à atteindre par rapport aux intentions) ; la stratégie liée aux objectifs et aux enjeux de la situation qui conduit à telle ou telle décision ou orientation des gestes professionnels ; la normativité (l'appartenance professionnelle, les **représentations**) ; le contexte (le lieu d'exercice comme espace socio-professionnel) ; l'activité (production, communication et mobilisation).

Pour Maubant & al. (2010), cette perspective est importante à prendre en compte car la formation initiale et la formation continue constituent de plus en plus les deux temporalités d'un même itinéraire et « qu'elle invite aussi à prendre en considération la problématique de l'évaluation des compétences et celle de la reconnaissance professionnelle, bien au-delà des strictes situations de travail » (Maubant & al., 2010, p.128).

C'est pourquoi Demazière, Roquet & Wittorski (2012) mettent en avant le fait que tout processus de professionnalisation doit passer par une connaissance parfaite du travail ou de la formation : ce processus apparaît « inachevé et engage des temporalités complexes » (p.9). Les enjeux autour de la professionnalisation doivent prendre en compte les spécificités locales pour en permettre une analyse plus fine. Il existe donc divers niveaux d'analyse à prendre en compte : le sujet, l'activité et l'organisation. Wittorski (2008) précise que l'apprentissage a « un caractère spatio-temporel local (lié à une situation et à un instant particulier) » (p.14). Remoussenard (2010) précise aussi ce caractère : « les liens entre éducation et travail s'inscrivent dans un inévitable décalage temporel qui suscite des ajustements en différé » (Remoussenard, 2010, p.23).

De ce fait, Tavignot (2005) met en avant l'importance du choix des outils de formation car ils sont un des éléments, avec l'accompagnement, de la transformation professionnelle. Cependant, une distinction est à faire entre des outils « institutionnels » (rapports de visite, mémoires professionnels, analyses de pratiques) et des outils « créés » par les formés et les formateurs, favorisant des explicitations de pratiques (observations croisées et le travail en binômes). Ces outils de professionnalisation devront être reconnus par la profession, « puisqu'elle est le lieu privilégié de légitimation des gestes professionnels et des savoirs » (Tavignot, 2005, pp.180-181). Ainsi, le phénomène de professionnalisation légitime la profession : il favorise la construction d'une démarche de projet en favorisant l'élaboration d'outils « pour amener les formés à explorer le(s) sens de leurs activités professionnelles » (p.192), traduisant ainsi une réalité de la profession.

Pour Remoussenard (2010), l'élaboration des dispositifs de formation et des diplômes professionnels traduit l'articulation logique de la formation aux situations de travail. Cependant

Remoussenard (2010) évoque certaines limites comme la distance supposée par la perception que les personnes ont des relations entre enseignants et monde du travail : l'éloignement, l'indifférence ou l'ignorance qu'auraient ces professionnels à l'égard du monde professionnel. Il est donc indispensable de réfléchir la professionnalisation autrement que dans l'opposition théorie/pratique, mais davantage sur l'usage des savoirs dans l'activité en contexte grâce à la connaissance et l'analyse du travail.

Maubant & al. (2010) proposent de penser la professionnalisation en tenant compte des problématiques inhérentes à l'ingénierie de formation (Clénet, 2010), de la question de l'usage et du sens des différentes temporalités (Roquet, 2007) et des différents espaces en formation, de la question de l'alternance entre les différents contextes formatifs et les différents types de savoirs professionnels en construction (Maubant, 2007), de la question des professionnels de l'apprentissage et de leurs pratiques (Pastré, 2008). Dans cette configuration, l'ingénierie de formation est la source de compréhension et de réussite des processus de professionnalisation.

Ces considérations amènent certains auteurs à distinguer formation professionnelle et formation professionnalisante.

### **2.3 Formation professionnalisante et formation professionnelle**

Pour Wittorski (2012), une formation professionnalisante se distingue d'une formation professionnelle car, même si elle forme aussi aux outils et aux techniques nécessaires pour exercer un métier, elle les transmet en se référant aux conduites professionnelles jugées légitimes par le groupe professionnel. Une formation professionnalisante a pour enjeu plusieurs éléments dont la construction identitaire. Pour ce faire, la constitution préalable ou simultanée d'un groupe professionnel capable de tenir un discours sur les bonnes pratiques est nécessaire. Souvent, c'est l'institution qui va définir les repères, ce qui du coup interfère avec la définition même de la formation professionnalisante la rendant formation professionnelle : elle perd ainsi la reconnaissance « évidente et univoque par les milieux professionnels » (Wittorski, 2012, p.9). Par ailleurs, dans une formation professionnalisante, les apprentissages visés sont de l'ordre de savoirs théoriques, scientifiques et savoirs professionnels (Wittorski, 2007) plutôt que de savoirs d'action (Wittorski, 2012). Ainsi, la formation professionnelle repose sur des critères d'efficacité à partir essentiellement des savoirs d'action alors que la formation professionnalisante repose, elle, sur des critères de légitimité à partir de savoirs professionnels. Les situations professionnalisantes peuvent être formelles dès lors qu'elles sont institutionnalisées dans le cadre d'un dispositif de formation (Maubant & al., 2010).

Certains auteurs rapprochent la formation professionnalisante de la théorie de Clot (2007) en la rattachant au genre professionnel, ce qui renforce la légitimité des contenus de la formation d'autant plus que les représentants du milieu professionnel concerné sont, par ailleurs, impliqués dans l'accompagnement des apprentissages (tutorat, évaluation).

4 dénominateurs communs des formations professionnalisantes ont été décrits (Maubant & al. 2010) : la reconnaissance et la validation des acquis ; l'alternance ; l'invitation à la réflexivité sur la pratique ; l'action tout autant sur la pratique que sur l'identité professionnelle.

La formation en école de sages-femmes présente de nombreux éléments en faveur d'une formation professionnalisante. En effet, elle intègre des personnes en formation qui peuvent présenter divers profils et provenir d'horizons variés (des passerelles existent depuis 2011 entre certains cursus et la formation). La mise en place de séances de retour sur la pratique et de régulation participe de la construction de l'identité professionnelle. L'alternance est aussi un point clé de la formation.

## **2.4 L'alternance**

L'alternance, comme l'analyse écrite ou orale des pratiques professionnelles, fait partie des leviers utiles pour accompagner et susciter la professionnalisation dans les formations supérieures. Une formation dite professionnalisante ne peut s'envisager sans un temps d'exercice professionnel en alternance avec un parcours de formation qui interroge régulièrement les situations professionnelles rencontrées et qui introduit une forme d'analyse des pratiques professionnelles (groupes d'analyse de pratiques, mémoire professionnel, recherche-action...) (Wittorski, 2012). Gachassin, Labbé & Mias (2013) mettent en avant le nécessaire accompagnement pour transformer le stage en réel moment d'apprentissage. Seul, le stage sans explicitation, n'apporte pas tous les éléments d'apprentissage présumés : le rôle d'explicitation, rôle notamment du formateur lui-même professionnel, est primordial, comme le suggère Barbusse & Glayman (2012). D'où l'intérêt de créer un réel maillage entre le centre de formation et le lieu de stage.

Pour Oudet (2010), l'alternance a des effets sur la professionnalisation : les dispositifs, les acteurs et les processus. L'alternance permet l'usage de plusieurs outils, comme l'évaluation formative, la pratique réflexive, qui permettent de développer l'expérience et « le soi professionnel » (Vanhulle, 2007 ; cité par Oudet, 2010, p.84). Elle permet aussi le lien entre la formation et le travail et fait l'objet d'instrumentation : elle permet l'organisation de confrontations par rapport aux situations rencontrées (débriefting, retours d'alternance, accompagnement tutoral...), aux référentiels (compétences, emploi, objectifs...), d'articulation entre le terrain et la formation (carnets de liaison,

écrits professionnels, rapports...) dans l'objectif de rendre apprenante l'alternance. Les situations professionnelles peuvent être utilisées à diverses fins, selon le parcours de formation envisagé, les conceptions même des auteurs et des acteurs et les valeurs. Il en est de même pour ce qui est des configurations organisationnelles et pédagogiques, des enjeux, des logiques. L'alternance ne serait donc pas une mais plusieurs.

L'alternance existe donc sous diverses formes : organisationnelle, dialectique, circonstancielle... L'alternance organisationnelle n'est autre que la construction d'un calendrier de l'alternance : chacun des espaces est indépendant, chacun des espaces organise la formation à sa manière, dans une indifférence mutuelle. Dans ce cas, c'est l'apprenant qui gère lui-même son alternance et qui oriente ses apprentissages selon les objectifs qui lui sont donnés et les besoins de formation et de compétences qu'il pense devoir développer. L'apprenant doit donc posséder de solides capacités d'analyse de ses propres besoins et de régulation (Carré, 2005 ; Oudet, 2010). L'alternance dialectique (Maubant, 2007) permet la cohabitation et la collaboration du monde du travail et de la formation : la gestion des apprentissages apparaît « comme tout à la fois collective, individuelle et partenariale » (Oudet, 2010, p.88). « Le parcours est intégré » (Oudet, 2010, p.89). Dans cette forme d'alternance, la question du rapport théorie / pratique peut être dépassée (Clénet, 2002 ; Maubant, 2008). L'alternance circonstancielle permet une adaptation des moyens mis en œuvre dès lors que l'alternance ne suffit pas à l'acquisition de certains apprentissages. Dans ce cas, « la trajectoire s'appuie sur une individualisation des parcours » (Oudet, 2010, p.89). L'organisation de séance de retours d'alternance ne portera pas sur les mêmes éléments selon la forme d'alternance envisagée : sur le calendrier pour l'organisationnelle, sur le vécu pour les deux autres. Fernagu-Oudet (2015) envisage une quatrième forme d'alternance : l'alternance capacitante qui permet la construction réelle de l'autonomie de l'apprenant en lui donnant les clés d'un pouvoir d'agir à partir de ressources disponibles dans l'environnement et grâce à l'existence de facteurs positifs de conversion.

L'alternance, en école de sages-femmes, ne se décline pas sous une seule forme mais s'organise selon les contraintes locales de formation (calendrier, capacités d'accueil des terrains de stages...), en collaboration avec les acteurs (mise en place d'objectifs communément construits, demande d'accès à certains stages de la part des étudiants...), en réajustant les manquements de l'alternance. Elle est donc à la fois une et plusieurs.

L'alternance, comme processus de professionnalisation, est le point central du dispositif qui va permettre la construction de représentations, d'une identité professionnelle, d'expérience, de la réflexivité et de l'analyse des pratiques. Nous allons voir chacun de ses éléments.

## **2.5 Représentations et construction identitaire**

La formation reste un espace protégé contrairement à la réalité de terrain : elle « préserve l'identité personnelle de l'individu tout en lui permettant une remise en cause de son idéal professionnel lié à son identité sociale pour structurer son identité professionnelle. L'appartenance au groupe « stagiaires » favorise la construction identitaire» (Tavignot, 2005, p.180). Trois principes apparaissent dans la construction de l'identité professionnelle (Couturier & Chouinard, 2008 ; cité par Maubant & al., 2010) :

- un principe de rapport quasi fusionnel entre pratique et situation,
- un principe d'indicibilité et d'indiscutabilité fondamentale de ces pratiques,
- un principe faisant de l'ethos professionnel (Jorro, 2009) le principe directeur et organisateur des pratiques.

L'identité professionnelle d'un groupe se distingue alors clairement par le rapport d'indifférenciation/différenciation avec d'autres groupes professionnels (Bataille, 2000, p.181).

Wittorski (2005), grâce aux études réalisées auprès des enseignants, a montré que l'identification des principes organisateurs de pratiques s'accompagne d'une évolution des représentations du métier. Ces derniers « participent ainsi de la construction identitaire professionnelle » (p.41). Pour Tavignot (2005), selon les situations d'interactions entre les sujets au cours du processus de professionnalisation, l'identité professionnelle va s'exprimer différemment. Lors de la formation initiale comme de la formation continue, et donc de la mise en place d'actes professionnels, la posture identitaire des étudiants va être déstructurée : se pose alors la question de l'accompagnement identitaire. La professionnalisation constitue donc un enjeu identitaire fort pour les milieux de la formation (Wittorski, 2008).

## **2.6 La réflexivité**

Pour maintenir une dynamique identitaire, la formation doit permettre des feedbacks entre l'action et la réflexion sur cette action : la personne est alors dans un rapport réflexif à l'activité professionnelle. La professionnalisation questionne les gestes plus ou moins singuliers de l'expérience, c'est-à-dire la transformation du professionnel et de l'activité professionnelle (Tavignot, 2005). Par exemple, l'écriture sur et pour l'activité est sous-tendue par le paradigme de la réflexivité :

c'est le cas notamment pour les mémoires professionnels, les portfolios dans les formations par alternance et les récits de vie en formation (Wittorski, 2008).

## 2.7 La place de l'expérience

Pour le corps médical, la place de l'expérience est à la base de toute professionnalisation et sa structure est institutionnalisée et légitimée, contrairement aux enseignants par exemple. L'activité dominante est associée au diagnostic des maladies pour soigner les patients. Les enjeux de la professionnalisation sont d'ordre éthique (Tavignot, 2005). « La professionnalisation est alors vécue comme un consensus au service de l'expérience. La dimension affective régule en priorité les transformations » (Tavignot, 2005, pp.192-193).

Cependant, si aucune réflexion n'est menée sur l'action, le développement des compétences peut rester du côté du faire et du savoir-faire (exécution des gestes professionnels) sans jamais devenir un savoir-agir (pratique réfléchie), sans jamais emprunter les voies de la professionnalisation. Une prise de conscience de la construction de l'expérience apparaît nécessaire pour comprendre les savoirs professionnels investis dans l'action et en permettre l'utilisation consciente. C'est donc dans cette démarche que l'individu se professionnalise et développe son expérience au-delà de développer des compétences (Oudet, 2010). Ainsi, Oudet (2010) complète la définition de la professionnalisation : « les démarches ou processus de professionnalisation relèvent de processus d'acquisition d'expérience » (p.92). Cette définition de la professionnalisation, dans un dispositif de formation en alternance, suppose donc de créer des espaces privilégiés de mise à distance des pratiques de travail et de formation.

Lorsqu'ils pensent les situations professionnelles, les professionnels font souvent référence à la dimension expérientielle de ces dernières. Pour Piot (2009), il faut donc passer de l'expérience vécue à l'expérience conceptualisée afin de construire des compétences, sinon l'expérience n'est qu'une subjectivation de situations magnifiées à des fins de reconnaissance (Maubant & al., 2010). La première difficulté est celle d'identifier les mots de la professionnalisation caractérisant l'agir professionnel. Ce qui prouve que l'apprentissage ne peut se réduire à la formation. Plusieurs travaux (notamment ceux de Freidson à propos des médecins) ont montré que la rationalité des savoirs ne se retrouve pas dans les pratiques quotidiennes des professionnels : ce n'est pas le savoir acquis en formation qui est déterminant mais davantage les apprentissages réalisés au fil de l'expérience (Wittorski, 2008). Schwartz (1999) considère que la notion d'expérience oppose des savoirs investis aux savoirs académiques, indépendants des situations particulières. Mezirow (2001) considère « qu'apprendre, c'est produire du sens » (cité par Wittorski, 2008, p.16). Ces auteurs rejoignent l'idée

développée par Bataille (2000) sur « l'irremplaçable implication des expériences accumulées au fil du temps dans l'exercice professionnel » (Bataille, 2000, p.186).

Ainsi, l'ensemble de ces auteurs considèrent que l'apprentissage de l'action est d'abord « inconscient », il devient conscient quand une réflexion sur l'action est réalisée, ce qui permet ainsi de construire de nouvelles connaissances voire des compétences (Wittorski, 2008). De façon à faciliter l'implication, de nombreuses formations développent l'analyse des pratiques.

## 2.8 L'analyse des pratiques

Mayen (2008) précise que l'apprentissage par l'activité doit toujours être complété d'un apprentissage par l'analyse de l'activité. L'analyse des processus de professionnalisation doit s'appuyer sur une mise en perspective de celle-ci par rapport aux objectifs même de la professionnalisation (Maubant & al., 2010, p.124).

Pour Wittorski (2005), l'analyse des pratiques est un espace de mise en mots des pratiques spontanées (apprentissage sur le tas, les trucs de métier...). Suivant les orientations données aux dispositifs, trois modèles de professionnalisation sont possibles à partir de l'analyse des pratiques :

- le type 1 correspondant à une logique de professionnalisation privilégiant un travail sur l'identité professionnelle : développement identitaire, de compétences et de savoirs...
- le type 2 correspondant à une logique de professionnalisation privilégiant un travail sur les compétences. L'analyse des pratiques aide les stagiaires à transformer leurs pratiques en connaissances (apprentissage individuel et partagé à partir de l'action), en savoirs (validation par le groupe) et à dégager de leurs pratiques spontanées des « principes organisateurs » transférables dans les situations professionnelles à venir et générateurs de pratiques nouvelles. Ces « principes organisateurs des pratiques » sont liés à des évolutions de **représentations** concernant la profession de sage-femme par exemple dans notre cas (Wittorski, 2005, pp.47-48).
- le type 3 correspondant à une logique de professionnalisation privilégiant un travail sur le transfert des savoirs théoriques dans les pratiques et le développement d'une activité de réflexion à propos des pratiques : dans un cas, le savoir théorique semble avoir une place prépondérante, dans l'autre, c'est la pratique actuelle qui sert de point d'appui à un travail d'analyse.

L'analyse des pratiques est donc un outil privilégié de professionnalisation car elle assure une articulation étroite entre le travail et la formation. Wittorski (2012) souligne que l'analyse des pratiques sur les contenus et les modalités des formations n'est que rarement réalisée car elle est considérée comme n'intéressant que la sphère professionnelle. Il en est de même pour les formations de niveau master en France où les schémas d'alternance prévoient le temps de stage

uniquement en fin de formation. La réforme en école de sages-femmes insère un stage dit préprofessionnel de 6 mois lors de la dernière année de formation : dans cette configuration, les retours d'expérience et l'analyse des situations vécues ne pourront se faire sauf si ce stage est réalisé au premier semestre de la dernière année de formation (choix pédagogique de l'école de sages-femmes de Toulouse).

Tous ces éléments permettent de porter une réflexion sur la construction d'une formation en ne perdant pas de vue le sens ou la finalité qu'on voudrait lui donner : pour ce faire, il existe plusieurs voies de professionnalisation de la formation.

## **2.9 Les voies de professionnalisation**

Selon Wittorski (2012), la formation professionnalisante doit s'appuyer clairement sur une combinaison de voies de professionnalisation, c'est-à-dire de situations apprenantes. La formation doit donc être organisée pour prendre du sens. Il a identifié six voies de professionnalisation :

- la logique de l'action (formation sur le tas)
- la logique de la réflexion et de l'action (formation alternée)
- la logique de la réflexion sur l'action (analyse de pratiques)
- la logique de la réflexion pour l'action (analyse de pratiques également)
- la logique de la traduction culturelle par rapport à l'action (accompagnement)
- la logique de l'intégration assimilation (formation magistrale).

Par exemple, pour les métiers de la relation (et c'est le cas de la formation étudiée ici), l'apprentissage du positionnement professionnel nécessite la combinaison, dans un certain ordre de plusieurs voies : il doit d'abord être vécu (logique de l'action), puis mis en mots (logique de la réflexion sur l'action) avant de pouvoir être ensuite travaillé en formation (logique de l'assimilation intégration) au risque de ne pas faire sens. Ainsi, certains apprentissages se contentent d'un enseignement magistral, d'autres doivent d'abord être vécus pour faire sens lorsqu'ils seront abordés en formation. C'est ainsi que sera fait le choix au sein d'une formation professionnalisante de donner une place plus ou moins importante aux stages (avec le tutorat et le choix des modalités de l'évaluation par exemple) pour légitimer les apprentissages visés.

La question de la temporalité des modalités pédagogiques est à considérer : tel moment de formation intervient-il trop tôt ou trop tard ou au bon moment par rapport au vécu professionnel ? Il faut donc s'appuyer sur une analyse préalable du travail réel pour identifier les compétences à développer en formation et celles spécifiquement visées et validées par le secteur professionnel. Une formation universitaire suppose également de penser la formation par finalité d'action (Wittorski,

2012). Une formation professionnalisante doit s'appuyer sur une conception de l'alternance et des rapports travail-formation en pensant la « continuité et la complémentarité entre les deux espaces du travail et de la formation ». Il est alors essentiel de développer, auprès des individus, une posture réflexive rétrospective par rapport à l'action (Wittorski, 2012, p.11).

## 2.10 La place des formateurs

La place des formateurs en école de sages-femmes est une question « sociale vive » avec l'universitarisation de la formation. En effet, les formateurs permanents sont des professionnels sages-femmes qui ont passé un concours de cadre permettant d'accéder à ce poste. Cependant, comme nous l'avons vu, la réforme remet en question la légitimité de ces derniers. Les diplômes requis à l'exercice de l'activité de formateur ne sont toujours pas définis dans les derniers textes réglementaires.

Pour élaborer une formation en adéquation avec la profession, les milieux professionnels doivent participer à sa conception tout en faisant évoluer le métier de formateur, un formateur capable d'élaborer des situations problèmes, de développer l'analyse des pratiques (Wittorski, 2012, p.11). Le rôle des formateurs doit prendre en compte la « notion d'accompagnement, dans la démarche de professionnalisation : ils ont bien souvent pour fonction première l'aide à la mise en situation de travail dans le but d'augmenter l'efficacité de celle-ci. (Wittorski, 2008). Cette notion d'accompagnement est, (ironie du sort), une des spécificités de la profession de sage-femme mais cela ne précise en aucun cas le niveau de formation requis pour ces derniers.

Il en est de même au travers des propos de Champy-Remoussenard (2005, p.37) : « le fait que l'activité occasionne sans cesse des apprentissages et produise des savoirs nouveaux est une donnée majeure pour ceux qui travaillent dans la perspective de la formation et de la professionnalisation des acteurs » (cité par Wittorski, 2008, p.14).

Nous pourrions conclure sur la professionnalisation en disant qu'elle est à la fois : « une **intention** (côté organisation) de « mise en mouvement » des sujets dans les systèmes de travail par la proposition de dispositifs particuliers, traduisant une offre de professionnalisation ; un **processus** de développement de process d'action (côté individu ou groupe) dans ces dispositifs, avec une demande, émanant des sujets, de reconnaissance par l'organisation ; une **transaction** (individu et organisation) en vue de l'attribution d'une professionnalité à l'individu à partir des process d'action développés » (Wittorski, 2008, p.21). Cette professionnalisation touche la formation initiale mais aussi la formation continue : les sages-femmes ont, à l'heure actuelle, l'obligation de se former tout

au long de la vie professionnelle (décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes).

Clot (2008, pp.262-263) rappelle qu'étudier la professionnalisation des acteurs, c'est aussi prendre en considération deux éléments : comment ils « entrent » dans le métier ou s'y forment et comment le métier « rentre » en eux.

Ainsi évoluer en tant que professionnel en répondant aux exigences et aux enjeux institutionnels relève-t-il toujours du processus de professionnalisation ?

### **2.11 Les limites : vers une professionnalisation-déprofessionnalisation**

Wittorski & Roquet (2013) mettent en exergue que le développement de compétences transversales par des dispositifs dits professionnalisants en vue d'améliorer l'efficacité au travail a tendance à avoir des effets déprofessionnalisants car il remet en cause les compétences spécifiques de certaines professions.

Le terme de déprofessionnalisation est instable et fortement polysémique. Il est souvent considéré comme l'inverse de la professionnalisation. Deux définitions peuvent lui être attribuées : l'une « comme une perte effective ou ressentie de la professionnalité » et l'autre comme « une perte effective ou ressentie de professionnalisation au sens généralement entendu d'une réduction d'autonomie collective » (Wittorski & Roquet, 2013, p.72). La Broise (2013) les complète en ajoutant la notion d'évaluation et de contrôle : « elle procède d'une perte d'autonomie dans l'exercice d'une profession, d'un assujettissement aux règles de contrôle » (p.59). Pour Maubant, Roger & Boisclair (2013), la déprofessionnalisation est associée entre autres à l'augmentation de la pression évaluative, à l'évolution des territoires d'exercice traditionnel...

Ces différentes définitions rejoignent les limites déjà évoquées de la profession de sage-femme c'est-à-dire l'autonomie limitée et les compétences non spécifiques. Le développement de compétences transversales comme celles en gynécologie en 2009 et celles plus récemment liées à la pratique de l'IVG médicamenteuse dans le projet de loi de santé 2015 adopté par les députés interfèrent aussi avec le processus de professionnalisation. Elles peuvent aussi expliquer la non évolution des statuts professionnels du fait de l'éparpillement des compétences entre professionnels, et ainsi la durée des négociations lors de période de revendications professionnelles pour les sages-femmes (octobre 2013-mars 2015).

Les organisations considèrent souvent comme professionnalisation le développement d'activités nouvelles, la nécessaire adaptabilité alors que les salariés considèrent au contraire une remise en cause de la profession par modification des éléments cœur de métier et des repères

collectifs dans un contexte le plus souvent associé à peu de reconnaissance professionnelle (Wittorski & Roquet, 2013). Par extension, nous pouvons constater que le manque de lisibilité des compétences de la profession de sage-femme par le grand public contribue au peu de reconnaissance des responsabilités professionnelles.

La formulation uniquement en termes de compétences des référentiels de formation montre une volonté de rapprocher le champ du travail de celui de la formation, mais aussi la volonté de former des praticiens réflexifs pour une meilleure adaptabilité et pour une homogénéisation des pratiques en lien avec de nouveaux standards (Maroy & Cattonar, 2002). Ce phénomène a aussi un impact fort sur la construction d'une identité professionnelle car elle se fait sur un renoncement à une identité professionnelle traditionnelle, à une certaine autonomie d'exercice de l'activité (conventionnements de certaines activités des sages-femmes comme le PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile), à la réalisation d'une activité connue constituant le cœur historique de la profession (Wittorski & Roquet, 2013). « Ces renoncements sont à l'origine d'un sentiment de « déprofessionnalisation » » (p.81). Ainsi les logiques de professionnalisation et de déprofessionnalisation déstabilisent les identités professionnelles existantes mais aussi les trajectoires professionnelles. Le vécu de la professionnalisation comme celui de la déprofessionnalisation ont un fort impact sur leur développement (Wittorski & Roquet, 2013). Enfin, les résistances de certains professionnels aux réformes sont probablement de l'ordre de la résistance à une déprofessionnalisation plutôt qu'une résistance au changement (Maroy, 2006).

Champy (2011) démontre la déprofessionnalisation chez les médecins. Zoïa & Visier (2013) montre que, seule, la formation initiale ne permet plus aux médecins d'être garants d'un savoir scientifique mais ces derniers doivent se baser sur l'Evidence Based Medecine : leur autonomie ne disparaît pas mais devient plus exigeante. L'expérience clinique ne suffit plus, la réflexivité est exigée. Les recommandations se multiplient ainsi que les contrats d'objectifs, ce qui entraîne une certaine normalisation de la pratique. De plus, le malade gagne en autonomie sur la gestion de sa propre santé, phénomène qui impacte aussi sur l'autonomie professionnelle du praticien.

Dans le domaine de la formation, La Broise (2013) décrit un paradoxe : l'existence d'un mouvement de professionnalisation des étudiants et la perte progressive d'autonomie et de liberté des enseignants-chercheurs. En effet, la loi Pécresse engendre de nouvelles activités pour les enseignants-chercheurs ne constituant pas le cœur de la profession mais devant faire partie intégrante du « noyau dur du métier » grâce au stratagème de l'autonomie des universités (La Broise & Demailly, 2009). Les premiers projets de la loi prévoyaient que l'évaluation des enseignants-chercheurs serait réalisée par des professionnels différents de ceux qui sont évalués ce qui aurait

contribué à cette déprofessionnalisation : « Si on définit, en suivant Eliot Freidson, le modèle des professions comme « l'environnement institutionnel au sein duquel ce sont les membres du métier qui contrôlent le travail, et non les consommateurs et les responsables hiérarchiques » (Freidson, 2001, p.12), on peut analyser la conquête d'une expertise de la qualité universitaire par d'autres acteurs que les universitaires comme un processus de déprofessionnalisation d'un groupe professionnel au profit d'un modèle marchand » (Garcia, 2008, p.200). Mais le point commun réside le plus souvent dans une diminution de l'autonomie professionnelle (La Broise & Demailly, 2009). Un parallèle pourrait être fait entre le statut non défini des formateurs en école de sages-femmes et la nécessaire professionnalisation des étudiants.

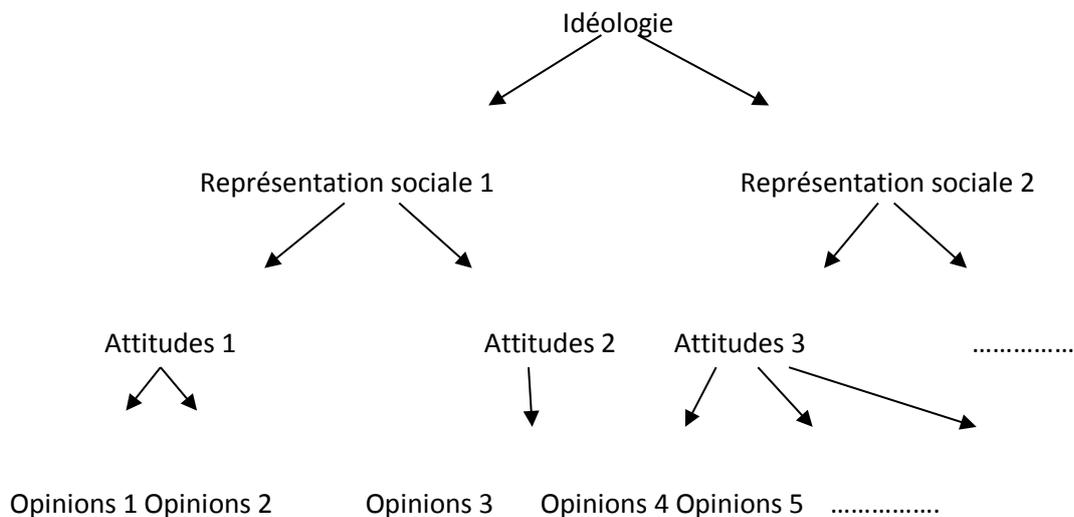
Ainsi, vouloir étudier la professionnalisation, c'est comprendre qu'elle est avant tout un « construit social », un enjeu et un objet social avant d'être un « construit scientifique », un enjeu et un objet de recherche » (Wittorski, 2010, p.7). Comprendre le processus de professionnalisation est un enjeu pour la formation pour construire un dispositif adapté aux attentes de tous les acteurs : formateurs, professionnels et étudiants. La configuration de la formation par l'alternance, comme nous l'avons vu, participe à l'évolution des représentations. Au vu des différents éléments développés dans ce chapitre, il apparaît intéressant d'aborder la professionnalisation sous l'aspect représentationnel et d'observer comment, au cours de leur parcours de formation, les étudiants sages-femmes perçoivent la profession de sage-femme d'une part, la profession de médecin d'autre part ainsi que l'accompagnement afin peut-être d'identifier une dynamique des processus représentationnels de ce système représentationnel. Le prochain chapitre aborde la théorie des représentations sociales et plus particulièrement celle des représentations professionnelles.



### 3. Les représentations sociales

Le domaine qui nous intéresse relève de « la psychologie sociale ». Beauvois (1998), inspiré d'Allport (1954) en donne la définition suivante : « la psychologie sociale s'intéresse, quels que soient les stimuli ou les objets, à ces événements psychologiques fondamentaux que sont les comportements, les jugements, les affects et les performances des êtres humains en tant que ces êtres humains sont membres de collectifs sociaux ou occupent des positions sociales (en tant donc que leurs comportements, jugements, affects et performances sont en partie tributaires de ces appartenances et positions) ». Elle permet, par une démarche scientifique, d'étudier les phénomènes sociaux et les valeurs véhiculées dans une société et de produire des savoirs en lien avec les valeurs de la société actuelle.

Dans ce cadre, Rouquette (1998, p.53) a modélisé la pensée sociale, modèle au cœur duquel sont inscrites les représentations sociales, au sein d'« une hiérarchie des formations cognitives » comme le montre le schéma suivant :



**Schéma 1 : Hiérarchie des formations cognitives (d'après Rouquette, 1998, p.53)**

Nous allons aborder, dans cette partie, la théorie des « représentations sociales » et le concept des « représentations professionnelles », le passage des unes aux autres ainsi que leur dynamique qui seront au cœur de notre démarche de recherche. Cette connaissance plus approfondie de ces éléments nous permettra de construire notre outil d'enquête et d'adopter la démarche adaptée à la recherche de la transformation du système de représentations de la

profession de sage-femme, la profession de médecin et de l'accompagnement, auprès des étudiants en formation initiale et des jeunes professionnels grâce à une étude longitudinale.

### **3.1 Qu'est-ce qu'une représentation sociale ?**

#### **3.1.1 Historique**

La théorie des représentations sociales a évolué au cours des cinquante dernières années à la suite des travaux des différents protagonistes qui ont fait progresser ce concept.

Emile Durkheim (1895, 1898) est un des premiers à introduire la notion de représentation collective. Il considère les représentations de manière statique (Doise & Palmonari, 1996, p.16). Mauss (1947) et Lévi-Stauss (1955, 1961) décrivent les sociétés traditionnelles vues d'un plan collectif. Ils montrent ainsi que les représentations collectives sont liées « à une dynamique individuelle et aux représentations individuelles » (cité par Bonardi & Roussiau, 2008, p.14).

Moscovici (1961), dans son œuvre *Principes*, pose le cadre théorique. Contrairement à Durkheim, Moscovici avance que les représentations sociales sont dynamiques et générées par les groupes mais aussi acquises de la société. « Et, dans cette perspective, qualifier une représentation de sociale revient à opter pour l'hypothèse qu'elle est produite, engendrée, collectivement » (Moscovici, 1976, p. 74).

#### **3.1.2 Définition**

Parmi de nombreuses définitions des représentations sociales, nous retiendrons celle de Jodelet (1991) : une représentation sociale est une « forme de connaissance courante, dite de « sens commun », caractérisée par les propriétés suivantes : 1. elle est socialement élaborée et partagée ; 2. elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et communications ; 3. elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné. » (p.668 ; Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002, p.20).

Pour qu'une représentation sociale existe, elle doit se réaliser au travers d'un groupe. Le groupe est une entité composée d'individus qui ont des relations, des interactions les uns avec les autres. La constitution d'un groupe est dépendante de critères ou de facteurs choisis. A l'intérieur d'un groupe peuvent cohabiter des sous-groupes (Lac, 2009).

Jodelet (1989) précise l'importance de l'objet dans ce concept de représentation : « s'il n'y a pas de représentation sans objet, il peut y avoir des objets sans représentation. [...] » (cité par Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002, p.30). Selon Moliner, Rateau & Cohen-Scali (2002), pour qu'un objet devienne objet de représentation sociale, il doit répondre à 5 critères qui sont (Ibid, p.30) : la spécificité de l'objet (l'objet doit susciter un intérêt pour le groupe d'individus), les caractéristiques du groupe (les individus du groupe doivent avoir un lien et communiquer autour de cet objet), les enjeux (l'objet doit être important pour le groupe à tel point qu'il suscite un enjeu et que le groupe est en cohésion autour de cet objet), la dynamique sociale (plusieurs groupes sont impliqués autour de cet objet de représentation et tentent de préserver leur identité en s'appropriant cet objet), l'absence d'orthodoxie au sens de Deconchy (1984).

C'est la différence essentielle entre croyances et représentations car les croyances n'ont pas d'objet spécifique mais elles constituent des systèmes d'ancrage plus larges, « des *champs constituants* pour les représentations » (Apostolidis, Duveen & Kalampalikis, 2002, p 10).

Afin d'étudier la dynamique des représentations de la profession de sage-femme, nous avons pris en compte les conditions d'exercice, la formation et l'importance de l'empreinte historique. Ces étapes ont permis de circonscrire deux groupes de professionnels (sages-femmes et médecins) pour notre étude des représentations professionnelles de la profession de sage-femme (Frégonèse & Ratinaud, 2015) et de déterminer cinq groupes d'étudiants sages-femmes (correspondants aux années de formation de l'année commune en santé aux quatre années de formation en école) pour notre deuxième étude sur le processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes (Frégonèse & Ratinaud, 2016a). Ces groupes ne sont pas construits de façon aléatoire mais autour de critères définis en formation initiale. Au vu de ces caractéristiques, nous n'avons aucun doute sur le fait que la profession de sage-femme ou de médecin soient des objets de représentation pour ces groupes.

De même, nous pouvons postuler que les professions de sage-femme et de médecin ainsi que l'accompagnement ont valeur d'enjeux pour les groupes d'étudiants. Le contexte de formation fédère ce groupe autour de ces objets de représentation. L'enjeu est nécessairement important puisque devenir sage-femme est l'aboutissement même de la formation, le maillon qui fait le lien entre les différentes années de formation. La profession de médecin suscite un enjeu identitaire et un rapport professionnel que ce soit par le travail en équipe ou la référence dans le cas de situations pathologiques. La profession de sage-femme et celle de médecin sont au cœur de la natalité et sont donc bien un centre d'intérêt pour les différents groupes (sages-femmes, médecins, parents, étudiants...) et chacun de ces groupes trouve un intérêt à l'appropriation de ces objets. Chaque

groupe a une lecture différente de ces deux objets. Au cours de notre deuxième étude, la notion d'accompagnement prend de l'importance au fur et à mesure des années de formation : il apparaît comme un enjeu auprès des étudiants sages-femmes (Frégonesse, 2013 ; Frégonesse & Ratinaud, 2016a).

Quatre grandes approches théoriques sont décrites mais chacune de ces orientations sont complémentaires et ne sont que des nuances de l'approche fondatrice des représentations sociales proposée par Moscovici : le modèle sociogénétique, le modèle structural, le modèle sociodynamique et le modèle dialogique.

### **3.1.3 Le modèle sociogénétique**

#### **3.1.3.1 La genèse des représentations sociales**

Selon Moscovici (1976), l'émergence d'une représentation sociale dépend de la combinaison de trois phénomènes autour de l'objet : la dispersion de l'information, la focalisation et la pression à l'inférence (Moliner & Guimelli, 2015). La dispersion de l'information correspond à une information très limitée ou incomplète que les groupes sociaux concernés ont sur l'objet. La focalisation est le fait que le groupe s'intéresse tout particulièrement à une caractéristique de l'objet. Enfin, la pression à l'inférence témoigne du fait que le groupe développe une activité cognitive intense autour cet objet dans le but de mieux le comprendre par le biais des communications interpersonnelles.

Pour Moscovici (1976), les représentations sociales s'élaborent selon deux mécanismes principaux ou selon deux processus majeurs : l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation permet de rendre réel un objet, de le matérialiser. Ce processus se réalise en deux étapes successives : la naturalisation qui permet de faire passer un objet de concept à une notion concrète et la classification qui donne une place à l'objet parmi le préexistant. Objectiver permet de nommer les choses (p.110, p. 239).

L'ancrage permet de rendre possible l'utilisation de l'objet en tant qu'instrument mais aussi de placer cet objet sur une échelle de préférence dans les rapports sociaux existants : il transforme la science en un savoir utile. L'ancrage permet à chaque groupe de rattacher l'objet à ses « propres réseaux de significations, garants de son identité » (Moliner & Guimelli, 2015, p.24). En conclusion, « si l'objectivation montre comment les éléments représentés d'une science s'intègrent à une réalité sociale, l'ancrage permet de saisir la façon dont ils contribuent à modeler des rapports sociaux et comment ils les expriment » (p.173).

« [...] Une représentation sociale émerge là où il y a danger pour l'identité collective, quand la communication des connaissances submerge les règles que la société s'est données. [...] En un mot

comme en dix, l'objectivation transfère la science dans le domaine de l'être et l'ancrage la délimite dans celui du faire pour contourner l'interdit de communication. Dans les deux cas, il y a justification ; on approche la science parce que ses concepts sont censés refléter le milieu objectif, ou parce qu'ils peuvent servir » (p.171).

Ces deux processus participent à toute évolution et transformation des représentations. Ainsi, l'étude de la représentation de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement auprès des groupes d'étudiants et des jeunes professionnels va nous permettre de mettre en évidence les évolutions apparaissant au cours du processus de professionnalisation.

### **3.1.3.2 Les fonctions des représentations sociales**

Pour Moscovici (1976), le système des représentations sociales reste toujours dépendant, d'une part, d'un objet social (phénomène, événement, fait social, personnes, groupes...) qui les suscite, et, d'autre part, de l'individu (ou du groupe) qui les exprime et les construit. Ainsi, selon Moscovici (1976, p.69), ce système renferme trois dimensions qui donnent un aperçu du contenu et du sens de la représentation :

- un ensemble d'informations (connaissances des sujets sur l'objet) ;
- une attitude générale de l'individu et du groupe envers l'objet de la représentation ;
- un « champ de représentation », c'est-à-dire une structure qui organise, articule et hiérarchise entre elles les unités élémentaires d'information.

On assigne quatre principales fonctions aux représentations sociales (Piasser, 1999, p.5 ; Abric, 2003, pp.16-17) :

- une fonction cognitive : elle permet d'intégrer la réalité d'un objet pour un groupe d'appartenance et de le rendre plus familier au sein d'un cadre de connaissances préexistant.
- une fonction d'orientation : elle guide les comportements du groupe ainsi que leurs pratiques en amont de toute situation.
- une fonction identitaire : elle participe de la cohésion sociale d'un groupe et de la pérennisation même du groupe et de ses spécificités.
- une fonction de justification : elle justifie, en aval, les comportements, les pratiques, les prises de position ou les attitudes d'un groupe.

Moscovici (1976) postule que la représentation sociale « parvient à donner un sens au comportement, à l'intégrer dans un réseau de relations où il est lié à son objet. » (p. 47). Se représenter quelque chose et en avoir conscience est tout un, ou presque (p.55). « Les représentations sociales nous incitent à nous préoccuper davantage des conduites imaginaires et symboliques dans l'existence ordinaire des collectivités » (p.79).

Une représentation sociale ne peut se développer sans l'aide d'un mode de diffusion ou de communication quel qu'il soit : le langage corporel, le langage verbal, les attitudes sont des ressources propres du groupe autour de l'objet. « Connaître socialement une chose, c'est la parler » (Moscovici, 1976, p.232). Pour Moscovici (1976), le langage est un médiateur par excellence, « l'instrument le plus important et le plus précieux pour la conquête et pour la construction d'un vrai monde d'objets » (p.239).

### **3.1.4 Le modèle structural ou théorie du noyau central**

Nous continuons avec l'approche structurale ou la théorie du noyau central, introduite par Moscovici (1976) avec la notion de noyau figuratif.

Abric (1976) donne une nouvelle dimension aux représentations sociales par une approche plus structurale. Pour lui, la représentation sociale est une « organisation signifiante » (Abric, 2003, p.13). Le noyau figuratif de Moscovici devient le noyau central chez Abric qu'il définit comme « [...] tout élément – ou ensemble d'éléments – qui donne à cette représentation sa signification et sa cohérence » (Bonardi & Roussiau, 2008, p.57). Autour de ce noyau central va s'organiser le système périphérique. « La représentation devient ainsi une structure hiérarchisée et évaluée : une centralité et des éléments annexes (une périphérie est le mot juste et classiquement employé) [...] » (Bonardi & Roussiau, 2008, p.59).

#### **3.1.4.1 Le noyau central**

Le noyau central est une entité stable, il résiste aux changements et assure la permanence de la représentation grâce à une base commune collectivement partagée. Les éléments périphériques dépendent directement du noyau central : ils jouent un rôle d'interface entre le noyau central et la réalité de l'objet. Le noyau central présente trois fonctions, selon Abric (2001, p.82) :

- une fonction génératrice qui donne du sens à la représentation
- une fonction organisatrice : le système central pondère chaque élément de la périphérie et organise les liaisons périphériques entre elles. (Bonardi & Roussiau, 2008, pp.87-88).
- une fonction stabilisatrice : elle assure la pérennité de la représentation

Le noyau central détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur de la représentation (Abric, 2003). Il correspond aussi « au système de valeurs auquel se réfère l'individu, c'est-à-dire qu'il porte la marque de la culture et des normes sociales ambiantes » (Abric, 2003, p.21). Il peut être considéré comme la partie abstraite de la représentation (Moliner, 1988).

Ainsi, comme le souligne Moliner (1996), « ce n'est pas parce qu'un élément présente la caractéristique quantitative d'être forcément associé à d'autres qu'il est central, mais c'est parce qu'il est central qu'il présente cette forte connexité » (Bonardi & Roussiau, 2008, p.61).

Le noyau central présente par ailleurs deux dimensions :

- une dimension fonctionnelle regroupant les éléments nécessaires à la réalisation de la tâche,
- une dimension normative où toute norme, tout stéréotype ou toute attitude fortement empreint est au centre de la représentation (Abric, 2003, p.23).

#### **3.1.4.2 Le système périphérique**

Sous la dépendance du noyau central, le système périphérique porte des valeurs ou des fonctions qui sont en cohérence avec les éléments du noyau. Il représente la partie la plus accessible, vivante et concrète de la représentation (Abric, 2003, p.25). Contrairement au noyau central qui est stable et rigide, le système périphérique est souple et mouvant (Abric, 2003, p.29).

Ce système assume aussi plusieurs fonctions décrites par Flament (1989) :

- une fonction de régulation : plus souple que le noyau central, le système périphérique permet une adaptation aux différents contextes rencontrés par la représentation sociale.
- une fonction de défense du système central : il permet l'évolution de la représentation sans toucher directement au noyau central, en supportant les contradictions.
- une fonction de concrétisation : « le système périphérique rend compréhensibles pour les individus les éléments de la représentation qui rendent compte d'une situation donnée » (cité par Rouquette & Rateau, 1998, p.34).

Selon Abric (2003), « la compréhension des mécanismes d'intervention des représentations dans les pratiques sociales suppose donc que soit connue l'organisation interne de la représentation » (p.8). Pour lui, l'analyse d'une représentation et la compréhension de son fonctionnement doivent faire l'objet d'un double repérage : « celui de son contenu et celui de sa structure » (p.19).

Rateau & Rouquette (1998) proposent de considérer que deux représentations sociales sont différentes si et seulement si les deux noyaux centraux sont différents (p.36). Au sens structural, en phase de professionnalisation, nous devrions voir une adaptation du système périphérique des trois objets étudiés (profession de sage-femme, profession de médecin et accompagnement). Il sera intéressant de voir s'il existe une différence au sein même de la représentation entre le début et la

fin de la formation et après le début de l'entrée dans l'exercice professionnel, tant au niveau du noyau central qu'au niveau du système périphérique.

### **3.1.4.3 Un noyau peut-il ne pas être central ?**

Bataille (2002) s'interroge sur un autre aspect des représentations sociales. Le noyau central est un élément stable et résistant aux changements, cependant, il reste de l'ordre de l'abstrait, avec un pouvoir à forte valeur symbolique mais avec une faible signification : ainsi, il se peut que chacun d'entre nous mette des réalités très différentes selon sa propre expérience derrière des termes de sens communs. Le noyau central est donc polysémique. Alors comment peut-il être à l'origine de la signification et de l'organisation du système périphérique ? Pour lui (2002), « [...] les éléments périphériques détermineraient le sens du noyau central, [...] » (p.30) et non l'inverse. Pour Bataille (2002), les éléments centraux sont récepteurs de sens alors que pour Abric (1994), ils sont générateurs de sens. Les études de Moliner & Martos (2005a, 2005b) abondent dans ce sens : elles montrent que « le sens d'un élément central peut être modulé par un élément périphérique mais l'inverse n'est pas vrai » (Moliner & Martos, 2005a, p.3.5). De même, il apparaît que le sens des éléments périphériques serait plus stable que celui des éléments centraux. Les éléments centraux seraient dotés d'un potentiel sémantique plus important que les éléments périphériques, ce qui participerait à leur forte capacité associative. Ainsi, Moliner & Martos sont en faveur d'une approche structurale des représentations mais souhaitent la faire évoluer vers la notion de « noyau-matrice » (Moliner & Martos, 2005a, p.3.11) : le noyau serait une matrice commune permettant l'évocation de l'objet de représentation tout en permettant la cohabitation d'expériences individuelles variées. Il fournirait ainsi un cadre « générateur de consensus et intégrateur des différences individuelles » (Moliner & Martos, 2005a, p.3.11). Trois fonctions du noyau des représentations sociales seraient alors définies : une fonction de dénotation reposant sur les propriétés symboliques des éléments centraux, une fonction d'agrégation liée au fort potentiel sémantique des éléments centraux et une fonction de fédération permettant à chacun d'évoquer l'objet de représentation tout en préservant ses expériences individuelles.

### **3.1.4.4 La zone muette**

Pour Flament (2006), une représentation sociale présente différentes facettes qui ne sont pas forcément toujours exprimées. L'expression de ces facettes serait alors considérée comme une transgression de normes ou de codes. Guimelli (2006) avait initialement formulé l'hypothèse de l'existence d'une zone muette ou zone masquée. Cette facette apparaîtrait (si elle existe) lors de la formulation d'une question avec consigne dite de substitution. Pour eux, « la consigne de

substitution désimplique les sujets et leur permet d'exprimer des idées socialement peu correctes, autocensurées en consigne normale » (Flament, Guimelli & Abric, 2006, p.16). Les individus ont tendance à mettre en avant de prime abord les traits positifs d'une représentation et révèlent secondairement les traits négatifs (Flament, Guimelli & Abric, 2006). Nous avons, en phase de substitution au cours de notre précédente enquête (Frégonèse, 2012 ; Frégonèse & Ratinaud, 2015), pu observer l'apparition d'éléments négatifs, éléments que nous utiliserons dans la construction de notre nouvel outil d'enquête.

Souvent, ce sont les caractéristiques de la situation d'enquête où se situent les enquêtés qui font que l'expression d'une même représentation est variable (Flament, Guimelli & Abric, 2006). Se surajoutent à la situation, les enjeux normatifs qui y sont liés : « les sujets sélectionnent les aspects exprimables de la représentation en fonction de l'enjeu normatif qu'ils perçoivent dans la situation où ils se trouvent » (Flament, Guimelli & Abric, 2006, p.27). Nous avons essayé, au cours de notre étude et au vu de ce que nous venons d'énoncer, de tenir compte de notre statut d'enquêteur (cf. méthodologie d'enquête).

### 3.1.5 Le modèle sociodynamique ou les principes générateurs de prise de position

Doise (1986) propose une théorisation dite des principes générateurs de prise de position. Il cherche à concilier la complexité structurelle des représentations sociales avec leur insertion dans les contextes sociaux. « Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » (Doise & Palmonari, 1996, p.85).

Pour lui, les représentations s'intègrent dans une dynamique sociale qui suscite des prises de position spécifiques selon les appartenances sociales de chacun et donc selon le processus d'ancrage décrit par Moscovici. Doise (1990) cherche à connaître les différences entre groupes d'individus dans la lecture d'un objet. Pour cela, il propose une approche tridimensionnelle :

- les processus individuels se matérialisent dans **les prises de position** (type attitudes, opinions, jugements...) des individus.
- les différences de prise de position sont liées à des ancrages spécifiques : les **appartenances ou insertions** (« pluralité d'ancrages », dit Doise, 1990) de l'individu dans le tissu social seront constitutives de prises de positions individuelles.
- la diversité de ces prises de positions est conditionnée par une base commune à de nombreux individus, des **principes organisateurs** qui vont agir sur l'assimilation individuelle des

connaissances tout en étant localisés « à l'articulation entre dynamiques sociales et dynamiques cognitives individuelles » (p.127).

Comme l'illustre Bourdieu, « on n'achète pas un journal mais un principe générateur de prises de position défini par une certaine position distinctive dans un champ de principes générateurs institutionnalisés de prises de position [...] » (Bourdieu, 1977, note de bas page).

### **3.1.6 Le modèle dialogique**

Markova propose une autre approche qui repose sur la dialogicité c'est-à-dire « la capacité de l'Ego à concevoir et comprendre le monde dans la perspective de l'Alter et à créer des réalités sociales dans la perspective de l'Alter » (Markova, 2007, p.288). Chaque individu communique toujours sur un objet par rapport à autrui. Cette approche ne prend pas seulement en compte la vision du groupe mais elle intègre aussi des points de vue différents du groupe. Elle explique de ce fait les phénomènes de polyphasie cognitive décrits par Moscovici. Dans cette perspective, Castel & Lacassagne (2011) étudient ce que disent les membres d'un groupe quand ils parlent aux membres d'un autre groupe en tenant compte des représentations que leurs discours véhiculent et des traces des processus sociocognitifs qu'ils portent.

Dans le champ professionnel, nous pouvons transposer ce modèle avec le groupe des sages-femmes et celui des médecins. On peut légitimement penser que les représentations des sages-femmes sont régulées par le rapport qu'elles entretiennent avec le groupe des médecins.

Enfin, Piaser (1999) conclut dans sa thèse que « la représentation sociale est une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. La communication entre membres d'un groupe permet à chacun de vérifier qu'il évolue dans le groupe suivant un degré de conformité acceptable par tous : les normes propres au groupe sont globalement respectées et le sujet s'attribue une part d'autonomie qui lui procure un sentiment de liberté satisfaisant. Sur cette base, les sujets prennent des positions différentes en fonction des diverses représentations considérées, les principes générateurs de prises de position sont respectés par tous puisqu'ils permettent ce jeu interindividuel » (pp.17-18).

## 3.2. Les représentations professionnelles

### 3.2.1 Définition

Les représentations professionnelles sont des représentations sociales spécifiques. Le concept a été développé depuis une vingtaine d'années au sein de l'équipe REPERE du laboratoire CREFI et plus récemment au sein de l'UMR EFTS. « Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagées par les membres de la profession. En se situant conjointement sur le versant du **produit** et sur celui du **processus**, elles constituent un élément de référence permanent grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, etc. » (Piaser, 1999, p.18).

Elles ne concernent que les objets saillants appartenant au domaine strictement professionnel : ce ne sont donc ni des représentations portant sur des objets extérieurs à la sphère professionnelle, ni des représentations sur un objet de la sphère professionnelle par un groupe non professionnel. L'objet professionnel a une particularité notable : les professionnels en ont une très bonne connaissance ce qui renforce la notion d'implicite autour de cet objet et donc de la représentation, ce qui ne facilite pas forcément la communication autour de cet objet à l'intérieur même de ce groupe. Il est donc essentiel de tenir compte du contexte professionnel, des acteurs et des objets. Comme le précise Piaser (1999), « les représentations professionnelles sont donc doublement circonscrites : par la nature des objets qui les génère, par l'activité des sujets concernés » (p.18).

Dans le cas des représentations professionnelles, l'enjeu autour de l'objet « se pose en termes d'identité » (Piaser, 1999, p.19). L'identité d'un groupe ne se perçoit que par comparaison aux autres groupes qui ne la partagent pas : les représentations professionnelles vont donc permettre de distinguer un groupe qui partage un travail des groupes plus ou moins proches. « Partager un ensemble de représentations professionnelles permet à chaque membre d'une profession de mieux identifier son groupe d'appartenance et rend plus aisée cette reconnaissance pour des personnes extérieures à ces groupes » (Piaser, 1999, p.20).

Une autre définition a été développée par Bataille & al. (1997, p.63) : « Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ ». Bataille permet ainsi de bien distinguer une représentation sociale d'une représentation professionnelle : les « « représentations professionnelles » [sont] les représentations (sociales, bien

entendu) que construisent de leur activité professionnelle les acteurs de cette activité, en différence avec les représentations sociales (non professionnelles) que peuvent avoir formé de cette activité les acteurs sociaux qui n'en sont pas professionnels : [...] » (Bataille, 2000, p.181).

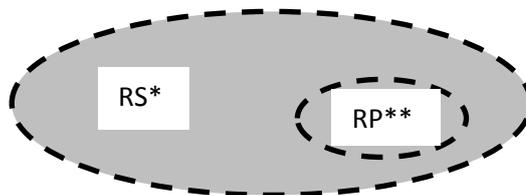
### 3.2.2 Les caractéristiques et les fonctions des représentations professionnelles

Quatre fonctions ont été décrites, identiques aux représentations sociales : une fonction cognitive (savoir expérientiel évolutif avec les changements de pratique), une fonction identitaire, une fonction d'orientation (rapidité et adaptation aux nouvelles situations), une fonction de justification anticipée ou rétrospective (Piaser, 1999, pp.22-23 ; Ratinaud, 2003, p.103).

Les représentations professionnelles présentent quatre caractéristiques principales. Le *caractère descriptif* permet la communication et les prises de position entre les acteurs du champ d'activité concerné sur des objets connus de tous. Par exemple, l'existence d'un vocabulaire adapté. Le *caractère prescriptif* permet une cohérence dans le domaine d'exercice tout en laissant une marge de liberté. Par exemple, les gestes techniques stables non réinventables. Le *caractère conditionnel* permet selon les contextes aux interlocuteurs d'adapter un mode d'expression variable tout en conservant le même sens pour un même sujet de discussion. Par exemple, la hiérarchie. Le *caractère évaluatif* permet la mise en œuvre de pratiques professionnelles nouvelles à l'aide de leur propre expérience (Piaser, 1999, p.21).

Piaser & Ratinaud (2010) mettent en évidence que c'est au travers du contexte social et de l'histoire des groupes professionnels, et donc des pensées professionnelles, que les représentations professionnelles s'expriment (p.12).

En synthèse, voici une schématisation de la coexistence des deux ordres de représentations :



**Schéma 2 : Coexistence de deux ordres de représentations d'après Piaser et Bataille (2011)**

\*RS : Représentation Sociale \*\*RP : Représentation Professionnelle

Les représentations professionnelles sont donc un sous-ensemble des représentations sociales et ont un caractère moins englobant. Cette absence de limites strictes ou porosité (Piaser & Bataille, 2011) entre représentations sociales et représentations professionnelles se traduit chez l'étudiant par une polyphasie cognitive (Moscovici, 1961 ; Netto, 2011). L'étudiant s'inscrit alors dans des cadres mouvants (Kalampalikis, 2006). Ce passage ne s'opère pas de manière abrupte, des

relations et des dépendances semblent exister et persister entre représentations sociales et représentations professionnelles (Piasser & Bataille, 2011). Il peut entraîner des tensions chez le sujet, qui se trouve pris entre implication personnelle (représentation sociale) et implication professionnelle (représentation professionnelle). Il ne peut donc exister sans les références et les cadres sociaux et institutionnels auxquels les sujets sont rattachés (Piasser & Ratinaud, 2010). La transformation des représentations se produirait donc au cours du processus de professionnalisation dans le domaine de la formation.

### 3.3 Des représentations sociales aux représentations professionnelles : la professionnalisation sous ses aspects représentationnels

La modélisation proposée par Bataille (2000, p.187) permet de comprendre les stades de transformation d'une représentation sociale en représentation pré professionnelle grâce au filtre de la formation, puis en représentation professionnelle. La notion de « représentation pré-professionnelle » (Bataille, 2007) provient de celle créée par Fraysse (1996) : les « représentations socio-professionnelles ». Pour Piasser & Bataille (2011), cette représentation n'est « plus uniquement sociale » car empreinte de bons nombres d'éléments techniques appartenant à une profession, elle n'est pas encore « professionnelle », car insuffisamment constituée d'éléments expérientiels relevant de la mémoire du groupe professionnel considéré ».

Pour Piasser & Ratinaud (2010), cette représentation, à l'interstice entre représentation sociale et représentation professionnelle, est le résultat de processus de professionnalisation, de « situations relevant de l'une au moins de deux familles : la formation professionnelle et le travail en situation réelle » (p.11).

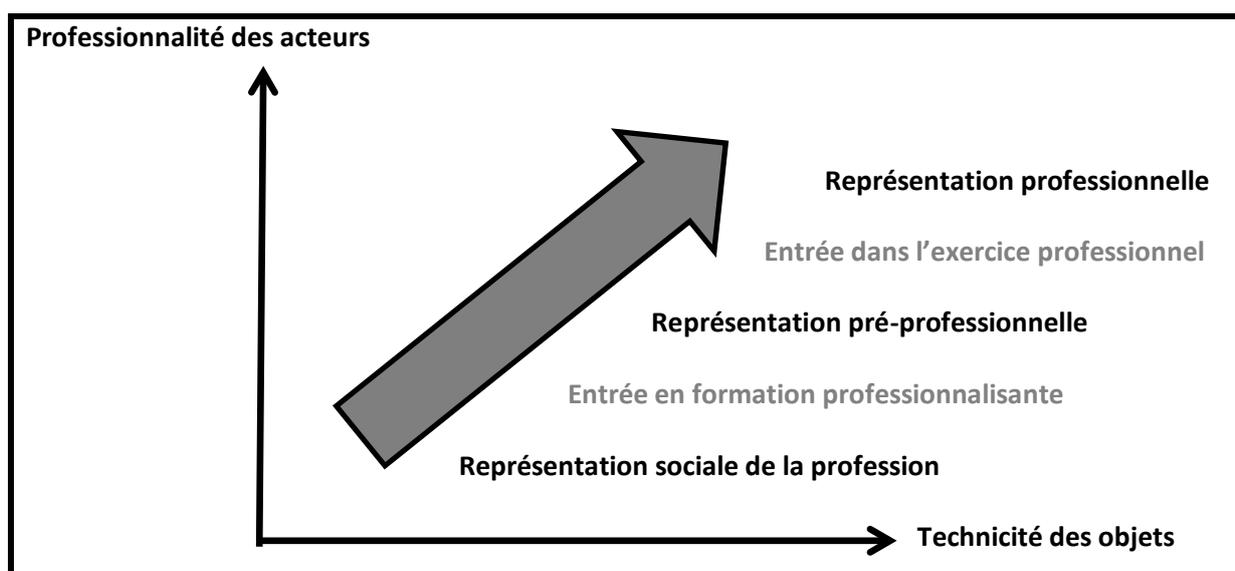


Schéma 3 : Du passage des représentations sociales aux représentations professionnelles d'après Piasser & Bataille (2011)

Bataille (2007) décrit cette transformation au travers du projet professionnel et du parcours effectué tout au long de la vie professionnelle : « un jeune qui se projette (plus ou moins fermement) dans un avenir professionnel a d'abord une représentation sociale du métier auquel il pourrait se destiner ; son entrée en formation initiale et le parcours qu'il y accomplit lui permettent de se forger progressivement une représentation pré-professionnelle ; la validation diplômante l'installe dans une professionnalité qui va être constamment confrontée à la réalité mouvante de l'exercice professionnel in situ [...] ; au seuil de la retraite, le professionnel expert a construit une représentation bientôt post-professionnelle, éventuellement transmissible sous conditions : telle est la professionnalisation permanente » (p.248). Ainsi, pour lui, « comme les représentations « socioprofessionnelles » se forment (se transforment) au cours de la formation, les représentations professionnelles se forment (se transforment) au fil de l'exercice professionnel, dans l'affrontement de ses réalités, avec l'aide des collègues et assez souvent de la hiérarchie, et quand c'est possible et que les formateurs connaissent leur métier, à l'occasion de sessions de formation « continue » » (Bataille, 2000, p.186). Nous pouvons transposer cette réflexion au cursus de formation en école de sages-femmes.

Pour Dernas & Siméone, les représentations socio-professionnelles sont donc un des moments clés du processus de professionnalisation offrant « le moyen de percevoir les changements dans l'appréhension d'un métier, ainsi que les facteurs d'attrait ou de rejet par rapport à une pratique professionnelle ». Ce concept constitue pour eux un cadre pertinent permettant de comprendre la dynamique des étudiants tout au long du cursus professionnel (Dernas & Siméone, 2014, p.19).

Ainsi, en formation initiale ou autre, le formateur doit permettre la mise en œuvre et l'accompagnement du travail dans la représentation fait par les étudiants ou autres formés (Teiger, 1993). Cette démarche active du formateur vise à « mettre en évidence, à propos de l'activité comme des conséquences ressenties, l'implicite, le caché, le non visible instantanément (...), ceci afin que ces phénomènes soient reconnus collectivement et non plus ressentis comme des modes individuels de réactions aux contraintes de la situation » (Bataille, 2000, p.178). Cette vision rejoint celle que nous avons déjà évoquée dans le chapitre précédent concernant l'analyse des pratiques et la professionnalisation. Bataille (2000) montre que les représentations s'enrichissent « de l'irremplaçable implication des expériences accumulées au fil du temps dans l'exercice professionnel » (p.186). Nous pourrions supposer le même cheminement en cours de formation initiale.

En contexte professionnel, « les individus intériorisent des modes de penser et incorporent des modes d'agir très particuliers à leurs groupes identitaires dans le double sens de l'indifférenciation (intra-groupes), et de la différenciation (inter-groupes) avec des implications professionnelles de nature différente selon la position des acteurs dans les contextes professionnels pluriels (et conflictuels) d'un même champ » (Bataille, 2000, p.181). La transposition est aisée entre médecins et sages-femmes dans un contexte spécifique, celui du soin.

Piaser & Ratinaud (2010) relie l'étude des représentations professionnelles à la formation car « l'étude de l'écart entre la façon dont les professionnels perçoivent leurs objets de pratique et la façon dont ils sont enseignés est également un outil de pilotage des systèmes de formation » (p.12). Ainsi, selon eux, le référentiel de formation pourra alors être enrichi des informations rendues saillantes par cette interaction (p.12). L'étude de la dynamique des représentations de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement pourrait donc être un moteur pour améliorer en soi le dispositif de formation grâce à la compréhension de ces dernières.

### **3.4 La dynamique des représentations**

#### **3.4.1 Le rôle des pratiques sociales sur l'évolution ou le changement des représentations**

Pour Abric (1987), le changement d'une représentation sociale est très limité, avec une modification du sujet du « plus petit nombre possible d'éléments de la représentation initiale » (p.74) souvent limité aux changements de certains éléments « annexes (périphériques) composant la représentation, sans toucher aux éléments du noyau central », ce qui n'est pas envisagé comme un changement des représentations dans la théorie structurale : en effet, comme précisé précédemment, deux représentations sont différentes si elles sont organisées autour de deux noyaux centraux différents (Abric, 2003, p.21).

Les pratiques sociales interviennent dans la transformation des représentations. Pour Abric (2003), les pratiques sociales sont des « systèmes complexes d'actions socialement investis et soumis à des enjeux socialement et historiquement déterminés » (p.7). Moliner (1996, p.63) précise que nous devons entendre par pratiques des « ensembles de conduites finalisées par et pour des groupes sociaux » (cité par Bonardi & Roussiau, 2008, p.102).

Le processus de transformation d'une représentation peut avoir un impact sur la composition même de cette représentation. En effet, une représentation se compose de « schèmes normaux » dont certains, sous l'effet de ces pratiques contradictoires, vont se transformer en schèmes dits

« **étranges** » (Flament, 1987). Les schèmes étranges permettent l'adaptation cognitive d'un individu à un changement au sein de la représentation sociale : ils permettent de réduire la dissonance cognitive qui pourrait se créer. Guimelli (1988) et Flament (2003) ont montré que les composantes « étranges » de la représentation peuvent être directement liées à ces effets de contexte : c'est la prise en compte de ces effets qui devrait permettre de découvrir le principe organisateur de la représentation masquée par la prégnance d'un contexte particulier (cité par Abric, 2003, p.15).

Selon Rouquette & Rateau (1998), les représentations sociales sont des produits de l'histoire, leur contenu provient « d'une élaboration lente qui n'est pas indépendante des mouvements profonds de la société, des modes de production de sa richesse et de son organisation politique. Puis la représentation, elle-même a sa propre histoire « dans ce sens qu'elle étend son emprise, se transforme, se combine éventuellement avec d'autres, disparaît » » (p.17).

Trois conditions doivent être remplies pour que la transformation des pratiques entraîne une transformation des représentations correspondantes (Rouquette & Rateau, 1998, p.115) :

- ces pratiques doivent être récurrentes dans la population considérée ;
- elles doivent être valorisantes, matériellement ou symboliquement, ou permettre au moins le maintien de la valeur ;
- leurs implications doivent apparaître comme spécifiques et limitées dans l'ensemble de l'univers social.

Pour Rouquette (2000), la notion de pratique recouvre deux dimensions indissociables : la réalisation d'une action et la fréquence de cette réalisation d'une part et le passage à l'acte et la récurrence de l'acte d'autre part (p.138). Les pratiques sociales sont perçues soit comme une variable explicative de la dynamique des représentations, soit comme le produit des représentations. Pour Flament (2003b), deux « cas extrêmes de désaccord entre pratiques et représentation » (p.231) peuvent modifier, voire transformer la structure de la représentation c'est-à-dire son système périphérique et son système central :

- situation 1 – transformation brutale de la représentation : c'est lorsque des pratiques contredisent directement les éléments centraux de la représentation – cette première situation génère l'apparition de « schèmes étranges » dans le système périphérique, mais le caractère irréversible des pratiques tend à modifier brutalement la représentation.

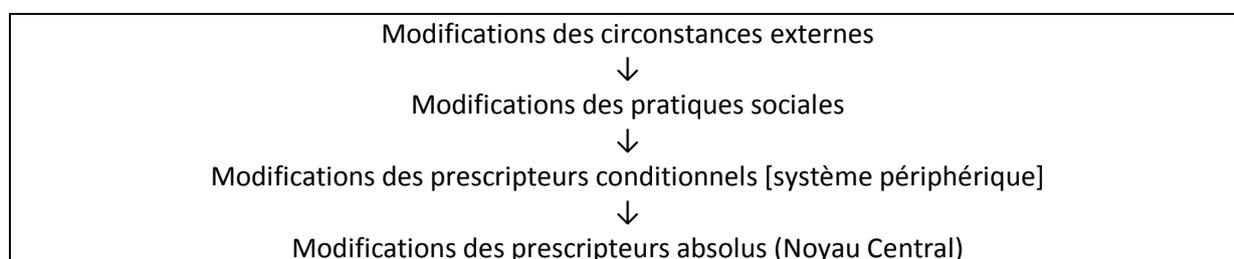
- situation 2 – transformation progressive de la représentation : c'est lorsque des pratiques, qui ne sont pas en contradiction avec le noyau central de la représentation, arrivent progressivement

à être admises par la représentation – cette seconde situation modifie d’abord « le niveau d’activation » des éléments périphériques (Flament, 2003a, pp.231-237) ».

Cette deuxième situation pourrait être transposable au cursus de formation en école de sages-femmes : les cours, les stages...ou bien plus largement la configuration de l’alternance, la rencontre avec des professionnels seraient des vecteurs de transformation progressive de la représentation.

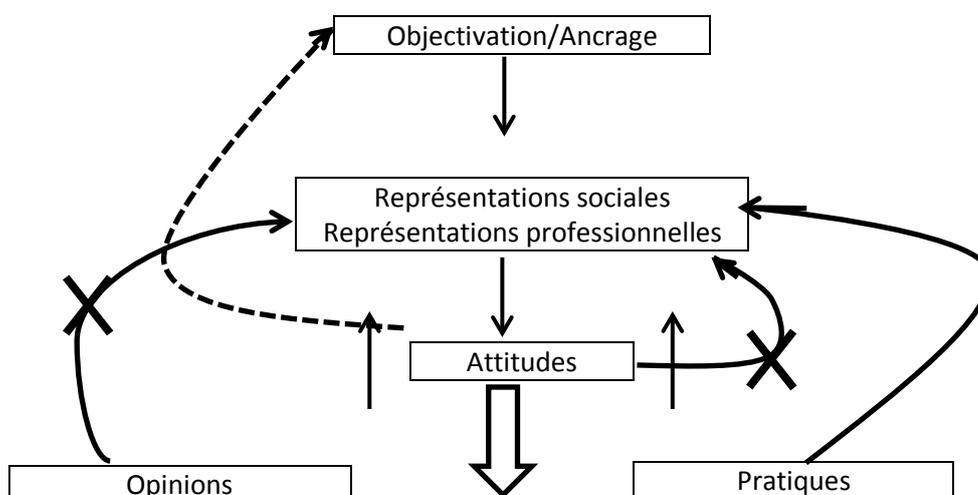
Les représentations et les pratiques s’engendrent mutuellement. Cependant, « on ne peut pas dissocier la représentation, le discours et la pratique. Il serait tout à fait vain de chercher si c’est la pratique qui produit la représentation ou l’inverse. C’est un système » (Abric, 2003, p.230).

Le schéma suivant, réalisé par Flament (1994) synthétise la dynamique des représentations sociales :



**Schéma 4 : Dynamique des pratiques et des représentations sociales d'après Flament (1994)**

Rateau (2001) a mis en évidence que les changements d’attitudes ou d’opinions provoqués expérimentalement ne conduisent pas à des changements de représentations au niveau du système central (flèches barrées). Au contraire, des modifications dans les pratiques amènent des changements structuraux de représentations (flèche de droite) (Ratinaud, 2003, p.153).



**Schéma 5 : Figure 23 Champ représentationnel d'après Ratinaud (2003)**

Dans le champ de la santé, Auzoult & Hardy-Massard (2015) ont étudié un système de pensée autour des règles d'hygiène auprès des étudiants en soins infirmiers. Le système de pensée peut articuler plusieurs sous-systèmes de pensée ou si nous faisons un parallèle, des représentations de différents objets (Mc Guire & Mc Guire, 1991). Ils ont pu constater, au cours de leur étude, que la pratique est un élément qui permet de réduire la distance à l'objet et qui influe sur la modification de la représentation de l'hygiène qui devient plus « consensuelle au sein du groupe professionnel [...] et moins proche de la représentation collective/culturelle de l'hygiène » (p.338). Cette étude met aussi en évidence la construction d'un jargon professionnel, l'acquisition d'un langage professionnel. Le stage a un impact sur la saillance des contraintes professionnelles et diminue la référence aux valeurs (responsabilité, respect).

### **3.4.2 Phases, indicateurs et méthodes de recherche sur la dynamique des représentations**

Les représentations ont, comme nous l'avons précisé ci-dessus, une histoire. En effet, Moliner (2001) indique qu'une « représentation perdure un certain temps alors même que son objet, ou la valeur sociale de ce dernier ait disparu » (p.245). Une représentation exprime, par ailleurs, les attentes et les craintes d'un groupe à l'égard d'un objet. Ainsi, comme le remarque Rouquette (1994, p.179), « la représentation est ainsi à la fois un produit du devenir et un produit en devenir » (cité par Moliner, 2001, p.248).

#### **3.4.2.1 Les phases d'existence d'une représentation**

Moliner (2001) distingue trois périodes dans l'histoire d'une représentation sociale : la phase d'émergence, la phase de stabilité et celle de transformation. La phase d'émergence repose sur des processus d'élaboration et d'échange de connaissances autour d'un objet pour lequel l'information relative est rare ou difficile d'accès. Dans la phase de stabilité, la représentation est devenue un savoir consensuel (au niveau du noyau) et opérationnel. La phase de transformation montre une évolution de la représentation car elle ne remplit plus ses fonctions avec tout ce que cela comporte de réticences et de mécanismes de défense. Dans ce cas, les formes anciennes du savoir cohabitent avec des formes plus récentes.

Plusieurs types d'indicateurs ont été décrits par Moliner (2001) pour déterminer dans quelle phase se situe une représentation : contextuels, quantitatifs et qualitatifs.

#### **3.4.2.2 Les différents types d'indicateurs**

Les indicateurs contextuels s'appuient sur l'analyse de l'environnement social et doivent être pris en compte : l'histoire de l'objet lui-même, l'histoire du groupe et l'intensité des communications

collectives relatives à l'objet. L'histoire de l'objet renseigne sur la phase dans laquelle se trouve la représentation étudiée. L'histoire du groupe permet de mettre en lien l'ancienneté du groupe et l'ancienneté de l'objet lui-même : par exemple, avec un groupe récent, la représentation étudiée aura tendance à se situer en phase d'émergence, quelle que soit l'ancienneté de l'objet, et inversement. Cette situation se retrouve lorsque des individus forment un groupe nouveau et se trouvent confrontés à un objet qui avait peu d'importance pour eux jusqu'alors. « On rencontre typiquement ce genre de contexte dans des dispositifs de formation professionnelle où vont se construire des représentations de l'activité (cf. Bataille, 2000)» (Moliner, 2001, p.251). Nous pouvons dès lors nous interroger sur un double processus : la professionnalisation et la dynamique des représentations en phase de transformation. L'intensité des communications permet de se rendre compte de l'importance de l'objet pour le groupe : les échanges entre les membres du groupe vont permettre de combler les déficits d'information sur l'objet en phase d'émergence et de servir leurs intérêts et leurs objectifs en phase de transformation.

Les indicateurs quantitatifs s'appuient sur les éléments discursifs relatifs à un objet et notamment sur la diversité et la convergence des discours ainsi que la connexité ou la juxtaposition des opinions. Ainsi, « la diversité des discours peut être tenue comme un indicateur de la phase d'émergence. En sens inverse, des discours très convergents sont normalement le signe d'une période de stabilité » (Moliner, 2001, p.253). Il faut cependant rester prudent quant à l'interprétation : en effet, dans certaines situations, les discours peuvent être divers sans existence de processus représentationnel ou bien les discours peuvent converger à cause de l'existence d'un système orthodoxe. Pour ce qui est de la connexité ou de la juxtaposition des opinions, la mise en évidence de liaisons fortes entre les éléments d'une représentation grâce à l'analyse de similitude par exemple peut révéler une phase de stabilité. Au contraire, l'observation de liaisons faibles peut caractériser une représentation en phase d'émergence ou de transformation.

Les indicateurs qualitatifs sont fondés sur les discours des individus à partir des processus sociocognitifs utilisés par ces derniers. Les traces discursives de la phase d'émergence se traduisent par la présence d'analogie et de décentration argumentative dans le discours : dans un cadre de raisonnement propre à chaque individu, vont apparaître l'utilisation de répertoires de discours spécifiques pouvant appartenir à divers domaines comme le domaine médical, social mais aussi des relations interpersonnelles... Les traces discursives de la phase de stabilité font apparaître des éléments d'explication, ce qui, pour Moliner (2001) est caractéristique de l'expression d'une représentation fortement structurée. Les traces discursives de la phase de transformation font apparaître des mécanismes de défense et cohabiter des savoirs anciens et nouveaux : la

rationalisation et la réfutation mais aussi l'apparition de schèmes étranges (Flament, 1989) en attestent.

	Emergence	Stabilité	Transformation
Indicateurs contextuels	Objet récemment apparu ou modifié	Objet ancien ayant subi peu de modifications	Objet récemment apparu
	Groupe récent ou transformé	Groupe ancien	Groupe ancien ou transformé
	Communication collective intense		Communication collective intense
Indicateurs quantitatifs	Discours diversifiés	Discours consensuels	Discours diversifiés
	Opinions juxtaposées	Opinions connexes	Opinions juxtaposées
Indicateurs qualitatifs	Analogies	Discours explicatifs	Rationalisations/dénis
	Décentration argumentative		Sous catégorisation
			Cohabitations nouvelles et anciennes de croyances

**Tableau 6 : Tableau de synthèse de Moliner (2001, p.259) concernant la dynamique des représentations à partir des indicateurs contextuels, quantitatifs et qualitatifs des phases d'émergence, de stabilité et de transformation des représentations sociales.**

L. Dos. S. Alessio & al (2011) ont réalisé des travaux sur les représentations sociales de l'embryon humain. Ils ont étudié la construction de cet objet social qui représente une question vive dans deux contextes socio-culturels différents (France et Brésil), en fonction du genre et de la religion. Ils ont ainsi montré l'impact des enjeux sociétaux sur les représentations de l'embryon. Deux conceptions distinctes apparaissent : l'embryon en tant que personne ou l'embryon en tant qu'objet de recherche.

Tenter de comprendre les processus de transformation des représentations sociales nécessitent de mettre en place une stratégie de recherche en adéquation avec la théorie développée précédemment. A ce stade de notre réflexion, il apparaît intéressant d'observer ce qu'est un système représentationnel.

### 3.5 Un système représentationnel

Les représentations sociales sont au cœur des interactions sociales (Moscovici, 1976). Les analyses sur les représentations portent le plus souvent sur l'étude d'une seule représentation : elles permettent de comprendre le fonctionnement des représentations. Cependant, il apparaît évident qu'une représentation ne peut être considérée sans tenir compte des liens qu'elle peut entretenir

avec d'autres représentations du même champ social. Cette notion de système de représentations est implicitement développée par Moscovici (1976) lorsqu'il décrit la notion de processus d'ancrage. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'ancrage permet d'insérer de nouvelles connaissances donc de nouvelles représentations dans des cadres de connaissances préexistants. Ainsi la représentation d'un objet se rattache à d'autres représentations connexes.

Selon Doise (1992), les représentations sociales ne sont pas simplement juxtaposées, elles relèvent de combinaisons complexes. Valence & Roussiau (2005) propose alors d'aborder les représentations en termes de réseau. Palmonari & Doise (1986) partent du principe qu'une représentation sociale n'est jamais isolée et que, pour en donner tout son sens, il est essentiel de partir de la représentation qui l'a fait naître. Ainsi « dans un champ social donné, il est possible d'observer des champs sémantiques qui relient les diverses représentations de ce champ social suggérant alors un fonctionnement transversal entre ces représentations » (Valence & Roussiau, 2005, p.2).

Plusieurs auteurs ont déjà mis en évidence des liens entre plusieurs représentations. Différents travaux ont montré l'importance d'étudier les relations entre plusieurs représentations sociales (Vergès, 1992 ; Abric, 2001 ; Dany & Apostolidis, 2002 ; Guimelli & Rouquette, 2004). Ils montrent que toute représentation est en lien avec d'autres représentations et ils permettent de définir trois types de relations possibles entre les représentations (Vergès, 1992 ; Abric & Vergès, 1996) :

- une relation de *réciprocité* (Milland, 2001) : dans ce cas, les objets ne sont pas dépendants les uns des autres mais sont en relation d'influence réciproque. Chaque objet est présent dans le noyau central de l'autre mais leur noyau central reste autonome car il comporte des éléments centraux spécifiques à chacune des représentations (Guimelli & Rouquette, 2004).

- une relation d'*emboîtement* (Vergès, 1992) : les objets entretiennent une relation de dépendance, fondée sur des rapports hiérarchiques entre objets. L'objet supérieur se retrouve dans le noyau central de l'objet inférieur. La différence entre ces représentations varie uniquement sur la dimension fonctionnelle de leur noyau central. Cette relation interroge l'autonomie de la représentation de l'objet « emboîté » (Flament, 1987). Milland (2001) suggère que cette non autonomie peut être une étape transitoire dans le processus de structuration d'une nouvelle représentation.

- une relation d'*antonymie* (Guimelli & Rouquette, 2004) : les objets ont entre eux une définition antonymique, leurs représentations se structurent autour de thèmes communs mais chacune des représentations reste autonome car des items spécifiques composent le noyau central de chaque objet.

Brandin, Choulot & Gaffié (1998) évoquent une transformation par diffusion lorsqu'une représentation change et impacte une autre représentation : dans un contexte de dynamique des représentations et dans un même champ social, la transformation d'une représentation peut se répercuter sur les autres.

L'étude des représentations sociales « préexistantes dans l'environnement social s'avère donc fondamentale pour étudier le processus de genèse et de structuration d'une nouvelle représentation » (Pianelli, Abric & Saad, 2010, p.244). Pianelli & al. ont observé, auprès de 1005 conducteurs des Yvelines, les représentations de la vitesse, de la limitation de vitesse et du système LAVIA (Limiteur s'Adaptant à la Vitesse Autorisée). Ils montrent que le contenu et la structure de cette dernière représentation sont déterminés par les deux autres. Ils donnent une définition d'un réseau représentationnel comme étant un « ensemble de représentations sociales structurées par des valeurs communes, traversées par des thèmes communs et partagées par un groupe dans un environnement social donné » (Pianelli, Abric & Saad, 2010, p.266).

Toutes les recherches dans ce domaine ne procèdent pas de la même façon. Certaines abordent le système de représentations selon un niveau horizontal en mettant en évidence les éléments communs entre plusieurs représentations. La plupart des études privilégie cette approche (Di Giacomo, 1980 ; Garnier, 1999 ; Milland, 2001 ; Campos & Lagares, 2002). Milland (2001) modélise le rapport entre la représentation du travail et celle du chômage auprès des étudiants en licence et de jeunes diplômés au chômage : il montre que ces deux représentations différentes ont des champs représentationnels connexes et que les représentations sont peu structurées par manque de pratique de ces deux objets. D'autres utilisent une approche selon un niveau vertical en faisant référence au modèle de la pensée sociale de Rouquette (schéma 1) où l'idéologie est le point de départ de l'élaboration de représentations sociales (Camargo & Wachelke, 2010). Leur étude porte sur trois objets de représentation que sont le sida, le vieillissement et la santé du corps auprès d'un échantillon de 1118 femmes étudiantes. Elle révèle des points d'intersection entre les différentes représentations qui seraient le témoin de l'existence de systèmes de représentation. Il apparaît aussi que la cohérence, la structure et le fonctionnement de ces réseaux pourraient être liées aux idéologies des individus. Pour Guimelli, les idéologies « portent sur une classe d'objets et peuvent ainsi être situées à un plus haut niveau de généralité qui permet l'élaboration de familles de représentations » (Guimelli, 1999, p.106). Les représentations se configurent selon le niveau idéologique conçu comme « répertoire générateur utilisé dans toutes les constructions sociocognitives » (Flament & Rouquette, 2003, p.17). Ces deux approches permettent de montrer que des représentations, les droits de l'Homme et l'immigration, se situent dans un même réseau de

sens et qu'elles peuvent s'articuler à la notion d'idéologie (Valence & Roussiau, 2012). Selon Doise (1990), lorsque l'idéologie est rattachée à la dynamique des représentations sociales, elle est perçue comme « savoir systématique et organisé de la société » (p.147). Ainsi, l'idéologie appartiendrait à un niveau de concept plus élevé que celui des représentations : elle traduirait des conceptions génératrices communes alors que les représentations seraient constituées de contenus thématiques plus particuliers (Valence & Roussiau, 2012). Valence & Roussiau (2012) considèrent que « des représentations existent et fonctionnent en **réseaux** au sein de la pensée sociale en formant des **systèmes** de représentations » (Valence & Roussiau, 2012, p.377). Valence & Roussiau (2009) ont analysé les représentations médiatiques des droits de l'Homme dans plusieurs quotidiens comme Le Figaro et Libération sur une durée de six ans. Puis ils ont étudié ces mêmes représentations auprès de 315 étudiants inscrits en Psychologie par questionnaires (2012). Leurs études (Valence & Roussiau, 2009, 2012) ont mis en évidence la nécessité de contextualiser les représentations sociales en tenant compte de l'importance des dimensions historiques, des valeurs politiques et idéologiques mais aussi des pratiques qui interviennent dans la structuration des représentations et des systèmes de représentations (Fraïssé, 2000).

La recherche d'éléments communs à l'étude d'un système représentationnel justifie notre choix méthodologique de traitement des données lors de la catégorisation des mots cités concernant chacun des 3 objets représentationnels : nous utiliserons le même dictionnaire de mots lorsque cela sera possible.

La revue de la littérature montre l'existence de peu d'enquêtes de terrain menées sur la connaissance des représentations de la profession de sage-femme. Nous allons présenter deux enquêtes, une réalisée auprès des étudiants sages-femmes (Abensur & Chevalier, 2008), une autre à partir de la presse québécoise (Bergeron, 2003). Enfin, nous présenterons les études que nous avons menées sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme auprès des acteurs de la périnatalité et des étudiants sages-femmes (Frégonèse, 2012 ; 2013).

### **3.6 Représentations de la profession de sage-femme dans la littérature**

Abensur & Chevalier (2008) ont mené une enquête auprès des étudiants sages-femmes d'une même école. Ce travail a été effectué en deux temps. Le premier temps, grâce à une étude réalisée entre 2004 et 2008 auprès de 258 étudiants sages-femmes de tout niveau de formation, a révélé une représentation de la profession de sage-femme construite autour d'« un métier féminin », « une professionnelle », « des compétences humaines » (généreuse, humaine, altruiste, accueillante, déterminée, forte, dotée d'empathie, de patience), d'un bon sens clinique et d'une bonne pratique

technique, d'« une dévalorisation statutaire » (c'est la « plus belle profession médicale et la moins reconnue ») (p.336). Le deuxième temps de l'enquête menée auprès de 94 étudiants entre 2003 et 2004 au cours de leur formation, a montré que les étudiants se sentent plus responsables à 84.9% : les stages leur ont permis d'acquérir une bonne ouverture d'esprit à 16.8%, une expérience à 14.2% et un enrichissement professionnel à 8.8% (p.339).

Une autre étude a été réalisée par Bergeron (2003) à partir d'articles de la presse québécoise sur les représentations de la profession de sage-femme. La profession de sage-femme est récente et règlementée depuis peu au Québec. Madiot (1999, p.43 ; cité par Bergeron, 2003, p.143) rappelle que l'« étrangeté de l'objet », la « carence informationnelle et la « menace de l'identité collective » sont autant de facteurs qui contribuent à l'émergence d'une représentation sociale. Il en ressort que la sage-femme est :

- une professionnelle de la santé avec des compétences et une qualité d'expertise, une inégalité de formation (position douteuse de la sage-femme)
- plus qu'une simple professionnelle avec des qualités personnelles : une personne précieuse et attachante (douce, dévouée, gentille, aimante, compréhensive...), une force tranquille (fort caractère, force physique, active, courage), politisée (déterminée, engagée et revendicatrice), une missionnaire passionnée et engagée socialement (don de soi, altruiste, dévouée, généreuse), la sage-femme dans sa relation avec autrui (image maternelle, accompagnatrice, confiance, aidante, respectueuse), la sage-femme et « l'ailleurs » (ouverte d'esprit).

La comparaison entre les sages-femmes d'avant et les sages-femmes actuelles montre qu'il existe :

- des points communs comme les grandes qualités humaines, la vocation, la mission sociale, le don de soi, l'altruisme, l'entraide, la force physique et mentale, la dextérité, la compétence, être consciencieuse, la sécurité des femmes, la personnalité, le respect de l'ordre de la nature
- et des différences comme la débrouillardise, la polyvalence, être prévoyante, être autoritaire, la pauvreté, la pratique courante, normales autrefois, hors norme maintenant

Sur les 406 qualités citées pour la profession de sage-femme, 57% sont des qualités personnelles, 33% des qualités relationnelles et 10% de qualités professionnelles (Bergeron, 2003).

Une première enquête (Frégonèse, 2012 ; Frégonèse & Ratinaud, 2015) a été menée auprès des acteurs de la périnatalité (sages-femmes et médecins) sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme. Nous avons pu mettre en avant que les médecins associent majoritairement le terme d'accouchement et les aspects techniques de la profession alors que les

sages-femmes associent majoritairement le terme d'accompagnement, les aspects relationnels et émotionnels avec la présence claire d'une zone muette sur les contraintes de la profession. Les différents acteurs de la périnatalité n'ont donc pas les mêmes représentations professionnelles de la profession de sage-femme.

Les médecins sont en quête d'un profil sage-femme avec un fort caractère technique, une capacité à travailler en équipe et à respecter les règles. Ils excluent des qualités inappropriées en lien avec ces caractéristiques comme : l'affectivité, le hors compétence et l'individualisme. Les sages-femmes au contraire recherchent chez leurs pairs des professionnelles de l'accompagnement avec des qualités humaines indispensables, une autonomie voire une indépendance et rejettent des qualités inappropriées de type « inhumaines ». Chaque groupe de professionnels de la périnatalité a des attentes spécifiques concernant la formation des sages-femmes.

Une deuxième enquête (Frégonèse, 2013 ; Frégonèse & Ratinaud, 2016a) est venue compléter cette première approche des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. Elle s'est orientée sur le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme au travers de la dynamique des représentations de 2 objets : la profession de sage-femme et la profession de médecin. La visée de cette recherche était de questionner le passage des représentations sociales aux représentations professionnelles de la profession de sage-femme et de la profession de médecin auprès des étudiants sages-femmes grâce à une étude transversale par questionnaires auprès de 358 étudiants de Toulouse à des temps distincts de leur formation (d'une durée de 5 ans, de l'année du concours à la quatrième année en école de sages-femmes).

Ainsi, l'étude de la dynamique des représentations nous a permis de percevoir que chaque promotion d'étudiants a des représentations spécifiques qui évoluent au rythme de la formation elle-même et qui vont d'une représentation quasi sociale vers une représentation pré professionnelle. Il en est de même pour notre deuxième objet d'étude qu'est la profession de médecin même si nous n'avons pu mettre autant d'éléments en avant que pour la profession de sage-femme. A ce stade de notre recherche, l'axe principal était l'analyse structurale de la représentation de la profession de sage-femme.

Les résultats obtenus lors de cette enquête sont concordants avec ceux obtenus lors de notre enquête précédente sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme. Des éléments de la représentation de la profession de sage-femme prennent de l'importance comme l'accompagnement alors que d'autres diminuent comme l'accouchement. Certains éléments de la représentation de la profession de sage-femme présents dès l'entrée de la formation et persistants au-delà de l'insertion professionnelle, comme les contraintes professionnelles, le problème de

reconnaissance de la profession, le stress, jouent sur l'identité professionnelle elle-même et le difficile positionnement de la profession de sage-femme dans le monde de la santé notamment.

Quelques perspectives ont pu être mises en lumière sur la conception future de la formation comme le retour d'expérience, les analyses de situations professionnelles, l'apparition de module d'enseignement à des temps spécifiques de la dynamique des représentations professionnelles, la réalisation d'un stage interné au premier semestre de la dernière année de formation, la mutualisation possible d'enseignements avec la formation de médecins...L'alternance reste un point fort du processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes, d'autant plus que les pratiques sont un vecteur de transformation des représentations.

Les études associées aux éléments théoriques développés depuis trois chapitres vont donc être à la base de notre réflexion pour la construction de notre outil d'enquête autour de la professionnalisation des étudiants sages-femmes à partir d'un système de trois objets de représentations que sont la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement.

## 4. Problématique et méthodologie

---

### 4.1 Etude de l'évolution de trois objets de représentation

Ce travail s'inscrit dans le prolongement d'une recherche réalisée en Master 2 recherche dans le domaine des Sciences de l'Education. Cette recherche avait pour problématique de comprendre comment la représentation de la profession de sage-femme évolue lors de la formation des étudiants sages-femmes. Une étude transversale auprès des cinq années de formation nous a permis de comprendre les transformations de la représentation de la profession de sage-femme et de la profession de médecin au cours de la formation, au sens structural du terme. Cependant cette étude était diachronique. Il devenait alors pertinent de s'interroger sur les résultats que pouvaient donner une étude longitudinale sur trois ans. Cette première étude a notamment mis en évidence la continuité du processus de professionnalisation qui ne s'arrête pas à la dernière année de formation. Nous constatons que les professionnels en poste n'étaient pas porteurs de la même représentation que les étudiants de dernière année. Il apparaissait important dans ce contexte d'intégrer à notre nouvelle recherche des jeunes professionnels (1 à 2 ans après le diplôme d'Etat de sage-femme).

L'objet de recherche de cette thèse est la dynamique représentationnelle intervenant lors de l'étude du processus de professionnalisation auprès d'un terrain spécifique, la formation de sages-femmes. En effet, c'est au cours du processus de professionnalisation que les étudiants sages-femmes vont construire leurs représentations de la profession de sage-femme et des autres objets professionnels. C'est une démarche heuristique de premier abord qui vise à décrire, expliquer et comprendre les processus qui permettent l'évolution d'un système représentationnel chez les étudiants. Ce domaine relève de « la psychologie sociale ». Le champ de la psychologie sociale est caractérisé par le fait que « l'homme est par nature un être social » (Fischer, 2005, p.11). Elle permet ainsi, par une démarche scientifique, d'étudier les phénomènes sociaux et les valeurs véhiculées dans une société et de produire des savoirs en lien avec les valeurs de la société actuelle.

A ce stade de la recherche, une définition a retenu notre attention : « la professionnalisation comme un ensemble de processus en interaction conduisant à la construction et à l'évolution d'une identité professionnelle attestant de compétences spécifiques » (Lac & al., 2010, pp.135-136). Les processus intéressants ici sont les représentations sociales voire professionnelles. Avec une précision : « la professionnalisation pourrait alors être lue comme le processus permettant la construction par les acteurs de connaissances, de savoirs professionnellement reconnus et opérants » (ibid, p.137).

L'approche par le champ des représentations paraissait être une clé de compréhension de la professionnalisation, notamment au travers de la dynamique de la représentation elle-même (Moliner, 2001) et de l'étude d'un système représentationnel. La modélisation proposée par Bataille (2000, p.187) permet de comprendre les stades de transformation d'une représentation sociale en représentation pré professionnelle grâce au filtre de la formation, puis en représentation professionnelle. Par ailleurs, Ratinaud & Lac (2011) ont montré que le processus de professionnalisation pouvait notamment être abordé sous l'angle des représentations.

L'objectif de cette recherche est de comprendre l'évolution d'un système représentationnel de trois objets professionnels que sont la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement grâce à une étude longitudinale auprès des étudiants sages-femmes et des jeunes professionnels.

Nous avons alors posé l'hypothèse d'une transformation, au sens structural du terme, des représentations de 3 objets professionnels que sont la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement au cours de la formation chez les étudiants et au cours des premières années d'exercice.

L'étude d'un système représentationnel est justifié par le fait, comme nous l'avons vu précédemment, que les représentations n'évoluent pas seules. Ce travail aura donc deux enjeux : un enjeu praxéologique de connaissances du processus de professionnalisation au travers des représentations chez les étudiants sages-femmes et un enjeu théorique de défrichage du champ des systèmes de représentations (avec trois objets).

## **4.2 Détermination des objets**

L'enquête précédente (Frégonèse, 2013 ; Frégonèse & Ratinaud, 2016a) nous a permis de voir évoluer la structure des représentations de la profession de sage-femme et de médecin notamment au niveau du noyau central. Cette étude a été réalisée sous forme transversale, du fait des contraintes de durée du Master 2.

Or, nous savons que, théoriquement, en phase de transformation, une estimation préalable de l'intensité des évolutions d'une représentation doit être réalisée en engageant de véritables recherches longitudinales, une comparaison de deux groupes de sujets ayant vécu un même événement à des âges différents, des pratiques nouvelles constituant le moteur de la transformation des représentations ou en prévoyant la survenue d'événements de grande ampleur, susceptibles d'initier des transformations de représentations sociales.

Les résultats précédemment obtenus sur un système composé uniquement de deux objets (profession de sage-femme et profession de médecin) nous ont confortés dans le fait d'étudier un nouveau système. Ce nouveau système est composé de trois objets : la profession de sage-femme, la profession de médecin auquel nous avons ajouté l'accompagnement.

Pour qu'un objet devienne objet de représentation, il doit répondre aux cinq critères que nous avons déjà évoqués auparavant. La question ne se pose plus de savoir si la profession de sage-femme et la profession de médecin sont des objets professionnels pour les étudiants sages-femmes et les jeunes professionnelles. Que ce soit dans la représentation professionnelle de la profession de sage-femme (Frégonèse, 2012 ; Frégonèse & Ratinaud, 2015) auprès des sages-femmes ou que ce soit lors de l'étude du processus de professionnalisation auprès des étudiants (Frégonèse, 2013 ; Frégonèse & Ratinaud, 2016a), le terme accompagnement est prépondérant et appartient aux objets professionnels de la représentation de la profession de sage-femme. Pour Trémentin (2007), ce terme est apparu entre les années 1985 et 1995 dans le domaine sanitaire et social. Nous avons retenu l'accompagnement comme objet professionnel parce que la présence de la notion d'accompagnement lors de l'association libre est prégnante chez les professionnelles (Frégonèse, 2012) et prend de l'importance chez les étudiants au fur et à mesure de la formation et donc de leur niveau de professionnalisation (Frégonèse, 2013). Les étudiants sages-femmes élaborent une image de l'accompagnement qui évolue tout au long du processus de professionnalisation même s'il n'y a pas de variation du terme utilisé. Nous pouvons rattacher ce phénomène au processus décrit par Bataille (2002) sur le rapport entre le noyau central et le système périphérique. Pour lui, les éléments centraux ne varient pas en tant que tels mais sont sûrement porteurs de sens différents. En effet, l'accompagnement est un élément central dans la représentation de la profession de sage-femme, il est susceptible de se transformer du point de vue sémantique et être porteur d'un autre sens. Les recommandations vont aussi dans ce sens comme nous avons pu le voir avec l'éducation pour la santé (cf. chapitre précédent). D'autres études réalisées auprès des assistantes sociales ont mis en évidence la prégnance du terme accompagnement comme objet professionnel (Ratinaud, Sendrané & Piasser, 2013).

#### **4.3 Le questionnaire comme outil de recueil**

Le questionnaire est apparu comme l'outil le plus approprié car il permettait d'obtenir de nombreuses réponses nécessaires à l'étude des représentations au vu notamment de l'éparpillement géographique de notre population. D'un côté, c'est un outil quantitatif de recueil des représentations sociales, d'un autre côté, l'aspect longitudinal de la démarche entreprise justifiait l'utilisation du questionnaire car il rendait difficile l'utilisation d'autres techniques de recueil de données. Il

apparaissait également la limite de temps fixée institutionnellement dans le cadre d'un travail de thèse pour l'organisation d'une telle étude. La construction du questionnaire se fonde à la fois sur les approches structurales des théories des représentations sociales, notamment celle d'Abric (2003), et sur l'approche sociodynamique de Doise (1986). Sa conception a aussi intégré les éléments sur la dynamique des représentations (Moliner, 2001).

22 questions composaient le questionnaire (Annexes I- questionnaire et II- lexique) : certaines concernaient les caractéristiques du sujet (âge, genre, année d'étude, choix de formation, école, lieu de remplissage du questionnaire), d'autres portaient essentiellement sur les caractéristiques de la profession de sage-femme et ses représentations (association libre, ancrage représentationnel, test d'indépendance au contexte : cf. ci-après), les qualités indispensables à l'exercice de la profession et sur les attitudes inappropriées, d'autres enfin étaient spécifiques des représentations de la profession de médecine (association libre, test d'indépendance au contexte) et de l'accompagnement (association libre).

Pour pouvoir réaliser une étude sur trois ans et apparier les réponses de chaque étudiant, nous leur avons demandé leur adresse mail tout en leur garantissant l'anonymat.

Ce questionnaire a été mis en ligne grâce au logiciel Lime Survey. Il a été testé par une étudiante sage-femme et ce test n'a pas entraîné de modification de contenu.

#### **4.4 Les méthodes de recueil des représentations**

##### **4.4.1 L'association libre**

Cette méthode a permis d'étudier les représentations de chaque objet professionnel d'un point de vue structural. Elle consistait à demander à notre échantillon de citer spontanément 4 à 5 mots ou expressions sur le thème de la profession de sage-femme, la profession de médecin et de l'accompagnement. Nous avons ensuite demandé aux sujets de classer les mots selon leur degré d'importance, en accordant le rang un au mot le plus caractéristique de l'objet. De plus, les sujets devaient également évaluer le rapport à l'objet en termes de rapport positif, négatif ou neutre (De Rosa, 1995). Salès-Wuillemin, Galand, Cabello & Folcher (2011) s'accordent sur la nécessité d'utiliser des questionnaires standardisés pour permettre un recueil stable des représentations sociales. Par exemple, pour l'objet profession de sage-femme, la formulation était : *quels sont les 4 ou 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand on évoque la profession de sage-femme ?*

#### 4.4.2 Le test d'indépendance au contexte

En phase de stabilité, l'identification des éléments centraux de la représentation étudiée est primordiale pour saisir les significations que le groupe attribue à l'objet, les individus étant dans l'impossibilité d'envisager l'objet sans ses caractéristiques centrales (Moliner, 2001). Nous savons ici que les représentations se construisent et évoluent au cours de la formation, de représentations sociales vers des représentations professionnelles. Il nous apparaissait important de connaître les éléments centraux de chaque représentation même si nous nous situons en phase de transformation.

Le test d'indépendance au contexte (TIC) cherche donc à vérifier la centralité d'un item (Lo Monaco & Lheureux & Halimi-Falkowicz, 2008). Cette question se rapproche du principe du test de mise en cause (Moliner, 1989 ; Dany & Apostolidis, 2007) mais avec une phrase affirmative et non l'utilisation d'une double négation. Il se base sur la théorie du noyau central : les éléments centraux ne sont pas négociables. Contrairement à la mise en cause qui propose au sujet de reconnaître un objet de représentation auquel on retire un à un les items que l'on souhaite tester, le test d'indépendance au contexte étudie le lien systématique entre l'item et l'objet. Ce test a pu être mis en place du fait de l'étude précédente des représentations professionnelles de la profession de sage-femme et de la profession de médecin qui avait permis d'obtenir des items appartenant potentiellement à la zone du noyau central (Frégonèse, 2012 ; Frégonèse & Ratinaud, 2013). Voici un exemple de TIC que nous avons utilisé pour la profession de sage-femme : *une sage-femme a toujours, dans tous les cas, des responsabilités médicales* et pour la profession de médecin : *un médecin a toujours, dans tous les cas, des compétences*. Les modalités de réponses possibles sont au nombre de 4 : « certainement non », « plutôt non », « plutôt oui » et « certainement oui ». « Plus le nombre de modalités de réponses augmente, plus le sujet peut moduler sa décision, contourner l'obligation d'extrémiser ses réponses et ainsi se ménager une part d'exception » (Dany & Apostolidis, 2007, p.21). L'utilisation du test de Kolmogorov-Smirnov permet de conclure à la centralité de la caractéristique « lorsque la distribution observée n'est pas statistiquement différente de la distribution théorique » (Moliner, 2001, p.265), qui devrait être de 100%, c'est-à-dire quand tous les membres du groupe attestent de la systématité du lien entre l'objet et l'item. Nous avons testé des items communs aux deux professions : *responsabilité médicale, profession médicale, contraintes, écoute, équipe, passion* ; des items spécifiques à la profession de sage-femme : *accompagnement, naissance, disponible, plus beau métier, nouveau-né, grossesse, accouchement* et des items spécifiques à la profession de médecin : *compétence, long cursus, bonne rémunération, malade, soin, indisponible, maladie, diagnostic, médicament*.

#### 4.4.3 L'identification des points d'ancrage représentationnel

Cette question permettait de comprendre à partir de quel contexte les étudiants regardaient la profession de sage-femme au moment de l'étude. L'identification de points d'ancrage représentationnel peut témoigner de l'émergence d'une représentation : psychologique, socio-économique, biologique... A ce stade, « les consensus sont encore inexistantes et la représentation faiblement structurée » (Moliner, 2001, p.260). « En d'autres termes, la procédure pousse les sujets à se déterminer entre plusieurs registres possibles. Lorsque certains de ces registres font l'objet de consensus forts, on peut les considérer comme des points d'ancrage de la représentation étudiée » (Moliner, 2001, p.263). Ainsi, nous avons proposé plusieurs axes d'ancrage représentationnel pour la profession de sage-femme : historique, économique, traditionnel, domaine de la santé... Voici un exemple : *la profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération*. Cette méthode se basait sur une construction d'échelle qui laissait la possibilité de « ne pas se prononcer » : avec cette possibilité, nous souhaitions diminuer le taux de non réponses ou de réponses au hasard (Bishop, Tuchfarber & Oldendick, 1986). Les autres modalités de réponses étaient : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord ». Suivant la sémantique retenue pour les modalités de réponses proposées, les individus peuvent davantage se positionner ou au contraire se modérer dans leur choix de réponse (Dany & Apostolidis, 2007). Dans tous les cas, nous catégoriserons les deux modalités positives en « d'accord » et les deux modalités négatives en « pas d'accord ».

#### 4.5 Population et lieu d'enquête

Il est intéressant de noter que, parmi tous les professionnels de la santé, « les sages-femmes constituent le groupe qui présente l'harmonie la plus effective entre le niveau requis, le niveau réel et le positionnement social qui suit la formation professionnelle » (Balcou-Debussche, 2005, p.49).

Sachant que la difficulté majeure d'une étude longitudinale est la perte de sujets d'étude d'une étape à l'autre, il était essentiel d'étendre l'étude à l'ensemble de la population étudiante française c'est-à-dire aux 3967 étudiants répartis sur 35 écoles, toutes promotions confondues. Nous avons exclu les étudiants en PACES car notre étude précédente attestait qu'à ce stade de la formation en début d'année universitaire et avant le passage du concours avec la spécialité maïeutique, les étudiants avaient une représentation quasi sociale des objets professionnels retenus. Ne pouvant joindre directement chaque étudiant sage-femme, et pour une question de choix éthique, (en effet en tant que formatrice en école, nous aurions pu obtenir les bases de données mails), nous avons directement contacté les directrices de chaque école en tant que sage-femme enseignante réalisant un cursus de 3<sup>ème</sup> cycle pour obtenir leur autorisation de diffusion de l'enquête

auprès des étudiants de toutes les promotions. Nous leur avons demandé de réaliser une information orale sur l'enquête à venir. La grande majorité des directrices d'école ont répondu favorablement à cette demande (novembre 2013). Une fois l'outil finalisé, le lien vers le questionnaire a été transmis fin janvier 2014. Chaque école a été autonome quant à la diffusion de l'enquête (mise en ligne du lien sur le site de l'école, envoi direct par mail auprès de chaque étudiant, sur les tableaux d'affichage de chaque promotion...). Cette démarche a nécessité de réaliser des relances auprès des directrices afin d'impulser la distribution virtuelle du lien. Après une série de relances infructueuses, le contact de représentants des associations locales des étudiants s'est avéré permettre à certaines écoles de participer à l'étude (Annexe V).

Ainsi, l'expression des représentations par l'ensemble de ces sujets permettrait de balayer les étapes possibles du passage des représentations sociales, pré professionnelles voire professionnelles de la profession de sage-femme chez les étudiants sages-femmes en parallèle de celles de la profession de médecin et de l'accompagnement.

#### **4.6 Les méthodes d'analyse des données**

##### **4.6.1 Prétraitement de l'association libre**

Dans un premier temps, les données recueillies grâce aux questions d'associations libres sur les représentations de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement, sous forme de mots, d'expressions ou de groupes de mots ont été lemmatisées. La lemmatisation consiste à remettre les mots dans la forme qu'ils auraient dans un dictionnaire : les noms au singulier, les adjectifs au masculin singulier, les verbes à l'infinitif, les expressions ou les groupes de mots regroupés sous l'item principal. Chacun des mots d'un contenu se trouve ainsi réduit en une entité. La lemmatisation évite ainsi le regroupement subjectif de mots sous une même entité et ainsi un début possible d'interprétation de la part du chercheur. Les groupes ainsi constitués ont été conservés, quand cela était possible, pour la lemmatisation des trois représentations étudiées ici.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une catégorisation de ces mêmes mots, expressions ou groupe de mots en utilisant nos connaissances dans le domaine de la santé pour les regrouper sous une même entité. La catégorisation ainsi faite introduit un peu de subjectivité dans les données dès le moment où une réflexion est enclenchée de la part du chercheur autour des termes à associer. Nous avons conservé les mêmes intitulés des groupes pour chaque représentation quand les conditions le permettaient. Ainsi, que ce soit pour la lemmatisation ou pour la catégorisation, nous avons la possibilité de comparer les catégories ainsi créées.

#### 4.6.2 Le test du Chi<sup>2</sup>

« Le test du Chi-deux (ou Chi-carré) permet de mesurer l'écart entre une ou plusieurs répartitions d'effectifs observés et cette ou ces mêmes répartitions redistribuées selon un modèle probabiliste » (Rateau, 2001, p.119). Ce test sera utilisé dans le cadre de comparaison de fréquences. Le Chi<sup>2</sup> d'indépendance permet d'estimer le degré d'indépendance dans la répartition des modalités à l'intérieur d'un tableau de contingence.

La formule du Chi<sup>2</sup> est la suivante :

$$\text{Chi}^2 = \sum (\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2 / \text{effectif théorique}$$

Le Chi<sup>2</sup> mesure la distance entre les effectifs observés et les effectifs théoriques. « Plus la valeur du Chi<sup>2</sup> augmente, plus l'écart entre ces valeurs est important et plus la distribution des modalités s'éloigne d'une répartition due au hasard » (Ratinaud, 2003, p.140). Nous utiliserons le seuil de 5% (0,05).

#### 4.6.3 Le test Chi<sup>2</sup> de Mac Nemar

Dans le cadre de notre étude, certaines analyses sont réalisées sur des échantillons appariés. De ce fait, nous utiliserons le Chi<sup>2</sup> de Mac Nemar dont la formule est la suivante (à partir du tableau ci-après) :

$$\text{Chi}^2 \text{ Mac Nemar} = (B-C)^2 / (B+C)$$

		Variable 1	
		Modalité 1	Modalité 2
Variable 2	Modalité 1	A	B
	Modalité 2	C	D

**Tableau 7 : Modalités de calcul du Chi<sup>2</sup> Mac Nemar (Ratinaud, 2003, p.140)**

Les analyses seront répertoriées en annexe.

#### 4.6.4 Kolmogorov-Smirnov

A partir des tests d'indépendance au contexte (décrits plus haut), nous avons choisi de tester la centralité des items à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov (Annexe III). En statistiques, le test de Kolmogorov-Smirnov est un test d'hypothèse utilisé pour déterminer si un échantillon suit bien une loi donnée connue par sa fonction de répartition continue, ou bien si deux échantillons suivent la même loi. La centralité d'un item est validée lorsque la valeur calculée en fonction de la proportion de réponses positives pour cet item est supérieure à la valeur théorique.

#### 4.6.5 L'analyse prototypique

Grâce à la question d'association libre, des données ont été recueillies sur les professions de sage-femme et de médecin et sur l'accompagnement. Une fois ces données lemmatisées et catégorisées (Annexe IV), nous les avons réparties en fonction de leur fréquence d'apparition et de leur rang de classement. Ainsi apparaît la classification prototypique (Vergès, 1992) formalisée dans le tableau ci-dessous :

Rang faible	
Fréquence forte	Fréquence faible
Zone du Noyau central	Éléments contrastés
1 <sup>ère</sup> périphérie	2 <sup>ème</sup> périphérie
Fréquence forte	Fréquence faible
Rang fort	

**Tableau 8 : Analyse prototypique**

Dans la case correspondant à la zone du noyau central, nous retrouvons les éléments cités très fréquemment et apparaissant classés à un rang faible. Cependant, « tout ce qui se trouve dans cette case n'est donc pas central, mais le noyau central est dans cette case » (Abric, 2005, p.64).

La première périphérie correspond aux éléments périphériques les plus importants : fréquence forte et rang fort.

Les éléments contrastés (fréquence faible, rang faible) peuvent être considérés comme une représentation d'un sous-groupe porteur d'une représentation différente. Nous pouvons donc retrouver ici des éléments potentiellement centraux pour un sous-groupe en plus des éléments repérés dans la case spécifique, mais aussi un complément de la 1<sup>ère</sup> périphérie.

La 2<sup>ème</sup> périphérie regroupe les éléments de fréquence faible et de rang fort : ce sont des éléments de moindre importance.

#### 4.6.6 L'analyse de similitude

Cette méthode a été initiée par Flament en 1962. Elle permet d'étudier les liens entre les réponses notamment de l'association libre (Abric, 2005, pp.222-223). Elle part du principe selon lequel une représentation sociale et a fortiori une représentation professionnelle est « une organisation, un ensemble de relations entre ses éléments » (Abric, 2005, p.222). Elle permet de schématiser la structure des relations entre un ensemble d'items sous forme d'une matrice ou d'un graphe (Degenne & Verges, 1973). La force de ces liens peut être exprimée par plusieurs indices (exemple : pourcentage de cooccurrence). Ainsi, deux items sont d'autant plus proches que l'indice

calculé est élevé. Dans le cadre de notre étude, il s'agit de mettre à jour les relations de proximité qu'entretiennent les réponses à la question d'association libre pour chacun des objets de représentation testé.

A partir de la matrice de similitude, les relations peuvent être schématisées sous la forme d'un graphe montrant les différents termes employés et les liens qui les relient. Le nombre de liens augmentant comme le carré des items, il est parfois nécessaire de simplifier ces graphes. Une méthode classique dans la théorie des graphes est d'utiliser un arbre maximum. Un arbre désigne « un graphe connexe et sans cycle. [...] dans un arbre, il existe une chaîne et une seule entre deux points » (Degenne & Verges, 1973, p.473). La construction de cet arbre maximum est obtenue en retirant l'arête la plus faible de chaque « clique » (ensemble de trois points) : l'arbre maximum est donc porteur de sens, en termes d'information.

#### **4.6.7 Classification Hiérarchique Descendante (CHD)**

Cette méthode vient seulement compléter toutes celles évoquées et ne peut permettre à elle seule une analyse exhaustive des représentations sociales. Elle permet de mettre en exergue des groupes d'individus qui ont tendance à répondre de la même manière au questionnaire (Abric, 2005, p.151) mais seule l'analyse interprétative du chercheur permet de donner du sens (Abric, 2005, p.152). Nous utiliserons l'algorithme décrit par Reinert (1983) dans le cadre des analyses lexicales et implémenté dans le logiciel IraMuTeq (Ratinaud, 2014). Dans notre analyse, chaque individu sera considéré comme une unité. Ces unités sont ensuite classées selon une procédure hiérarchique descendante jusqu'à obtenir un nombre stable de classes marquées par le contraste de leur réponse : c'est la classification hiérarchique descendante (CHD). Le profil de chaque classe s'établit en fonction des modalités les plus significatives (au sens du  $\chi^2$ ). Cette CHD est donc une technique de classification automatique afin de repérer les groupes d'individus répondant de la même façon. Le résultat est représenté sous la forme d'un dendrogramme.

#### **4.6.8 Analyse Factorielle des Correspondances (AFC)**

L'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) est une méthode qui permet d'obtenir une représentation graphique et les relations existant à l'intérieur de grands tableaux de contingence. Nous l'utiliserons ici pour obtenir une représentation graphique de la CHD. Les AFC sont réalisées sur les tableaux de contingence qui résument les classifications. Ces tableaux croisent les classes et les modalités.

C'est grâce à l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) que le chercheur peut mettre à jour les principes qui organisent les prises de positions des classes entre elles. Cette analyse permet de distinguer les facteurs autour desquels s'articulent ces classes d'individus. Cette technique permet d'explorer les liens éventuels entre les différentes classes.

#### **4.7 Observation et expériences de terrain**

Tous les éléments décrits en introduction de ce travail nous ont permis d'avoir conscience au cours de notre enquête de la distance « sociale » à contrôler du fait de notre posture de formateur en école de sages-femmes : la connaissance du terrain, des étudiants est à la fois un avantage et un inconvénient.

La première étape du recueil s'est déroulée au cours du mois de février 2014. 1678 questionnaires ont été collectés. Parmi eux, nous avons pu observer 532 questionnaires complètement vides. Après avoir contacté par téléphone ou par mails les équipes pédagogiques, nous nous sommes rendue compte que les enseignants eux-mêmes avaient ouvert le lien par curiosité ou pour en vérifier le fonctionnement. Il en est de même pour certains étudiants qui ont simplement écrit leur adresse mail puis parcouru le questionnaire, et seulement, dans un deuxième temps, ouvert une nouvelle session en le complétant correctement.

312 questionnaires étaient incomplets : nous avons fait le choix de les exclure et de ne retenir que les 834 correctement remplis.

Les commentaires des étudiants en fin de questionnaire étaient souvent tranchés : soit ils étaient très intéressés par le sujet soit ils n'ont pas du tout perçu la finalité du questionnaire.

La deuxième étape du recueil s'est déroulée de mi-octobre à mi-novembre 2014. 790 adresses mails ont pu correctement être utilisées à partir de la base de données initiale (834) : nous n'avons pas pu contacter ceux qui n'avaient pas donné leurs coordonnées mails lors du premier recueil ainsi que ceux dont l'adresse était erronée. De même, 126 questionnaires ont été ouverts sans remplissage effectif. Nous avons pu observer le même phénomène avec l'existence d'adresse mail isolée puis un remplissage secondaire de l'enquête. Pour certains questionnaires, nous avons dû interroger les enquêtés pour retrouver leur ancienne adresse mail pour permettre l'appariement des données. Deux relances ont été effectuées : une indirectement pour communiquer la date de fin de l'étude, une autre pour prolonger le temps d'enquête d'une semaine (Annexe V). Un défaut de fonctionnement du serveur nous a permis un contact supplémentaire. 107 questionnaires ont été incomplètement remplis. Finalement, 574 questionnaires correctement complétés ont été recueillis dont 567 ont pu être appariés.

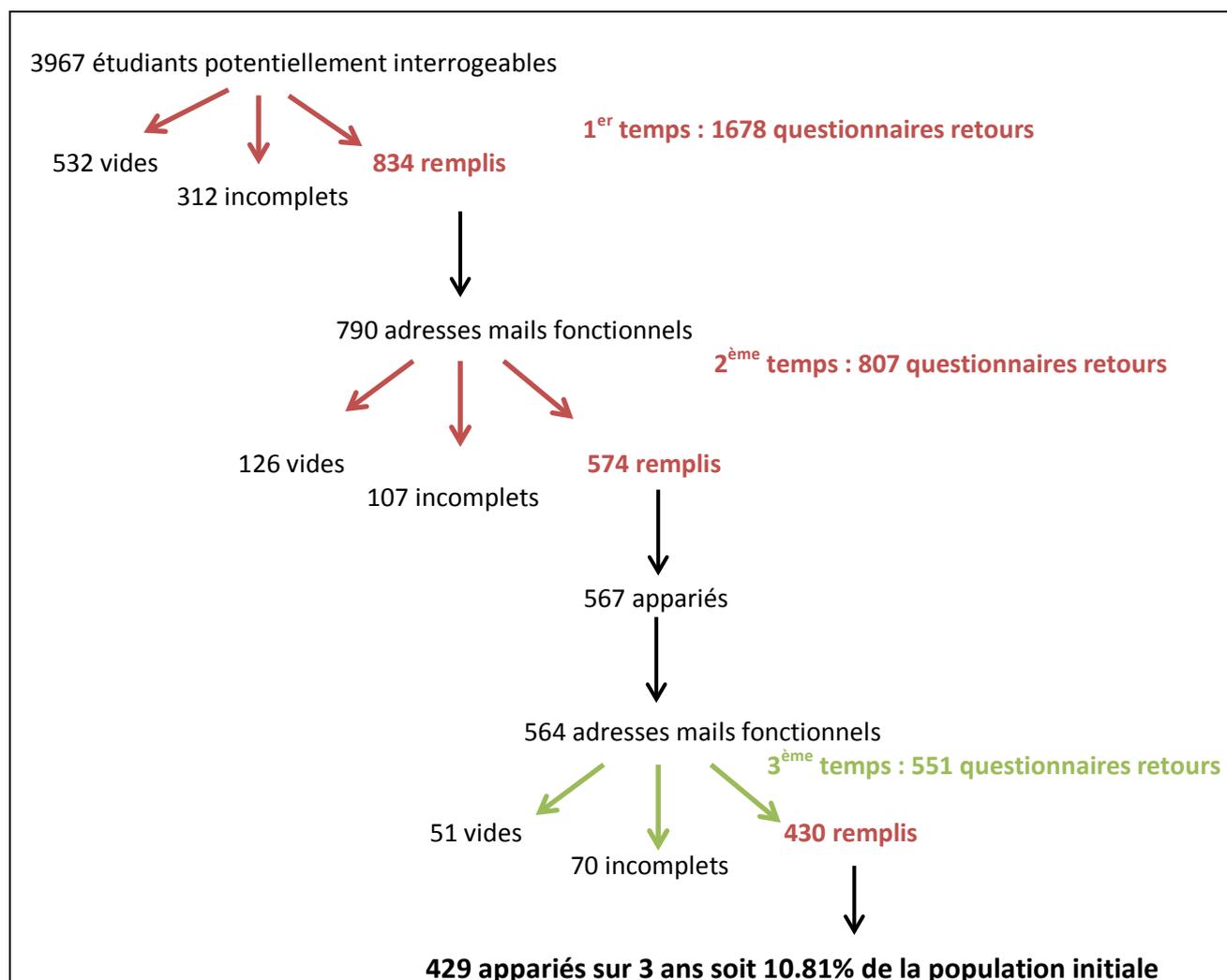
Le troisième temps du recueil a été réalisé entre mi-septembre 2015 à mi-octobre 2015. Seules, les personnes dont les 567 questionnaires ayant pu être appariés ont été contactées pour participer à la dernière étape de cette étude. 564 adresses se sont révélées fonctionnelles. 430 questionnaires ont été obtenus, après élimination de 51 questionnaires sans remplissage effectif et 70 questionnaires incomplètement remplis. Au final, 429 questionnaires ont pu être appariés.

Des relances ont été nécessaires à chaque étape de cette enquête (Annexe V). Une synthèse sur la chronologie de la méthodologie d'enquête est présentée dans le schéma ci-dessous :



**Schéma 6 : Chronologie de la méthodologie d'enquête**

Le schéma suivant met en évidence l'évolution de la population enquêtée au cours de l'étude longitudinale :



**Schéma 7 : Synthèse de la méthodologie d'enquête**

Ce schéma de synthèse rend compte indirectement de la richesse des résultats obtenus que ce soit sur le plan quantitatif ou sur le plan qualitatif. L'ensemble des données ne sera pas analysée dans ce travail de thèse, nous utiliserons principalement les 429 individus qui ont participé aux trois temps de l'enquête. Nous orienterons nos choix selon nos objectifs de recherche. Il serait par ailleurs intéressant de pouvoir soumettre l'ensemble de la base de données sur un site dédié à la consultation des grandes cohortes car nous sommes conscients de la relative rareté de ces données longitudinales prélevées dans le cadre de la théorie des représentations sociales.

Revenons sur l'enquête proprement dite, ses limites et ses points forts.

#### **4.8 Les limites de l'enquête**

##### **4.8.1 La création d'une situation artificielle d'enquête**

Pour la passation du questionnaire, nous avons créé une situation artificielle qui n'appartenait pas à un réel temps de formation. Le lieu de remplissage du questionnaire aurait pu avoir une influence, ce que nous avons testé sans résultat particulier.

##### **4.8.2 Notre posture**

Nous avons déjà évoqué précédemment notre double posture : celle de sage-femme enseignante et celle de chercheur. Elle peut interférer sur plusieurs éléments comme notamment sur le nombre de retours de questionnaires mais aussi sur le fait que les étudiants puissent donner des réponses « attendues », pour être dans le « bien faire » vis-à-vis de la sage-femme enseignante.

#### **4.9 Les points forts de l'enquête**

##### **4.9.1 Le retour des questionnaires**

Lors du premier recueil et malgré les influences possibles de notre propre statut, le retour de 21% de questionnaires exploitables (sur une population potentielle de 3967 sujets) montre l'intérêt que cette enquête a suscité auprès des étudiants, quelle que soit l'année d'études et d'autant plus dès le moment où ils ont intégré la formation en école. Il en est de même pour la deuxième session de passage avec 72.56% de participation (71.68% exploitables en appariement). Enfin, nous obtenons un taux de retour de 76.06% (74.65% exploitables en appariement) au cours de la troisième phase de notre étude.

#### **4.9.2 L'originalité du sujet et sa faisabilité**

De nombreuses enquêtes ont été réalisées auprès des étudiants pour étudier les modifications représentationnelles au cours du processus de professionnalisation (Lac, 2003 ; Netto, 2011 ; Gachassin, 2013), mais très peu étaient spécifiques de la formation de sage-femme. Notre enquête investit un champ particulier celui de la santé et ambitionne de combler un manque dans ce champ.

Contrairement aux autres études qui traitent un seul objet de représentation, l'originalité de cette étude est d'étudier l'évolution conjointe de trois objets de représentation (profession de sage-femme, profession de médecin et accompagnement).

Dans le prochain chapitre, nous allons analyser les résultats obtenus au cours de nos trois temps d'enquête et tenter de connaître l'évolution des représentations au cours du processus de professionnalisation et de comprendre l'articulation d'un système représentationnel.

## 5. Résultats

---

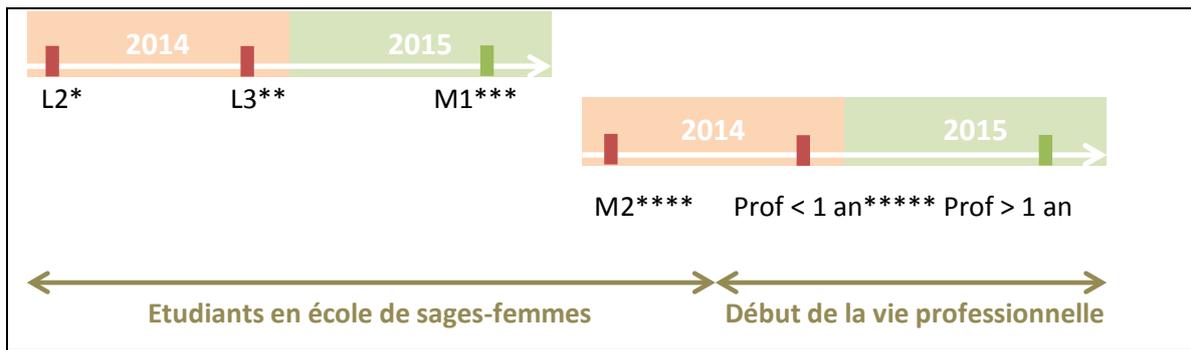
De façon à centrer nos analyses sur le cœur de notre problématique, nous les présenterons en considérant tour à tour l'ensemble des données, les 429 questionnaires appariés, certaines années de formation ou professionnelles en fonction des éléments que nous souhaitons démontrer. Nous prenons le parti de considérer l'évolution de deux groupes distincts : les étudiants qui étaient au temps 1 de l'enquête en 1<sup>ère</sup> et dernière années de formation en école de sages-femmes (soit les L2 et les M2). De ce fait, nous aurons la représentation de l'ensemble des années de formation en école de sages-femmes de la 1<sup>ère</sup> année en école à la dernière ainsi que les deux premières années d'exercice. Nous utiliserons ponctuellement pour valider certains points l'ensemble de la population ou bien l'ensemble de chacune des sous-populations. Ainsi notre recherche s'appuiera autant sur des données longitudinales que diachroniques.

### 5.1 La population

Enquête	Population retenue	L2	L3	M1	M2	Prof < 1 an	Prof > 1 an
1 <sup>er</sup> temps	834	190	247	201	196		
2 <sup>ème</sup> temps	567	7	107	145	159	149	
3 <sup>ème</sup> temps	429		9	81	128	108	103

**Tableau 9 : Répartition de la population aux différents temps de l'enquête en ne tenant compte que des appariements possibles**

Les deux sous-groupes représentent 84 sujets en 1<sup>ère</sup> année et 108 en 4<sup>ème</sup> année soit un total de 192 individus au temps 1 de l'enquête (des variations existent avec le tableau ci-dessous du fait des possibles redoublements ou report d'années d'études). Voici la représentation schématique de notre population étudiée sur une échelle du temps.



\*L2 : 2<sup>ème</sup> année de licence \*\*L3 : 3<sup>ème</sup> année de licence \*\*\*M1 : 1<sup>ère</sup> année de master \*\*\*\*M2 : 2<sup>ème</sup> année de master \*\*\*\*\*Prof : Professionnel

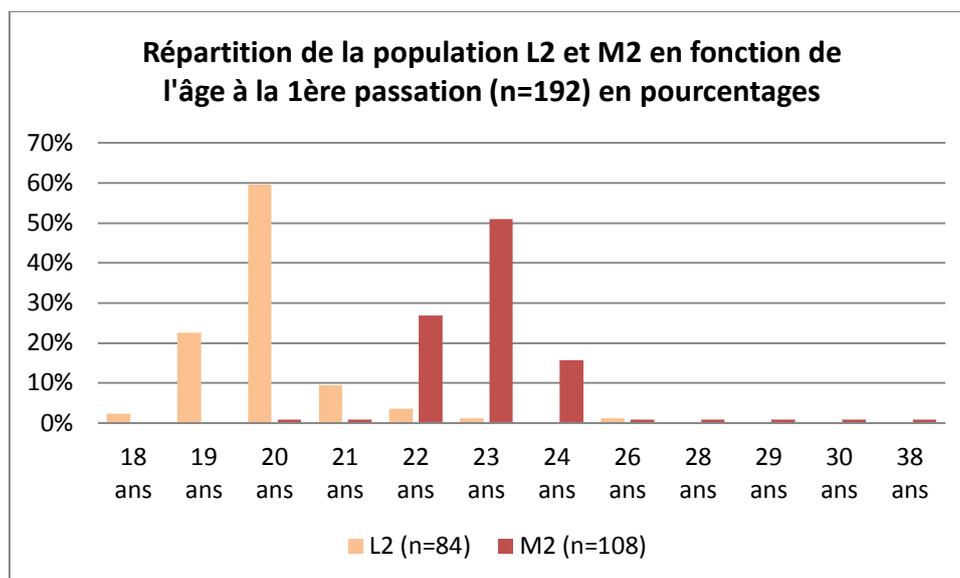
### Schéma 8 : Choix de la population retenue pour notre enquête

Pour approcher les résultats de façon claire, voici un tableau des correspondances des différents moments où nous avons interrogé les sujets et leurs appellations :

	Signification	Année en école de sages-femmes	Temps de passation
<b>L2</b>	2 <sup>ème</sup> année de licence	1 <sup>ère</sup> année	L2_an 1
<b>L3</b>	3 <sup>ème</sup> année de licence	2 <sup>ème</sup> année	L2_an 2
<b>M1</b>	1 <sup>ère</sup> année de master	3 <sup>ème</sup> année	L2_an 3
<b>M2</b>	2 <sup>ème</sup> année de master	4 <sup>ème</sup> année	M2_an 1
<b>Prof &lt; 1 an</b>	Professionnel de moins de un an d'exercice		M2_an 2
<b>Prof &gt; 1 an</b>	Professionnel de plus de un an d'exercice		M2_an 3

**Tableau 10 : Tableau des correspondances des appellations des années de formation et professionnelles**

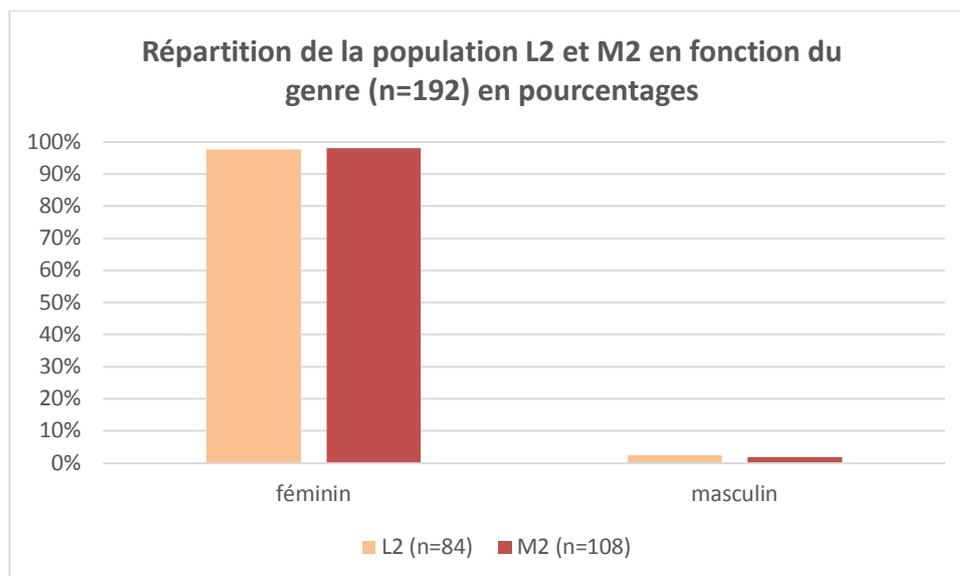
## 5.2 Age



**Graphique 1 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction de l'âge à la 1<sup>ère</sup> passation (n=192) en pourcentages**

L'âge de la population s'échelonne entre 18 et 38 ans, avec une moyenne d'âge à 21.78 ans lors de la 1<sup>ère</sup> passation de notre enquête. La présence d'âge au-delà de 30 ans, soit 1.04 % de notre population, témoigne probablement de réorientations professionnelles, comme par exemple l'existence de passerelles donnant des équivalences entre une formation initiale de niveau master ou doctorat vers la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année de formation de sage-femme, ce qui est par ailleurs corroboré par une étude de la DREES (2011c) qui décrit que moins de 2% des étudiants intégrant la formation sont diplômés de l'enseignement supérieur. La répartition des âges entre les différentes années de formation est cohérente : au fur et à mesure de la progression dans la formation, les étudiants sont plus âgés.

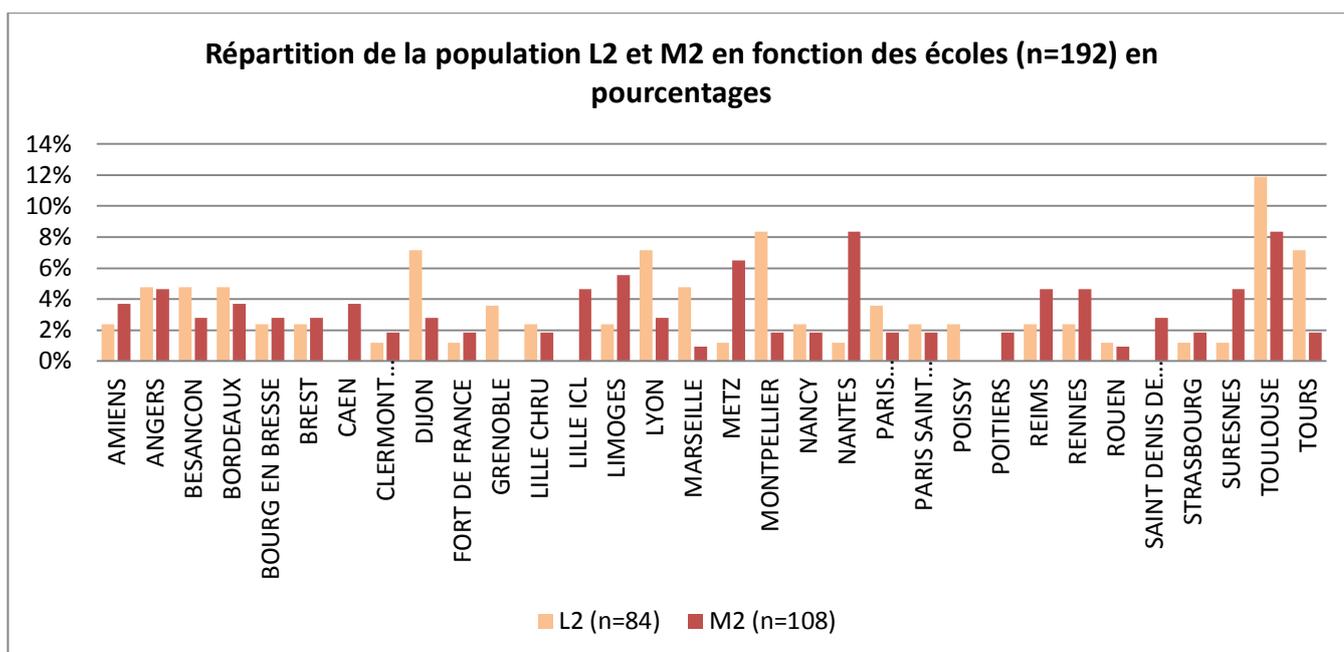
### 5.3 Genre



**Graphique 2 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction du genre à la 1<sup>ère</sup> passation (n=192) en pourcentages**

Les hommes représentent 1.9% de la population active des sages-femmes (DRESS, 2011b), ce qui est en accord avec le graphique au cours de la formation. La proportion d'hommes semble légèrement diminuer entre la 1<sup>ère</sup> année et la 4<sup>ème</sup> année en école de sages-femmes : ce pourrait être dû aux changements d'orientation ou bien aux abandons en cours de cursus de formation.

### 5.4 Ecole

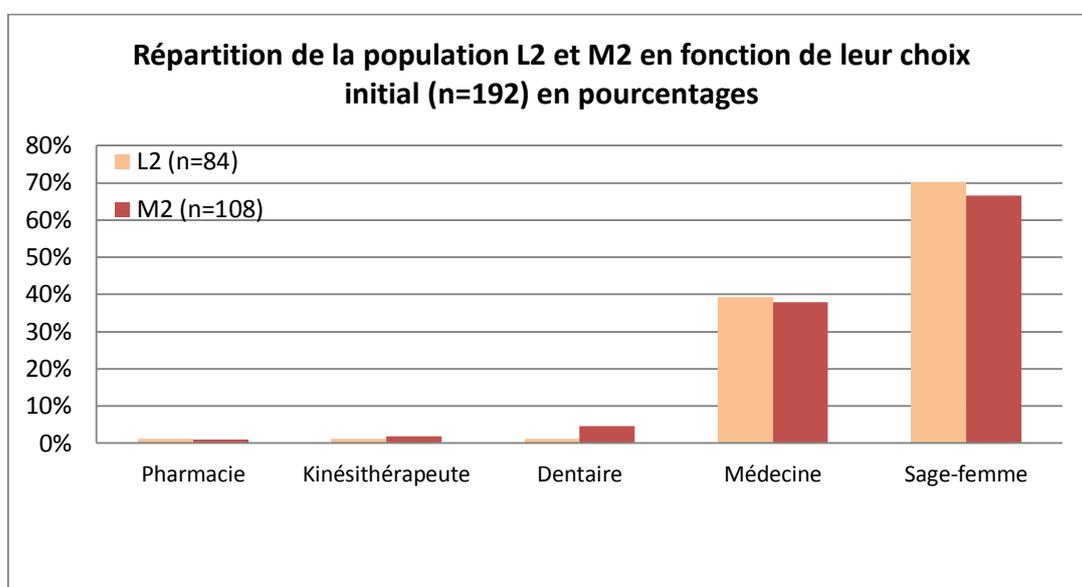


**Graphique 3 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction des écoles (n=192) en pourcentages**

32 écoles sur 35 sont représentées : les écoles de Nice et de Nîmes n'ont plus de représentants après appariement des réponses sur les 3 temps de l'enquête. Seule l'école de Papeete n'a pas participé à cette étude. Nous pouvons noter une représentation plus importante de l'école de Toulouse avec les L2, sûrement du fait de notre posture, phénomène qui s'atténue avec les M2.

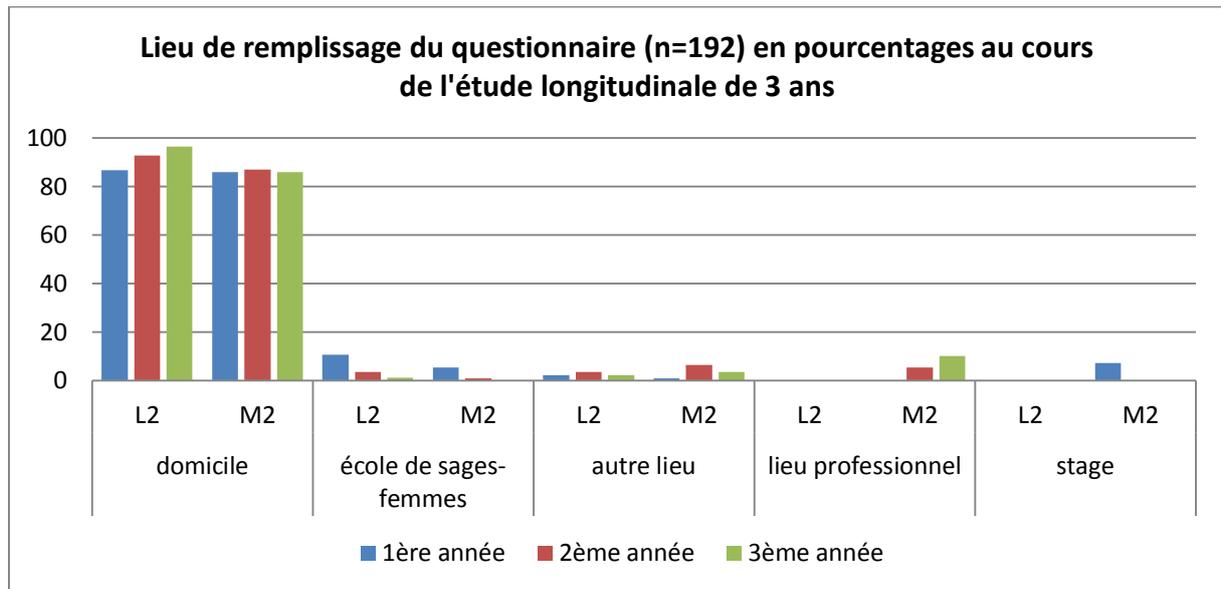
### 5.5 Choix initial

Les étudiants ont la possibilité de se présenter à plusieurs concours : nous notons que la majorité des étudiants avaient opté pour sage-femme dans leur choix initial. Un tiers des étudiants en école s'était orienté vers médecine et plus ou moins vers sage-femme : la difficulté d'un choix par défaut réside dans l'acceptation de l'échec et dans l'investissement d'une nouvelle voie.



**Graphique 4 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction de leur choix initial (n=192) en pourcentages**

## 5.6 Lieu de remplissage



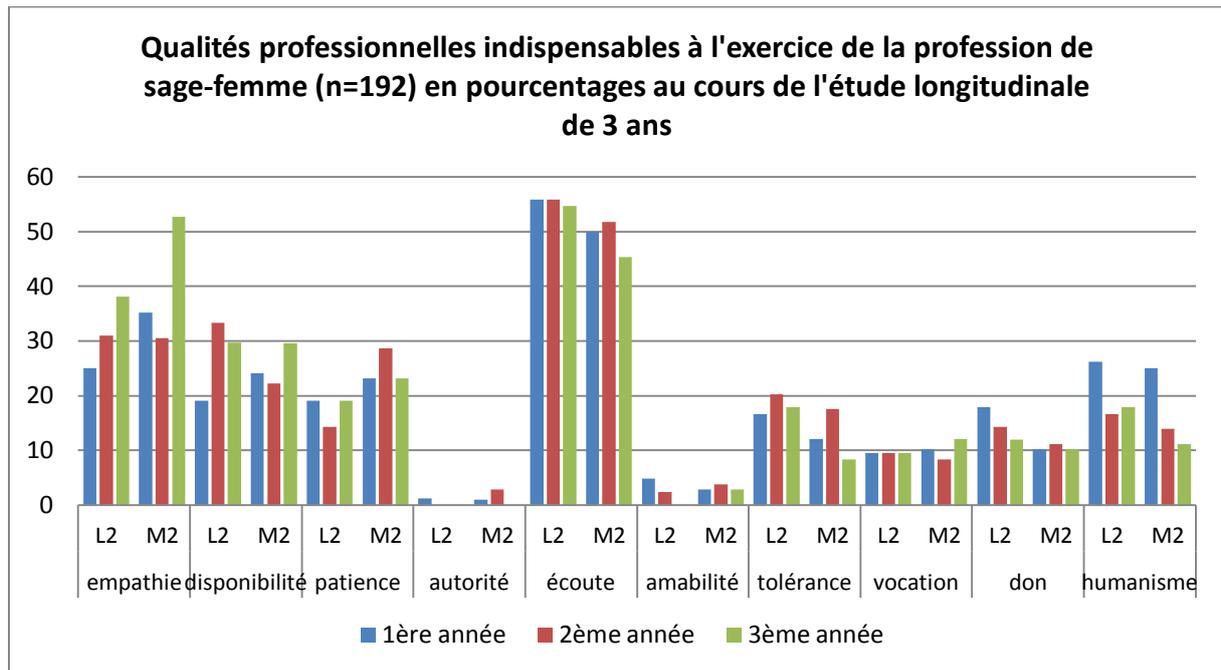
**Graphique 5 : Lieu de remplissage du questionnaire (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale**

Majoritairement, les étudiants ainsi que les professionnels remplissent le questionnaire de leur domicile. Quelques étudiants de dernière année de formation le font sur le lieu de stage (pour avoir un accès Internet ou par manque d'activité peut être). Remplir le questionnaire de son domicile situe la réflexion dans un champ différent du contexte des études, du stage ou professionnel : cet élément peut jouer sur l'observation de représentations plus sociales ou plus professionnelles en fonction du lieu de remplissage. Mais après l'avoir testé, le lieu n'a pas eu d'influence.

Après avoir présenté le profil de notre population, nous pouvons conclure qu'elle :

- est pour sa grande majorité féminine
- est âgée majoritairement de moins de 30 ans
- a choisi initialement la profession de sage-femme
- a rempli le questionnaire de son domicile

### 5.7 Qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sages-femmes



**Graphique 6 : Qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale**

L'*écoute* est la principale des qualités considérées comme indispensables à l'exercice de la profession quelles que soient les promotions : elle représente plus de la moitié des étudiants. L'*écoute* est aussi considérée par 90% des sages-femmes comme indispensable. Cependant, les professionnels de plus d'un an d'exercice privilégie l'*empathie* en 1<sup>ère</sup> intention puis l'*écoute*. L'*autorité* ne semble pas être une qualité adaptée. L'*humanisme* est une qualité plus proche des représentations sociales de début de formation qui s'atténue au fil des années.

Item	p	1 <sup>ère</sup> année école – L2 (n=190)	Professionnel > 1 an (n=108)
Empathie	< 0.0001	-	+
Disponibilité	0.0489	-	+
Humanisme	0.0016	+	-

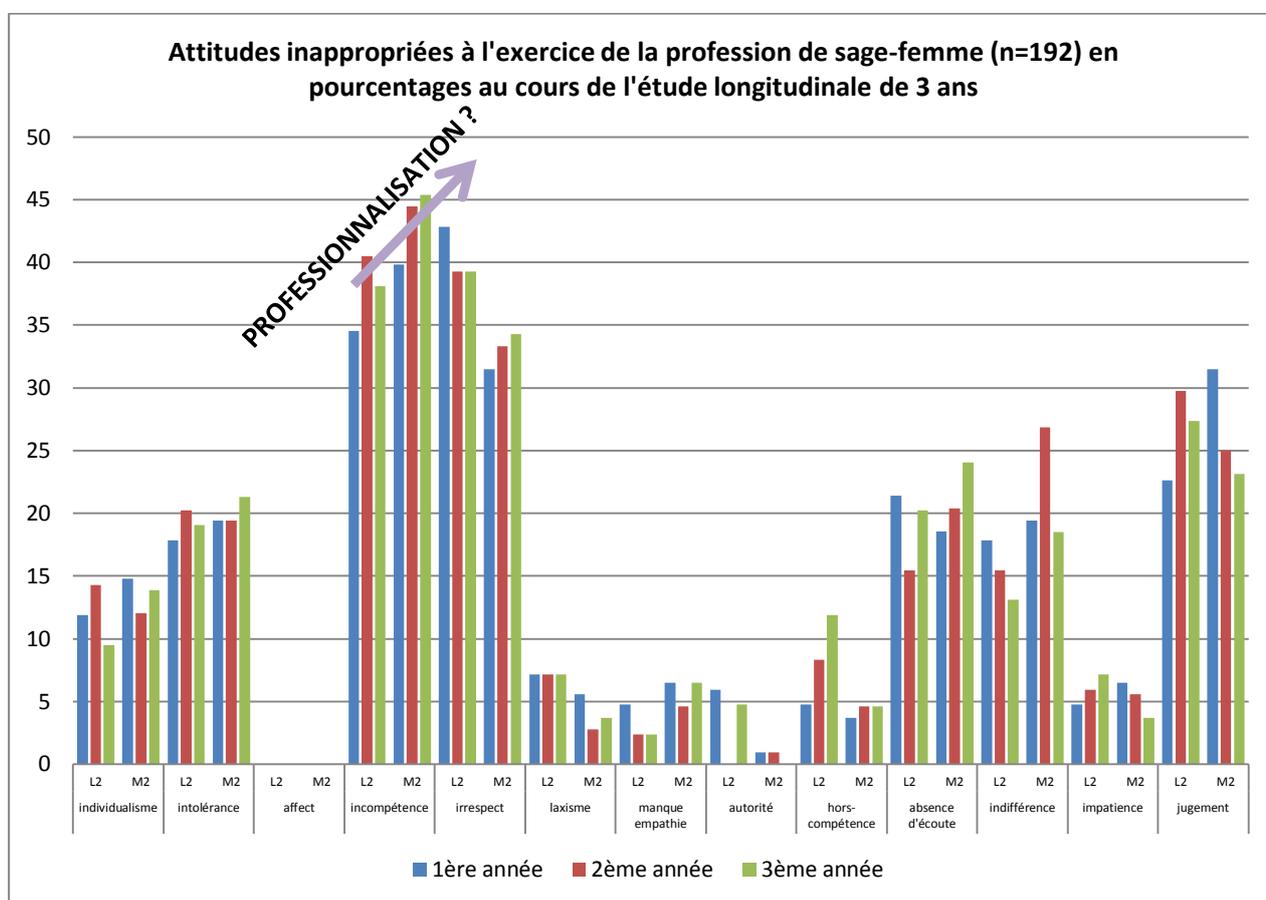
**Tableau 11 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme et les années L2 et professionnels de plus de un an (Annexe VI)**

Dans ce tableau, nous exposons des catégories pour lesquelles la fréquence est dépendante de l'année de formation. Le sens de variation est précisé grâce aux cases roses qui symbolisent l'année (ou les années) pour laquelle (ou lesquelles) l'item est significativement plus présent. Il en sera de même pour les autres tableaux au long des résultats proposés.

Nous pourrions observer plus loin qu'*empathie* suit le même chemin que dans les associations libres.

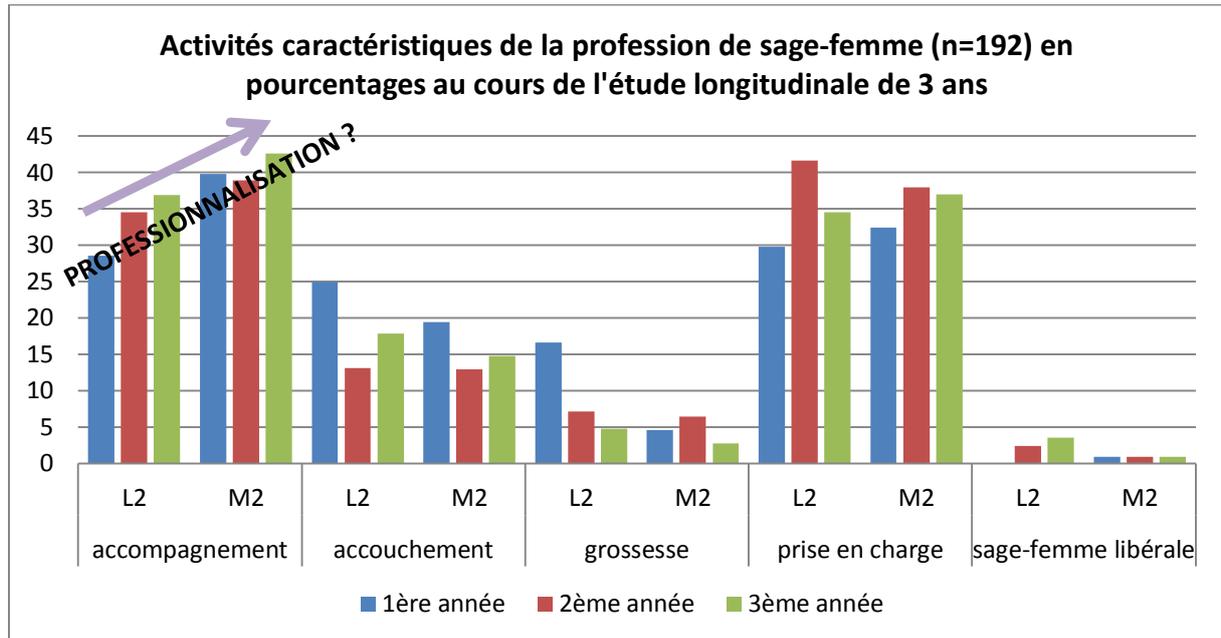
### 5.8 Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme

Les étudiants et les professionnels considèrent que les attitudes inappropriées à l'exercice de la profession sont *l'incompétence* et *l'irrespect*. Ces deux attitudes recouvrent deux aspects spécifiques de la profession : la notion de responsabilité par opposition à *incompétence* et la notion d'accompagnement par opposition à *irrespect*. Viennent ensuite le *jugement* et *l'absence d'écoute*. Assez paradoxalement aux qualités jugées comme indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme, le *manque d'empathie* n'apparaît pas parmi les attitudes inappropriées les plus citées.



**Graphique 7 : Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale**

### 5.9 Activités caractéristiques de la profession sage-femme



**Graphique 8 : Activités caractéristiques de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale**

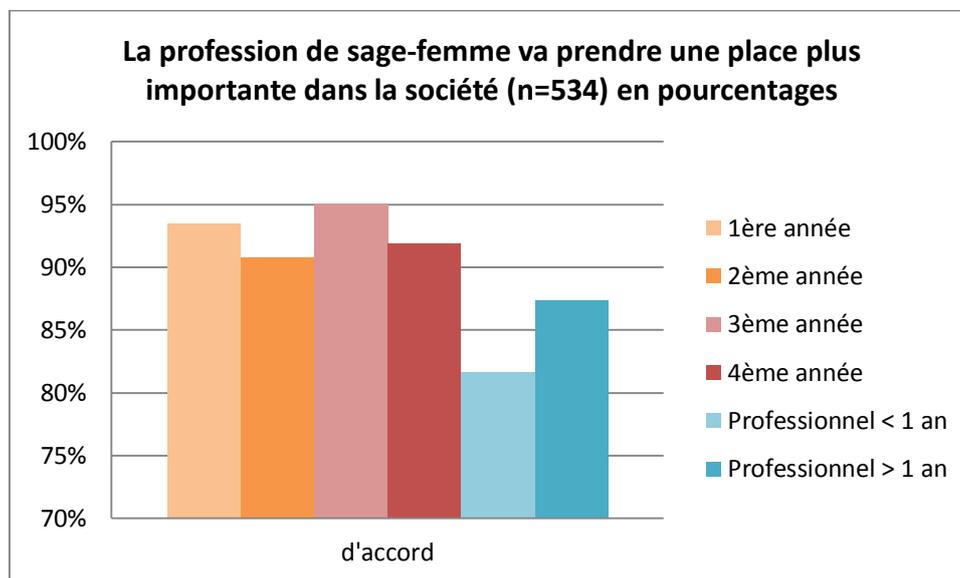
L'*accompagnement* et la *prise en charge* sont les deux activités caractéristiques de la profession de sage-femme, le premier est plus spécifique des M2 et le deuxième des L2. Nos études précédentes (Frégonèse, 2012 ; 2013) avaient mis en évidence la prévalence du terme *accompagnement* dans l'association libre que ce soit chez les professionnelles sages-femmes ou chez les étudiants. Cependant, ce graphique témoigne du processus de professionnalisation par l'évolution de la courbe spécifique du terme *accompagnement*.

Item	p	1 <sup>ère</sup> année école – L2 (n=189)	Professionnel > 1 an (n=106)
Activité caractéristique	0.0023	Accouchement Grossesse Prise en charge d'une patiente	Accompagnement Sage-femme libérale

**Tableau 12 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les activités caractéristiques de la profession de sage-femme et les années L2 et professionnels de plus de un an (Annexe VI)**

## 5.10 Ancrage et profession de sage-femme

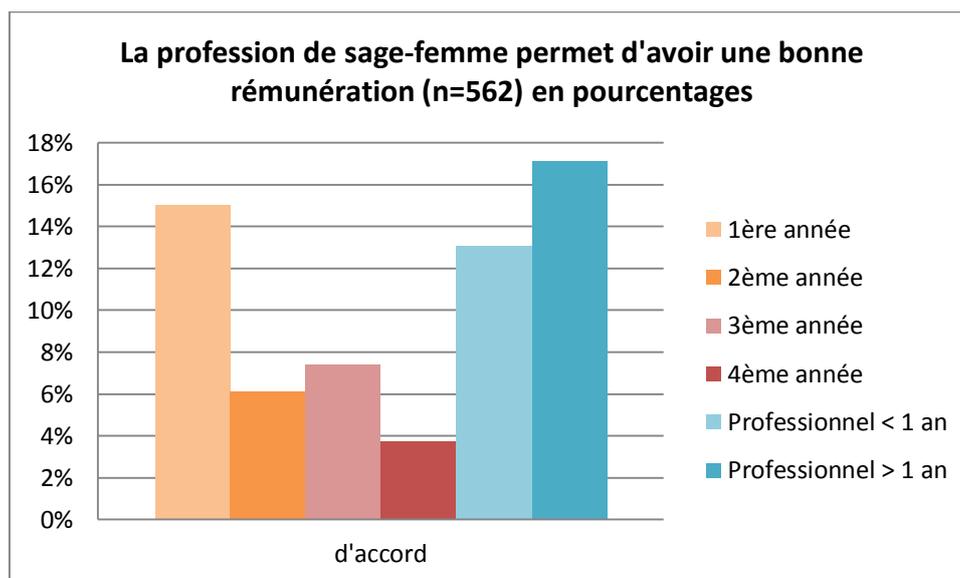
### 5.10.1 Ancrage sociétal



**Graphique 9 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (n=534) en pourcentages**

La majorité de la population interrogée est en accord avec le fait que la profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société.

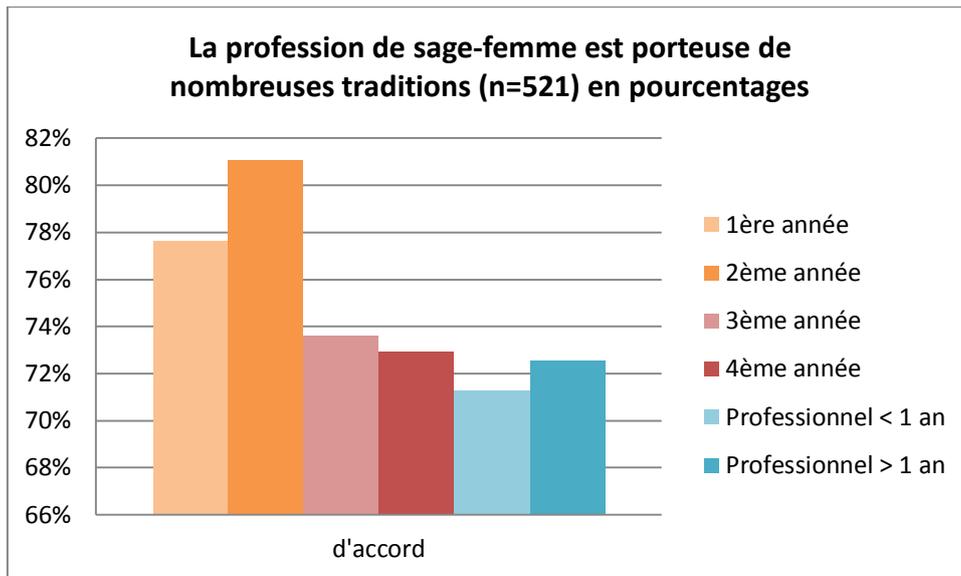
### 5.10.2 Ancrage économique



**Graphique 10 : La profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération (n=562) en pourcentages**

Il est intéressant de noter que le rapport à la rémunération diminue des 1ères années en école de sages-femmes aux dernières années avant de remonter fortement au début de l'exercice professionnel. Finalement les professionnels de plus de un an d'exercice sont 17% à avoir une vision positive contre 4% en M2. La réalité professionnelle des sages-femmes inciterait peut être les professionnels à revoir leurs exigences à la baisse.

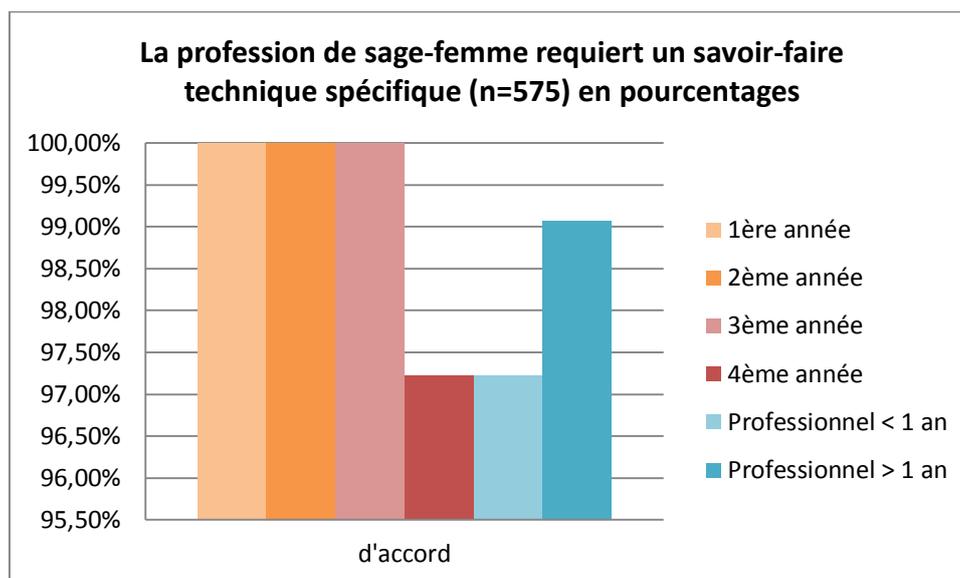
### 5.10.3 Ancrage historique traditionnel



**Graphique 11 : La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions (n=521) en pourcentages**

La tendance s'amorce vers une diminution de l'ancrage traditionnel avec l'ancienneté dans la formation et le milieu professionnel, même si la proportion de réponses positives concerne les trois quart de notre population.

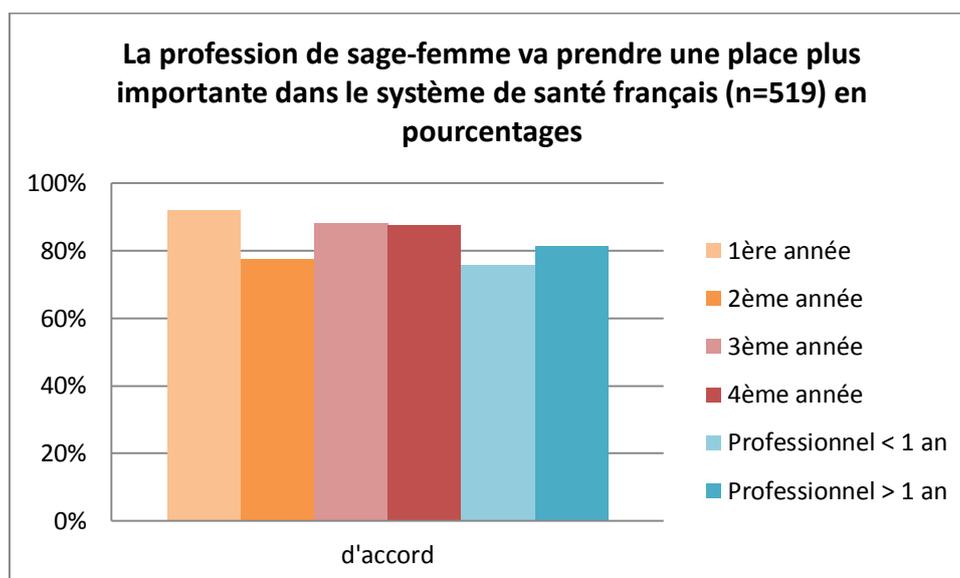
#### 5.10.4 Ancrage technique



**Graphique 12 : La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (n=575) en pourcentages**

Quasiment tous les sujets interrogés admettent la technique comme un savoir-faire spécifique de la profession. Nous aurions pu penser, qu'avec la prégnance du versant relationnel, la technique aurait bénéficié de moins d'avis favorable.

#### 5.10.5 Ancrage dans la santé

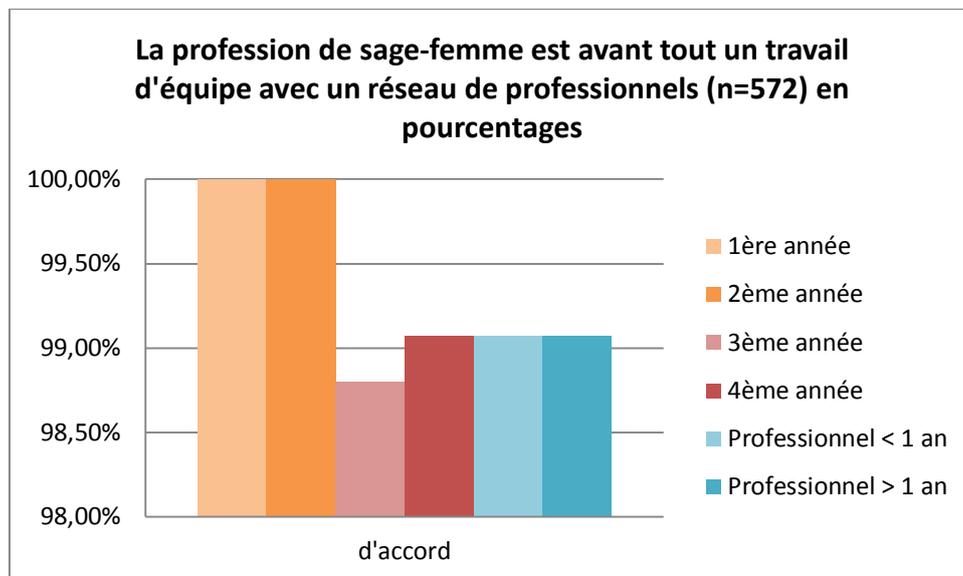


**Graphique 13 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (n=519) en pourcentages**

Les trois quart de la population pensent que la profession de sage-femme va évoluer dans le monde de la santé. Cependant, avec l'évolution du *numerus clausus* des médecins gynécologues, certains domaines de son champ d'action vont perdre de la vitesse : en effet, la gynécologie présente un déficit démographique médical actuellement mais qui va être compensée par l'augmentation des effectifs. L'arrivée de l'IVG médicamenteuse permettra peut-être de maintenir une pratique dans ce domaine par un intérêt peu marqué des médecins pour cette activité.

#### 5.10.6 Ancrage interpersonnel

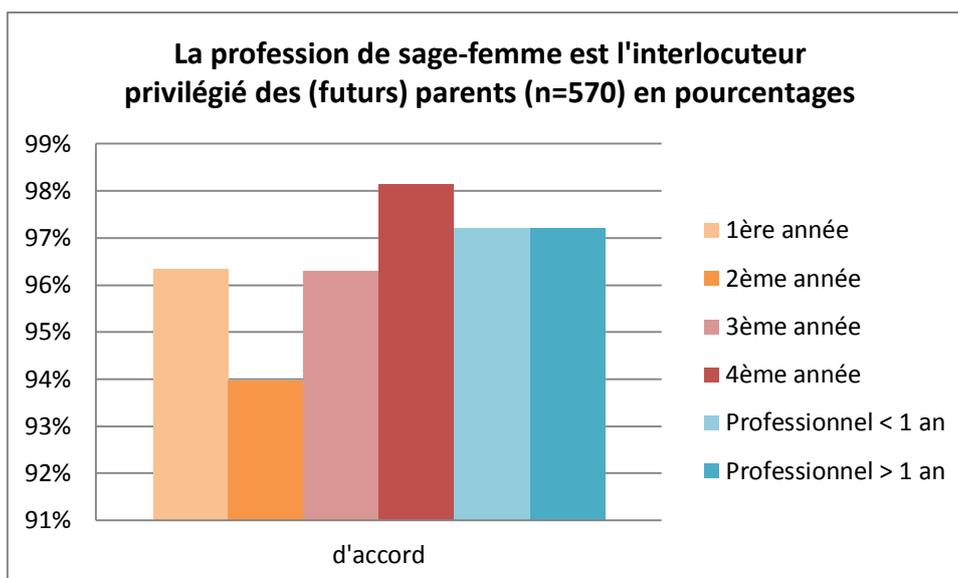
Les sujets sont unanimes sur ce point : le travail en équipe est un point clé de la profession. Ce qui est paradoxal avec le fait (et nous le verrons plus loin) que, lors de l'association libre, la notion d'équipe est peu verbalisée et est pourtant un élément central de la représentation de la profession de sage-femme.



**Graphique 14 : La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (n=572) en pourcentages**

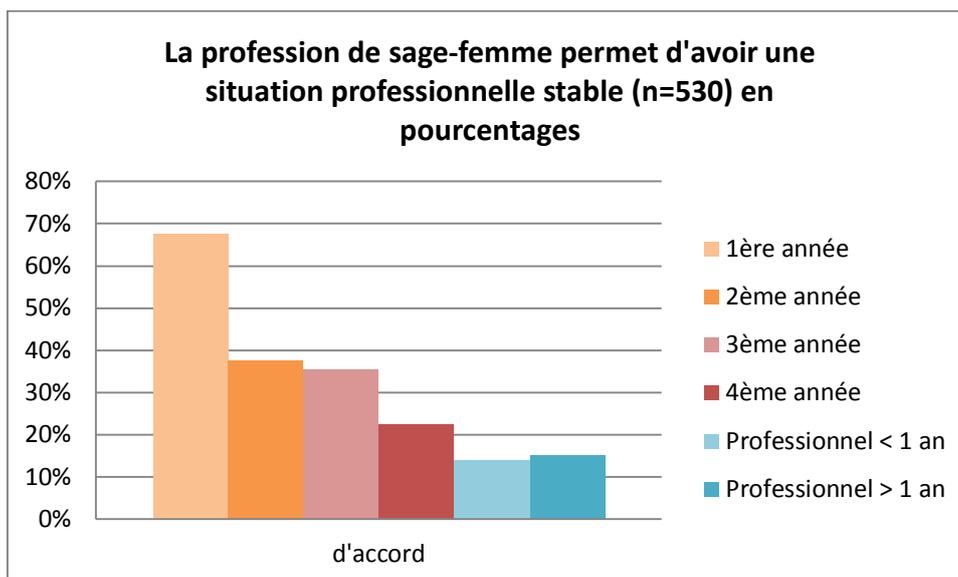
#### 5.10.7 Ancrage relationnel

Ce graphique traduit la notion évoquée dans le chapitre sur la profession de sage-femme, celle de professionnel de premier recours.



**Graphique 15 : La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (n=570) en pourcentages**

#### 5.10.8 Ancrage économique et sociétal



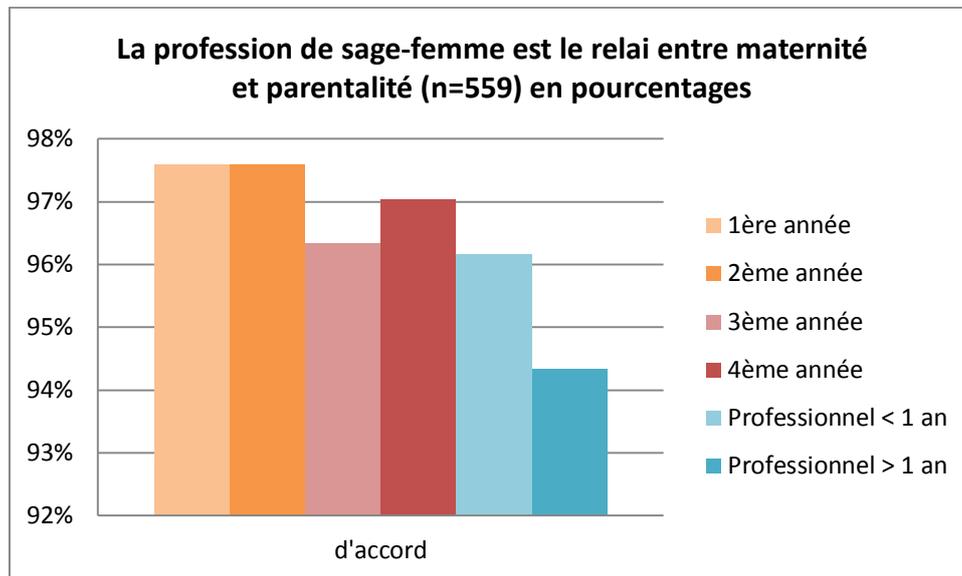
**Graphique 16 : La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (n=530) en pourcentages**

Item	p	1 <sup>ère</sup> année école	Professionnel > 1 an
Situation	< 0.0001	+	-

**Tableau 13 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les différents ancrages et les années L2 et professionnels de plus de 1 an (Annexe VI)**

Seuls les L2 perçoivent significativement plus la profession de sage-femme comme permettant d'avoir une situation professionnelle stable que les autres années qui ont une expérience de stage au contact des professionnels qui fait sûrement évoluer leurs propres perceptions.

#### 5.10.9 Ancrage psychosocial



**Graphique 17 : La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (n=559) en pourcentages**

Cet ancrage est clairement partagé par l'ensemble de la population interrogée.

Les résultats suivants attestent de la stabilité des éléments centraux des représentations étudiées. Nous verrons ensuite les changements perceptibles.

#### 5.11 Éléments centraux et périphériques

Grâce aux questions de test d'indépendance au contexte (TIC) de la profession de sage-femme et de médecin, nous avons pu établir le tableau suivant dans lequel apparaissent les éléments testés comme centraux et les éléments ne franchissant pas le seuil de centralité des représentations de ces deux objets professionnels : profession de sage-femme et profession de médecin. Pour réaliser ce tableau, nous avons utilisé le test de Kolmogorov-Smirnov (Annexe III) sur chacun des items testés.

	L2_an 1	L2_an 2 ou L3	L2_an 3 ou M1	M2_an 1	M2_an 2 ou Professionnel < 1an	M2_an 3 ou Professionnel > 1 an
<b>Profession de sage-femme</b>						
<b>Eléments centraux</b>	Responsabilité médicale (90%) Profession médicale (89%) Ecoute (96%) Contraintes (92%)	Responsabilité médicale (91%) Profession médicale (96%) Ecoute (92%) Contraintes (96%) <b>Equipe</b> (85%)	Responsabilité médicale (92%) Profession médicale (97%) Ecoute (95%) Contraintes (93%) <b>Equipe</b> (88%)	Responsabilité médicale (95%) Profession médicale (94%) Ecoute (94%) Contraintes (93%) <b>Equipe</b> (86%)	Responsabilité médicale (93%) Profession médicale (96%) Ecoute (92%) Contraintes (96%) <b>Equipe</b> (87%)	Responsabilité médicale (99%) Profession médicale (99%) Ecoute (94%) Contraintes (95%)
<b>Eléments périphériques</b>	Accompagnement (55%) Naissance (37%) Disponible (71%) Plus beau métier (58%) Nouveau-né (27%) Grossesse (55%) Accouchement (37%) Passion (83%) <b>Equipe</b> (81%)	Accompagnement (57%) Naissance (38%) Disponible (68%) Plus beau métier (56%) Nouveau-né (27%) Grossesse (43%) Accouchement (35%) Passion (80%)	Accompagnement (77%) Naissance (34%) Disponible (63%) Plus beau métier (49%) Nouveau-né (22%) Grossesse (48%) Accouchement (22%) Passion (83%)	Accompagnement (81%) Naissance (52%) Disponible (68%) Plus beau métier (40%) Nouveau-né (27%) Grossesse (57%) Accouchement (41%) Passion (84%)	Accompagnement (80%) Naissance (40%) Disponible (62%) Plus beau métier (45%) Nouveau-né (28%) Grossesse (52%) Accouchement (36%) Passion (79%)	Accompagnement (80%) Naissance (28%) Disponible (63%) Plus beau métier (40%) Nouveau-né (27%) Grossesse (42%) Accouchement (21%) Passion (75%) <b>Equipe</b> (82%)
	L2 an1	L2 an 2 ou L3	L2 an 3 ou M1	M2 an 1	M2 an 2 ou Professionnel < 1an	M2 an 3 ou Professionnel > 1 an
<b>Profession de médecin</b>						
<b>Eléments centraux</b>	Responsabilité (100%) Profession médicale (95%) Compétence (88%) Long cursus (100%) Bonne rémunération (93%) Contraintes (87%)	Responsabilité (100%) Profession médicale (98%) Compétence (88%) Long cursus (100%) Bonne rémunération (86%) Contraintes (85%)	Responsabilité (100%) Profession médicale (100%) Compétence (91%) Long cursus (100%) Bonne rémunération (86%) Contraintes (89%)	Responsabilité (100%) Profession médicale (100%) Compétence (91%) Long cursus (98%) Bonne rémunération (96%) Contraintes (92%) <b>Malade</b> (87%)	Responsabilité (99%) Profession médicale (98%) Compétence (92%) Long cursus (97%) Bonne rémunération (90%) Contraintes (93%) <b>Diagnostic</b> (88%)	Responsabilité (100%) Profession médicale (99%) Compétence (89%) Long cursus (98%) Bonne rémunération (89%) Contraintes (93%)

<b>Éléments périphériques</b>	Malade (81%)	Malade (75%)	Malade (75%)		Malade (81%)	Malade (76%)
	Soin (38%)	Soin (34%)	Soin (30%)	Soin (41%)	Soin (38%)	Soin (42%)
	Indisponible (16%)	Indisponible (22%)	Indisponible (22%)	Indisponible (16%)	Indisponible (24%)	Indisponible (10%)
	Maladie (58%)	Maladie (57%)	Maladie (53%)	Maladie (70%)	Maladie (50%)	Maladie (57%)
	Diagnostic (77%)	Diagnostic (80%)	Diagnostic (81%)	Diagnostic (85%)		Diagnostic (84%)
	Médicament (26%)	Médicament (22%)	Médicament (21%)	Médicament (36%)	Médicament (26%)	Médicament (26%)
	Ecoute (61%)	Ecoute (44%)	Ecoute (45%)	Ecoute (49%)	Ecoute (43%)	Ecoute (53%)
	Equipe (60%)	Equipe (63%)	Equipe (65%)	Equipe (58%)	Equipe (64%)	Equipe (64%)
Passion (68%)	Passion (67%)	Passion (70%)	Passion (75%)	Passion (65%)	Passion (66%)	

En jaune, les variations notables d'un item entre les éléments centraux et les éléments périphériques des deux représentations. Nous présentons ces items avec le taux d'acceptation (en pourcentages).

**Tableau 14 : Présentation structurale des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin**

L'observation de ce tableau met en évidence la quasi stabilité des éléments centraux pour les deux représentations pour les items testés. Ce tableau témoigne d'une lenteur du processus avec des changements difficilement repérables au niveau du noyau central qui est, dans le cadre de la théorie structurale des représentations, le lieu de transformation des représentations.

Pour la représentation de la profession de sage-femme, les points communs pour toutes les années dans les éléments centraux sont les items *responsabilité médicale*, *profession médicale*, *écoute* et *contraintes* alors que les items suivants ne franchissent pas le seuil de centralité : *accompagnement*, *naissance*, *disponible*, *plus beau métier*, *nouveau-né*, *grossesse*, *accouchement*, *passion*. Ce constat est intéressant car les items les plus fréquemment cités ne font pas forcément partie des éléments centraux (exemple *accompagnement*, cité 203 fois en association libre). Au contraire, *contraintes* est central dès la 1<sup>ère</sup> année en école. *Equipe* se situe dans les éléments périphériques uniquement en L2 et chez les professionnels de plus de 1 an alors que pour les autres années il est mesuré comme un élément central : en L2, la notion d'*équipe* n'est peut-être pas encore clé dans la formation car, au moment de l'enquête, pas ou peu d'étudiant avait eu une expérience de stage ; pour les professionnels de plus de 1 an, cet item fait peut être partie d'un implicite professionnel. Nous pouvons noter que pour l'item *accompagnement*, le taux d'acceptation est en forte progression au cours du temps, avoisinant sûrement des taux proches de la centralité.

Pour la représentation de la profession de médecin, les items constants dans les éléments centraux sont les items *responsabilité*, *profession médicale*, *compétence*, *long cursus*, *bonne rémunération*, *contraintes* et les éléments suivants ne franchissent pas le seuil de centralité : *soin*, *indisponible*, *maladie*, *médicament*, *écoute*, *équipe*, *passion*. Les items *malade* et *diagnostic* apparaissent à un seul temps de notre enquête parmi les éléments centraux de la représentation : *malade* chez les M2 et *diagnostic* chez les professionnels de moins de un an. La pathologie est plus

présente à ce moment du cursus pour les M2 et l'entrée dans le monde professionnel impacte peut être sur la perception de leur rôle et de la prise de décision que la profession impose.

Parmi les items que nous avons testés dans le questionnaire, il est aussi intéressant de noter que les deux représentations ont des items communs sur les éléments centraux (*responsabilité médicale, profession médicale, contraintes*) et les éléments périphériques (*passion*). Ces éléments pourraient attester d'une relation d'emboîtement entre un objet générique qui serait « profession de santé » et les objets de profession de sage-femme et profession de médecin qui seraient deux cas particuliers de cet objet générique.

Les deux tableaux suivants témoignent, pour chacune des représentations, des items qui sont plus spécifiques d'un temps donné : comme *plus beau métier* (profession de sage-femme) et *indisponible* (profession de médecin) pour les L2, *accompagnement, responsabilité médicale* et *profession médicale* (profession de sage-femme) et *compétences* (profession de médecin) pour les professionnels de plus de un an.

Item	p	1 <sup>ère</sup> année - L2	Professionnel > 1 an
Accompagnement	< 0.0001	- (n=181)	+ (n=106)
Responsabilité médicale	0.0039	- (n=188)	+ (n=107)
Plus beau métier	0.0064	+ (n=178)	- (n=102)
Profession médicale	0.0157	- (n=189)	+ (n=107)

**Tableau 15 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les items utilisés lors du test d'indépendance au contexte pour la profession de sage-femme et le niveau de formation L2 et les professionnels de plus de un an. (Annexe VI)**

Item	p	1 <sup>ère</sup> année - L2	Professionnel > 1 an
Compétences	< 0.0001	- (n=185)	+ (n=105)
Indisponible	0.0236	+ (n=182)	- (n=104)

**Tableau 16 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les items utilisés lors du test d'indépendance au contexte pour la profession de médecin et le niveau de formation L2 et les professionnels de plus de un an. (Annexe VI)**

Si nous observons le temps de réponses au test d'indépendance au contexte pour la profession de sage-femme et pour la profession de médecin, les sujets mettent entre 10 à 15 secondes de moins pour répondre au TIC de la profession de médecin qu'au TIC de la profession de sage-femme. Or la question du TIC comporte des modalités de réponses contrairement à la question d'association libre. Sévigny (1998) met en avant que le temps de réponse peut varier en fonction de l'attitude que le sujet développe face à un objet donné. Ainsi, les réponses au TIC de la profession de

médecin seraient plus rapides car les sujets auraient une attitude plus tranchée et catégorique à l'égard de l'objet envisagé. Le fait de mettre plus de temps dans la réponse au TIC de la profession de sage-femme viendrait de la réflexion engagée par le sujet sur un objet qui touche directement à son identité professionnelle. En effet, les sujets prendraient plus de temps pour répondre aux TIC de la profession de sage-femme du fait d'un positionnement professionnel par identification à leur groupe d'appartenance et ils s'impliqueraient moins dans le choix des éléments à cocher et resteraient sur des choix intermédiaires non polaires pour les TIC de la profession de médecin. L'enjeu semblerait moindre pour se positionner sur l'objet profession de médecin. Cette interprétation est confirmée par la présence proportionnellement de plus de réponses certainement oui et certainement non pour la profession de sage-femme et de plus de réponses plutôt oui et plutôt non pour la profession de médecin ( $p=0.008293$ , Annexe VI).

Moyenne en secondes	L2_an 1	L2_an 2	L2_an 3	M2_an 1	M2_an 2	M2_an 3
Sage-femme	111.25	93.13	95.97	103.22	104.13	89.83
Médecin	94.77	84.16	83.00	86.54	95.32	79.71

Le temps de réponse est significativement plus court pour les TIC concernant la profession de médecin que pour la profession de sage-femme sauf pour les M2\_an2 (T Student : Annexe VII)

**Tableau 17 : Temps moyen de réponse en secondes au test d'indépendance au contexte de la profession de sage-femme et de la profession de médecin**

## 5.12 Résultats aux trois tests d'association libre

Pour tous les mots ou expressions recueillis, nous avons réalisé un double classement, en cohérence avec celui de notre précédente enquête : une lemmatisation et une catégorisation. Nous utiliserons principalement la lemmatisation pour présenter nos résultats car elle est la moins empreinte de subjectivité.

### 5.12.1 L'association libre pour la profession de sage-femme

Selon les temps de l'enquête, autour de 300 groupes ont été constitués pour réaliser la lemmatisation des mots cités pour l'association libre de la profession de sage-femme. Ces catégories ainsi créées serviront pour traiter l'association libre de la profession de médecin et de l'accompagnement mais aussi pour les différentes phases de l'enquête dans l'idée de pouvoir comparer les différents temps. Le nombre total de mots cités est 2574 et le nombre moyen de mots cités est de 4,4687 ( $n=576$ ).

Années de formation	Nombre de mots cités	Nombre moyen de mots cités	PROFESSIONNALISATION ?
Population totale (n=576)	2574	4.4687	
L2_an 1 (n=84)	383	4.5595	
L2_an 2 = L3 (n=84)	384	4.5714	
L2_an 3 = M1 (n=84)	381	4.5357	
M2_an 1 (n=108)	481	4.4537	
M2_an 2 = Professionnel<1an (n=108)	478	4.4259	
M2_an 3 = Professionnel>1an (n=108)	466	4.3148	

**Tableau 18 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour la profession de sage-femme**

Nous pouvons constater une légère diminution de la moyenne des mots cités : nous pouvons supposer que cet élément serait le témoin du processus de professionnalisation. Il y aurait ainsi un consensus plus important sur la représentation de la profession de sage-femme au fur et à mesure de l'augmentation de l'expertise.

#### Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme

Les mots ou expressions cités le plus souvent ont été relevés dans les bases de données. Lorsque plusieurs items étaient cités en nombre identique (par exemple 5 items cités 8 fois) et que leurs classements allaient au-delà de dix (entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> place), nous avons arbitrairement choisi de ne pas les intégrer : ainsi certains tableaux ne regroupent que 7, 8, 9 items au lieu des 10 initialement annoncés. Il en sera de même pour les items concernant la profession de médecin et l'accompagnement. Les lignes grisées soulignent les items communs à toutes les années parmi les 10 items les plus cités.

Pour chacun des tableaux qui vont suivre, nous soulignerons en rouge les items testés comme étant des éléments centraux de la représentation et en vert les items qui ont participé au test de centralité mais qui ne sont pas centraux (cf. 5.12).

Pour les L2\_an 1 (n=84), mots (n=384)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accouchement</u>	31	8.07	36.90
<u>Accompagnement</u>	25	6.51	29.76
<u>Naissance</u>	16	4.16	19.04
<u>Médical</u>	15	3.90	17.85
Bébé	14	3.64	16.66
Femme	12	3.12	14.28
<u>Grossesse</u>	11	2.86	13.09

<u>Ecoute</u>	11	2.86	13.09
<u>Responsabilité</u>	10	2.60	11.90
<u>Plus beau métier</u>	9	2.34	10.71

**Tableau 19 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2**

Pour les L2\_an 2 (n=84), mots (n=384)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accompagnement</u>	28	7.29	33.33
<u>Accouchement</u>	25	6.51	29.76
<u>Médical</u>	18	4.68	21.42
<u>Naissance</u>	17	4.42	20.23
<u>Ecoute</u>	15	3.90	17.85
Bébé	13	3.38	15.47
<u>Responsabilité</u>	13	3.38	15.47
Suivi	9	2.34	10.71
Empathie	8	2.08	9.52

**Tableau 20 : Les 9 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 2**

Pour les L2\_an 3 (n=84), mots (n=381)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accompagnement</u>	31	8.13	36.90
<u>Accouchement</u>	26	6.82	30.95
<u>Responsabilité</u>	15	3.93	17.85
<u>Ecoute</u>	14	3.67	16.66
<u>Médical</u>	14	3.67	16.66
Femme	12	3.14	14.28
<u>Grossesse</u>	12	3.14	14.28
Suivi	10	2.62	11.90
Empathie	9	2.36	10.71
<u>Profession médicale</u>	8	2.09	9.52

**Tableau 21 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 3**

Pour les M2\_an 1 (n=108), mots (n=481)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accompagnement</u>	40	8.31	37.03
<u>Responsabilité</u>	29	6.02	26.85
<u>Accouchement</u>	28	5.82	25.92
<u>Naissance</u>	26	5.40	24.07

<u>Médical</u>	18	3.74	16.66
<u>Grossesse</u>	16	3.32	14.81
Femme	12	2.49	11.11
Empathie	12	2.49	11.11
Humain	10	2.07	9.25
Physiologie	10	2.07	9.25

**Tableau 22 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2**

Pour les M2\_an 2 (n=108), mots (n=478)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accompagnement</u>	41	8.57	37.96
<u>Responsabilité</u>	40	8.36	37.03
<u>Naissance</u>	23	4.81	21.29
<u>Médical</u>	19	3.97	17.59
<u>Accouchement</u>	17	3.55	15.74
Empathie	13	2.71	12.03
<u>Ecoute</u>	12	2.51	11.11
<u>Passion</u>	11	2.30	10.18
Humain	11	2.30	10.18
<u>Plus beau métier</u>	9	1.88	8.33

**Tableau 23 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 2**

Pour les M2\_an 3 (n=108), mots (n=466)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Accompagnement</u>	46	9.87	42.59
<u>Responsabilité</u>	39	8.36	36.11
Empathie	22	4.72	20.37
<u>Accouchement</u>	19	4.07	17.59
<u>Naissance</u>	16	3.43	14.81
<u>Médical</u>	16	3.43	14.81
<u>Ecoute</u>	13	2.78	12.03
<u>Plus beau métier</u>	13	2.78	12.03
Femme	12	2.57	11.11

**Tableau 24 : Les 9 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 3**

Des termes sont communs à toutes les années : *accompagnement*, *accouchement*, *responsabilité*, *médical*. Parmi eux, le terme *responsabilité* est présent dès la 1<sup>ère</sup> année en école parmi les termes les plus cités : les étudiants ont déjà conscience de l'enjeu professionnel. Il prend de plus en plus d'importance au cours des années de formation et est stable dès le passage

professionnel (36 à 37% des sujets). Au fur et à mesure du temps, nous constatons le passage d'une représentation sociale avec des termes tels que *bébé*, *grossesse* qui disparaissent complètement des 10 mots les plus fréquents au profit de termes tels qu'*empathie*, *suivi*, *profession médicale*, *physiologie* qui appartiennent à un registre plus professionnel. Certains apparaissent en fonction du programme des années d'études comme *physiologie* chez les M2 qui commencent l'apprentissage de la pathologie. Au contraire certains termes tels que le *plus beau métier* initialement présent dans la formation vont perdre en importance pour revenir dès le passage dans le monde professionnel : nous pouvons faire l'hypothèse que ces termes n'ont pas le même sens pour les professionnels que pour les étudiants de L2. *Plus beau métier* semble appartenir pour les L2 au domaine des représentations purement sociales de la profession de sage-femme alors que pour les professionnels il semble contrebalancer le poids des *responsabilités*.

### 5.12.2 L'association libre pour la profession de médecin

Au cours de cette étude, 2331 mots ont été cités lors de l'association libre pour la profession de médecin. 4,28 mots en moyenne ont été cités pour notre enquête précédente (Frégonèse, 2013 ; Frégonèse et Ratinaud, 2016a) par les étudiants. Nous constatons une diminution de ce chiffre du fait de la présence des deux années professionnelles. Le processus de professionnalisation semble avoir un effet sur la représentation de la profession de médecin.

Années de formation	Nombre de mots cités	Nombre moyen de mots cités
Population totale (n=576)	2331	4.0468
L2_an 1 (n=84)	343	4.0833
L2_an 2=L3 (n=84)	354	4.2142
L2_an 3=M1 (n=84)	355	4.2261
M2_an 1 (n=108)	439	4.0648
M2_an 2=Professionnel<1an (n=108)	418	3.8703
M2_an 3=Professionnel>1an (n=108)	422	3.90

**Tableau 25 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour la profession de médecin**

Le nombre moyen de mots cités pour la profession de médecin est inférieur au nombre de mots moyen cités pour la profession de sage-femme, quels que soient les temps observés. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'évoquer sa propre profession serait plus aisé qu'une autre profession, qu'il y aurait un consensus plus marqué autour de la profession de médecin. Cet élément pourrait aussi être un témoin du processus de professionnalisation, en termes d'implication et de proximité de la profession.

### Les 10 items les plus cités pour la profession de médecin

Pour les L2\_an 1 (n=84), mots (n=343)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Etude longue</u>	23	6.70	27.38
<u>Responsabilité</u>	20	5.83	23.80
Pathologie	13	3.79	15.47
<u>Maladie</u>	12	3.49	14.28
Connaissance	10	2.91	11.90
<u>Soin</u>	9	2.62	10.71
Spécialité	9	2.62	10.71
<u>Diagnostic</u>	8	2.33	9.52
Blouse blanche	7	2.04	8.33
Etude	7	2.04	8.33

**Tableau 26 : Les 10 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2**

Pour les L2\_an 2 (n=84), mots (n=354)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Pathologie	28	7.90	33.33
<u>Responsabilité</u>	22	6.21	26.19
<u>Etude longue</u>	18	5.08	21.42
<u>Maladie</u>	9	2.54	10.71
Etude	9	2.54	10.71
Savoir	8	2.25	9.52
Spécialité	8	2.25	9.52
Connaissance	7	1.97	8.33
<u>Médicament</u>	7	1.97	8.33

**Tableau 27 : Les 9 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 2**

Pour les L2\_an 3 (n=84), mots (n=355)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Pathologie	32	9.01	38.09
<u>Responsabilité</u>	25	7.04	29.76
<u>Etude longue</u>	15	4.22	17.85
<u>Maladie</u>	12	3.38	14.28
Etude	10	2.81	11.90
<u>Diagnostic</u>	9	2.53	10.71
Reconnaissance	8	2.25	9.52
<u>Médicament</u>	8	2.25	9.52
<u>Soin</u>	8	2.25	9.52

**Tableau 28 : Les 9 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 3**

Pour les M2\_an 1 (n=108), mots (n=439)

Les 8 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Pathologie	42	9.56	38.88
<u>Responsabilité</u>	33	7.51	30.55
<u>Maladie</u>	16	3.64	14.81
<u>Etude longue</u>	16	3.64	14.81
<u>Médical</u>	11	2.50	10.18
Reconnaissance	10	2.27	9.25
Argent	8	1.82	7.40
Connaissance	8	1.82	7.40

**Tableau 29 : Les 8 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2**

Pour les M2\_an 2 (n=108), mots cités (n=418)

Les 7 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Responsabilité</u>	45	10.76	41.66
Pathologie	28	6.69	25.92
<u>Etude longue</u>	16	3.82	14.81
<u>Médical</u>	10	2.39	9.25
Reconnaissance	10	2.39	9.25
Décision	10	2.39	9.25
Connaissance	8	1.91	7.40

**Tableau 30 : Les 7 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 2**

Pour les M2\_an 3 (n=108), mots cités (n=422)

Les 7 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
<u>Responsabilité</u>	47	11.13	43.51
Pathologie	37	8.76	34.25
<u>Etude longue</u>	13	3.08	12.03
<u>Médical</u>	10	2.36	9.25
Décision	10	2.36	9.25
<u>Maladie</u>	10	2.36	9.25
Reconnaissance	9	2.13	8.33

**Tableau 31 : Les 7 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 3**

3 items sont communs à toutes les années : *étude longue*, *pathologie* et *responsabilité*. *Pathologie* est en tête des items les plus cités chez les étudiants ce qui est bien en lien voire en opposition avec l'apprentissage professionnel de la profession de sage-femme dans le sens où la sage-femme est garante de la physiologie et passe la main au médecin dès qu'elle dépiste de la

pathologie. *Responsabilité* prend la première place chez les professionnels qui prennent sûrement conscience, avec l'exercice professionnel, des responsabilités attribuées à chaque acteur de la périnatalité, que ce soient les médecins ou les sages-femmes. Certains items comme *blouse blanche* n'apparaissent qu'en début de formation et témoignent d'une représentation plus sociale de la profession. La notion de *reconnaissance* apparaît parmi les items les plus cités dès la 3<sup>ème</sup> année en école et est peut-être le témoin en miroir de la perception de la profession de sage-femme et de son manque de reconnaissance historiquement soulevé ainsi que lors de nos précédentes enquêtes (Frégonèse, 2012 ; 2013). De même le terme *décision* n'est majoritairement présent que chez les professionnels : il semble être peut être le marqueur de la prise de conscience du travail en équipe pluridisciplinaire où le médecin a le dernier mot sur la prise en charge des patientes ou des nouveaux nés.

### 5.12.3 L'association libre pour l'accompagnement

Nous n'avons pas de point de comparaison pour cet objet professionnel avec des études antérieures. 2391 items ont été cités soit un chiffre intermédiaire entre ceux de la profession de sage-femme et la profession de médecin. Il en est de même pour le nombre moyen de mots cités.

Années de formation	Nombre de mots cités	Nombre moyen de mots cités
Population totale (n=576)	2391	4.1510
L2_an 1 (n=84)	358	4.2619
L2_an 2=L3 (n=84)	354	4.2142
L2_an 3=M1 (n=84)	359	4.2738
M2_an 1 (n=108)	450	4.1666
M2_an 2=Professionnel < 1an (n=108)	434	4.0185
M2_an 3=Professionnel > 1an (n=108)	436	4.0370

**Tableau 32 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour l'accompagnement**

Un test T de Student (Annexe VII) a été réalisé entre le nombre de mots cités lors de l'association libre pour la profession de la sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement. Il a permis de mettre en évidence que plus de mots sont significativement cités pour la profession de sage-femme que pour les deux autres objets étudiés quelle que soit l'année considérée.

Pour les L2\_an 1 (n=84), mots cités (n=358)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Ecoute	38	10.61	45.23
Aide	21	5.86	25
Soutien	20	5.58	23.80
Suivi	17	4.74	20.23
Conseil	16	4.46	19.04
Confiance	12	3.35	14.28
Empathie	11	3.07	13.09
Présence	10	2.79	11.90
Aider	8	2.23	9.52

**Tableau 33 : Les 9 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2**

Pour les L2\_an 2 (n=84), mots cités (n=354)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Ecoute	33	9.32	39.28
Aide	30	8.47	35.71
Soutien	21	5.93	25
Suivi	21	5.93	25
Relationnel	13	3.67	15.47
Empathie	13	3.67	15.47
Présence	11	3.10	13.09
Conseil	11	3.10	13.09
Sage-femme	11	3.10	13.09
Confiance	9	2.54	10.71

**Tableau 34 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 2**

Pour les L2\_an 3 (n=84), mots cités (n=359)

Les 7 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Ecoute	35	9.74	41.66
Soutien	31	8.63	36.90
Aide	24	6.68	28.57
Empathie	22	6.12	26.19
Suivi	15	4.17	17.85
Confiance	11	3.06	13.09
Respect	10	2.78	11.90

**Tableau 35 : Les 7 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2\_an 3**

Pour les M2\_an 1 (n=108), mots cités (n=450)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Soutien	39	8.66	36.11
Ecoute	38	8.44	35.18
Aide	26	5.77	24.07
Empathie	21	4.66	19.44
Présence	13	2.88	12.03
Suivi	13	2.88	12.03
Confiance	12	3.34	11.11
Globalité	10	2.78	9.25
Relationnel	9	2	8.33
Conseil	9	2	8.33

**Tableau 36 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2**

Pour les M2\_an 2 (n=108), mots cités (n=434)

Les 9 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Ecoute	40	9.21	37.03
Empathie	33	7.60	30.55
Soutien	28	6.45	25.92
Présence	20	4.60	18.51
Aide	18	4.14	16.66
Sage-femme	12	2.76	11.11
Confiance	11	2.53	10.18
Conseil	10	2.30	9.25
Relationnel	9	2.07	8.33

**Tableau 37 : Les 9 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 2**

Pour les M2\_an 3 (n=108), mots cités (n=436)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Ecoute	41	9.40	37.96
Empathie	41	9.40	37.96
Soutien	23	5.27	21.29
Aide	17	3.89	15.74
Globalité	14	3.21	12.96
Relationnel	13	2.98	12.03
Disponibilité	13	2.98	12.03
Confiance	13	2.98	12.03
Présence	11	2.52	10.18
Sage-femme	10	2.29	9.25

**Tableau 38 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2\_an 3**

Cinq items sont communs à toutes les années : *écoute, empathie, soutien, aide* et confiance. Le terme de *conseil* disparaît des 10 items les plus cités avec l'exercice professionnel. Comme Bernard & Eymard (2012) l'ont montré, le praticien écoute plus qu'il ne conseille. La disparition du terme *conseil* des plus cités est sûrement en lien avec le processus de professionnalisation. *Ecoute* est quasi en tête pour les étudiants et les professionnels. *Ecoute* rejoint aussi la qualité requise pour exercer la profession de sage-femme : il existe apparemment un lien entre la profession de sage-femme et l'accompagnement au travers de l'*écoute*. Il en est de même pour *empathie* qui est cité par 15% des sujets en début de formation pour évoluer jusqu'à 38% des sujets, phénomène que nous avons observé avec les attitudes appropriées à l'exercice de la profession de sage-femme.

#### 5.12.4 Liens (neutre, positif ou négatif) associés aux items cités pour chaque objet

Au moment de la question d'association libre, nous avons demandé aux sujets d'évaluer le rapport aux trois objets étudiés en termes de rapport positif, négatif ou neutre. Voici les tableaux présentant les résultats obtenus, la valeur des pourcentages étant arrondie à l'unité.

##### Lien avec la profession de sage-femme

	L2_an 1 (384 items)	L2_an 2 (384 items)	L2_an 3 (381 items)	M2_an 1 (481 items)	M2_an 2 (478 items)	M2_an 3 (466 items)
Lien neutre	30 ; 8%	24 ; 6%	29 ; 8%	43 ; 9%	50 ; 10%	36 ; 8%
Lien positif	321 ; 84%	335 ; 87%	315 ; 83%	389 ; 81%	373 ; 78%	390 ; 84%
Lien négatif	30 ; 8%	25 ; 7%	38 ; 1%	47 ; 10%	53 ; 11%	38 ; 8%

**Tableau 39 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de sage-femme (nombre ; pourcentages)**

Les trois quart des items cités sont associés positivement à la profession de sage-femme.

##### Lien avec la profession de médecin

	L2_an 1 (343 items)	L2_an 2 (354 items)	L2_an 3 (355 items)	M2_an 1 (439 items)	M2_an 2 (418 items)	M2_an 3 (422 items)
Lien neutre	76 ; 22%	66 ; 19%	76 ; 21%	74 ; 17%	75 ; 18%	73 ; 17%
Lien positif	176 ; 51%	191 ; 54%	192 ; 54%	241 ; 55%	228 ; 55%	243 ; 58%
Lien négatif	87 ; 25%	93 ; 26%	86 ; 24%	124 ; 28%	112 ; 27%	105 ; 25%

**Tableau 40 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de médecin (nombre ; pourcentages)**

Seulement, la moitié des items sont associés positivement à la profession de médecin.

### Lien avec l'accompagnement

	L2_an 1 (358 items)	L2_an 2 (354 items)	L2_an 3 (359 items)	M2_an 1 (450 items)	M2_an 2 (434 items)	M2_an 3 (436 items)
<b>Lien neutre</b>	28 ; 8%	24 ; 7%	31 ; 9%	24 ; 5%	22 ; 5%	29 ; 7%
<b>Lien positif</b>	312 ; 87%	313 ; 88%	321 ; 89%	413 ; 92%	394 ; 91%	386 ; 89%
<b>Lien négatif</b>	24 ; 7%	17 ; 5%	7 ; 2%	11 ; 2%	13 ; 3%	12 ; 3%

**Tableau 41 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de médecin  
(nombre ; pourcentages)**

Pour l'accompagnement, les items neutres et négatifs représentent uniquement 10% des items cités.

Que ce soit pour l'association libre de la profession de sage-femme ou celle d'accompagnement, 78% à 91% des items sont associés de façon positive à l'objet professionnel. Pour l'association libre des médecins, un quart des items sont associés négativement à la profession et 20% sont indifféremment liés. Dans la construction du questionnaire, la question d'association libre de la profession de sage-femme précède celle de la profession de médecin : le lien plutôt négatif associé à certains items pourrait être lié à une réaction d'opposition entre les deux types de représentations. Une confirmation de ce phénomène serait peut-être le fait que, au cours de l'association libre d'accompagnement qui a eu lieu après celle de la profession de médecin, nous retrouvons de nouveau des items majoritairement associés positivement.

#### 5.12.5 Temps de réponse moyen aux questions d'association libre

Moyenne en secondes	L2_an 1	L2_an 2	L2_an 3	M2_an 1	M2_an 2	M2_an 3
Sage-femme	82.38	93.85	68.89	85.13	89.36	89.34
Médecin	129.54	102.64	93.32	110.48	127.81	113.11
Accompagnement	103.59	76.91	74.89	90.40	90.98	71.80

Un test de T de Student a été réalisé (Annexe VII) entre les moyennes de temps mis à la réponse d'association libre de la profession de sage-femme, de médecin et d'accompagnement. Ce temps est significativement plus long pour la profession de médecin par rapport à la profession de sage-femme au temps L2\_an 1, L2\_an 3, M2\_an 1, M2\_an 2 et par rapport à l'accompagnement au temps L2\_an 2 et M2\_an 3.

**Tableau 42 : Temps moyen de réponse en secondes au cours de l'étude longitudinale aux questions d'association libre concernant la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement**

Le temps mis pour répondre aux questions d'association libre diffère en fonction de l'objet professionnel. La moyenne varie toujours entre 10 à 50 secondes de plus pour le temps de réponse à la question d'association libre de la profession de médecin par rapport au temps de réponse à celle

de la profession de sage-femme avec une moyenne de mots cités également moins importante. Le contexte est inverse à celui de la question au TIC concernant ces deux représentations. Dambrun (2005) évoque un effet priming et un effet de groupe d'appartenance. La question d'association libre de la profession de sage-femme qui est un objet professionnel complètement dans le champ d'action des étudiants et des professionnels précède celle de la profession de médecin. La profession de sage-femme fait partie intégrante de leur groupe d'appartenance et ils répondent rapidement à cette question contrairement à la question sur la profession de médecin qui n'est pas leur groupe d'appartenance. Le temps de réponse à la question sur l'accompagnement plus rapide à nouveau que pour la profession de médecin montrerait alors que cet objet serait lui aussi dans le champ des sujets de cette étude. Une autre approche pourrait considérer, au vu de la proportion des liens négatifs associés aux items de la profession de médecin, que les sujets auraient tendance à choisir des items « politiquement ou socialement acceptables », perdant leur spontanéité et mettant ainsi plus de temps dans leurs réponses.

#### **5.12.6 Test de Mac Nemar**

Ce test nous permet de comparer des résultats entre des données appariées, ce qui est le cas du fait de notre étude longitudinale. Utiliser ce test va nous mettre de voir s'il existe une évolution des mots cités lors de l'association libre (profession de sage-femme, profession de médecin et accompagnement) au cours des trois temps de l'enquête par un même individu. Ainsi, nous pouvons comparer les temps 1, 2 et 3 de l'enquête pour les L2 et les M2.

##### **5.12.6.1 Synthèse pour la profession de sage-femme**

Nous pouvons noter une évolution pour l'item *grossesse*. Cependant, ce que révèle cette synthèse, c'est la présence ou l'absence de certains items, leur apparition ou au contraire leur disparition. Il est intéressant de noter l'évolution du terme *chômage* qui participe du processus de professionnalisation. De même, la notion d'*équipe* disparaît dès les M2 et pour les trois temps de l'enquête : ce phénomène pourrait être un effet du processus de professionnalisation et un témoin de l'implicite professionnel (Bataille, 2000). En effet, les sujets n'expriment plus les mots ou les items qui sont évidents ou complètement intégrés dans leurs pratiques.

Comme nous l'avons vu précédemment, certains items appartenant plutôt à une représentation sociale de la profession de sage-femme sont encore présents chez les professionnels de plus de un an : par exemple, *plus beau métier*. Cette constatation va dans le sens de l'interprétation de Bataille (2002) sur la polysémie des éléments de représentation.

Items	L2_an 1 / L2_an 2		L2_an 1 / L2_an 3		M2_an 1 / M2_an 2		M2_an 1 / M2_an 3	
Accompagnement	NS		NS		NS		NS	
Accouchement	NS		NS		NS		NS	
Autonomie	NS		Absent		NS		NS	
Bébé	NS		NS		NS		NS	
Chômage	Absent	Absent	Absent		Absent		Absent	
Compétence	NS		NS		NS		NS	
Ecoute	NS		NS		NS		NS	
Empathie	NS		NS		NS		NS	
Equipe	NS		NS		Absent	Absent	Absent	Absent
Femme enceinte	NS		NS		NS		NS	
Grossesse	0.02 <sup>3</sup>		NS		0.04 <sup>3</sup>		NS	
Gynécologie	NS		NS		NS		NS	
Naissance	NS		NS		NS		NS	
Non reconnaissance	NS		NS		NS		NS	
Obstétrique		Absent	NS		NS		NS	
Passion	NS		NS		NS		NS	
Plus beau métier	NS		NS		Absent		Absent	
Profession médicale	NS		NS		NS		NS	
Relationnel	NS		NS		NS		NS	
Responsabilité	NS		NS		NS		NS	
Vocation	NS		NS		NS		NS	

**Tableau 43 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour la profession de sage-femme (Annexe VIII)**

#### 5.12.6.2 Synthèse pour la profession de médecin

Il y a une différence significative entre la présence de l'item *responsabilité* entre le temps 1 en M2 et le temps 3 professionnel de plus de un an. Il semblerait que cette prise de conscience soit en lien avec l'évolution professionnelle du sujet et donc en lien avec le processus de professionnalisation.

Items	L2_an 1 / L2_an 2		L2_an 1 / L2_an 3		M2_an 1 / M2_an 2		M2_an 1 / M2_an 3	
Accompagnement	Absent		Absent			Absent	NS	
Bien payé	NS		NS		Absent		Absent	
Compétence	Absent		Absent		NS		NS	
Contrainte	Absent		Absent	Absent		Absent	NS	
Diagnostic	NS		NS		NS		NS	
Etude longue	NS		NS		NS		NS	
Indisponibilité	Absent		Absent		NS		NS	
Malade	NS		NS		NS		Absent	
Maladie	NS		NS		0.01 <sup>3</sup>		NS	
Médicament	NS		NS		NS		NS	
Profession médicale	NS		NS		NS		NS	
Responsabilité	NS		NS		NS		0.039	
Soin	NS		NS		NS		NS	

**Tableau 44 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour la profession de médecin (Annexe VIII)**

<sup>3</sup> Ces Chi<sup>2</sup> ne respectent pas la règle de l'effectif théorique minimal

### 5.12.6.3 Synthèse pour l'accompagnement

*Empathie* et *soutien* sont significativement plus présents chez les professionnels de plus de un an que chez les M2. Nous avons déjà observé la prépondérance chez ces professionnels de l'*empathie* comme qualité professionnelle indispensable à l'exercice de la profession de sage-femme. Le processus de professionnalisation pourrait jouer un rôle dans cette évolution de l'*écoute* vers l'*empathie*. 0.01<sup>3</sup>

Items	L2_an 1 / L2_an 2		L2_an 1 / L2_an 3		M2_an 1 / M2_an 2	M2_an 1 / M2_an 3
Aide	NS		NS		NS	NS
Compétence	Absent	Absent	Absent	Absent	NS	NS
Confiance	NS		NS		NS	NS
Conseil	NS		0.04 <sup>3</sup>		NS	NS
Ecoute	NS		NS		NS	NS
Empathie	NS		0.01 <sup>3</sup>		NS	0.002
Investissement	NS		NS		NS	NS
Parentalité		Absent	NS		NS	NS
Respect	NS		NS		NS	NS
Soutien	NS		NS		NS	0.01
Suivi	NS		NS		NS	NS

**Tableau 45 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour l'accompagnement (Annexe VIII)**

### 5.12.7 Chi<sup>2</sup> entre les items cités pour la profession de sage-femme et le niveau (L2 – Professionnels de plus de un an)

Nous avons réalisé des Chi<sup>2</sup> entre les différentes années de formation pour les items cités en association libre. Nous n'avons retrouvé peu voire pas de différence significative. Ainsi, il n'y a pas de différence significative entre les années L2 et L3, entre les L3 et les M1 et ainsi de suite. Ces résultats attestent de la lenteur des changements intervenant dans la représentation de ces objets lors du processus de professionnalisation. De façon à la mettre en évidence, nous avons fait le choix de comparer les items entre les temps extrêmes de notre population c'est-à-dire entre les 1ères années en école (n=190 en temps 1 de notre étude) et les professionnels de plus de un an (n=108 en temps 3 de notre étude). Nous obtenons ainsi le tableau suivant :

Mots	p	L2 (n=190)	Prof > 1an (n=108)
Empathie	< 0.0001	-	+
Bébé	0.0014	+	-
Responsabilité	0.0024	-	+
Accouchement	0.0058	+	-
Accompagnement	0.0138	-	+

**Tableau 46 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de la profession de sage-femme et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI**

Nous retrouvons significativement plus chez les professionnels de plus de 1 an, les termes *empathie*, *responsabilité* et *accompagnement* alors que chez les L2, ce sont les termes *bébé* et *accouchement* qui sont significativement plus cités, termes plutôt associés à une représentation sociale. Nous avons observé cette évolution avec les 10 items les plus cités pour l'association libre de la profession de sage-femme.

Nous avons réalisé le même constat pour les deux autres objets étudiés.

#### 5.12.8 Chi<sup>2</sup> entre les items cités pour la profession de médecin et le niveau (L2 – Professionnel de plus de un an)

Mots	p	L2 (n=190)	Prof > 1 an (n=108)
Etude longue	0.0132	+	-
Pathologie	0.0132	-	+
Responsabilité	0.0418	-	+
Equipe	0.0460	-	+

**Tableau 47 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de la profession de médecin et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI**

*Etude longue* est significativement plus cité chez les L2 alors que *pathologie*, *responsabilité* et *équipe* le sont chez les professionnels de plus de un an. Il apparaît aussi une prégnance du terme *responsabilité* comme pour la profession de sage-femme chez les professionnels de plus de un an.

#### 5.12.9 Chi<sup>2</sup> entre les items cités pour l'accompagnement et le niveau L2 – Professionnel de plus de un an

Mots	p	L2 (n=190)	Prof > 1 an (n=108)
Empathie	< 0.0001	-	+
Disponibilité	0.0025	-	+
Echange	0.0183	-	+
Conseil	0.0131	+	-
Psychologie	0.0418	+	-
Suivi	0.0114	+	-
Couple	0.0247	-	+

**Tableau 48 : Chi<sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de l'accompagnement et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI**

*Conseil*, *psychologie* et *suivi* sont exprimés de façon prépondérante chez les L2. Cela corrobore l'étude de Bernard & Eymard (2012) où le conseil disparaît au profit de l'écoute. *Empathie*, *disponibilité*, *échange* et *couple* sont plus spécifiques des professionnels de plus de un an. La

présence majoritaire d'*empathie* chez les professionnels de plus de un an rejoint celle pour la profession de sage-femme.

L'analyse des graphiques de similitude va nous permettre d'observer les liens qui unissent les items entre eux et de voir leur évolution au cours du temps.

### 5.13 Analyse de similitude sur les associations libres

Voici les différentes analyses de similitude réalisées en fonction de l'objet étudié et du niveau des sujets (en prenant en compte uniquement les L2 et les M2 sur les trois temps de l'enquête). Sur chaque arbre maximum concernant la profession de sage-femme et la profession de médecin figurent les éléments testés comme centraux repérables en rouge et les éléments qui n'ont pas franchi le seuil de centralité en vert, mesurés grâce aux TIC. Ces arbres maximums ont été réalisés en pourcentages de cooccurrence (avec les items ayant au moins une fréquence de 3).

#### 5.13.1 Analyse de similitude de la profession de sage-femme et évolution de L2 à professionnel de plus de 1 an

Au cours des 3 premières années en école, l'item *accouchement* et l'item *accompagnement* ont un lien très fort. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, ces deux items sont mesurés comme des éléments ne franchissant pas le seuil de centralité. A partir des M2, ils ne sont peu ou plus en lien direct et d'autres items s'intercalent comme *naissance* et *grossesse*. Pour les deux années professionnelles, *accompagnement* est lié fortement avec *responsabilité* soit un élément périphérique associé à un élément central, puis vient le terme d'*accouchement* secondairement. Si nous observons les variations entre L2 et professionnel depuis plus de 1 an, nous constatons que :

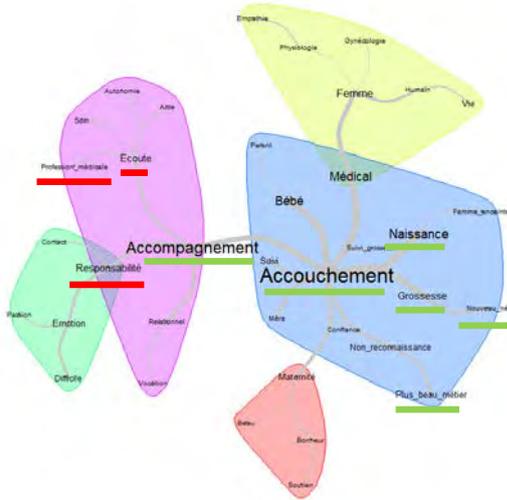
- pour les L2, autour d'*accouchement* gravitent des termes liés à une représentation plus sociale de la profession de sage-femme (*bébé, suivi, mère, femme, maternité, bonheur*) et qu'autour d'*accompagnement* se situent déjà le domaine de la *responsabilité (médical, autonomie)* et du *relationnel (écoute, émotion, passion)*. La perception des difficultés de la profession de sage-femme transparaît avec la notion de *non-reconnaissance* contrebalancée par le *plus beau métier*.

- pour les professionnels de plus de 1 an, autour du terme *accompagnement* évoluent des termes liés au cœur de métier (*naissance, suivi\_grossesse, travail\_équipe, physiologie*) et à la *compétence (profession médicale, autonomie)* alors que pour *responsabilité* se dessine les qualités professionnelles attendues (*écoute, empathie, disponibilité, partage, rigueur, professionnalisme, patience, humain*) ainsi que les missions professionnelles plus techniques (*accouchement, grossesse, femme\_enceinte, maternité, hôpital*). Ces qualités professionnelles attendues sont aussi des items

que nous retrouverons associés à l'objet accompagnement. Ceci atteste du poids que représente la notion d'accompagnement dans cette relation. Le terme *responsabilité* est contrebalancé par *plus beau métier* lui-même en lien avec *non\_reconnaissance* et *chômage*.

Ce constat signe, malgré une constance dans la structure de la représentation, une évolution au cours du processus de professionnalisation du positionnement des items les uns par rapport aux autres et donc une perception différente de la profession au cours de ce même processus. Par exemple, *plus beau métier* en lien direct avec *accouchement* en L2 le sera avec *responsabilité* pour le professionnel de plus de un an, ce qui témoigne d'un passage d'une représentation plus sociale à une représentation plus professionnelle (sous-graphes ci-après). En début de formation, certains items en lien avec les éléments forts ne le sont plus du tout au cours du passage dans la vie active. Ainsi, ces différentes analyses permettent de se rendre compte, qu'en fonction des items associés, les termes principaux peuvent revêtir un sens différent (comme décrit plus haut).

**Analyse de similitude L2 an 1 sage-femme**



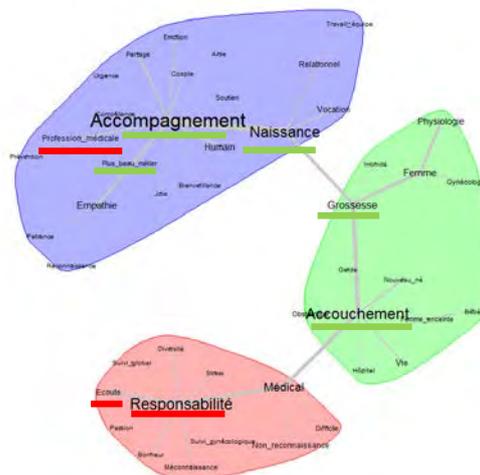
**Analyse de similitude L2 an 2 sage-femme**



**Analyse de similitude L2 an 3 sage-femme**



**Analyse de similitude M2 an 1 sage-femme**



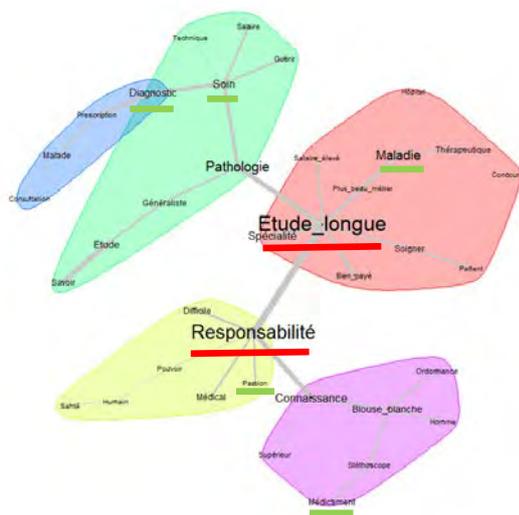


aspects positifs plutôt cœur de métier (*connaissance, médical*) mais aussi les aspects plus négatifs sur le comportement en équipe (*difficile, pouvoir, supérieur*)

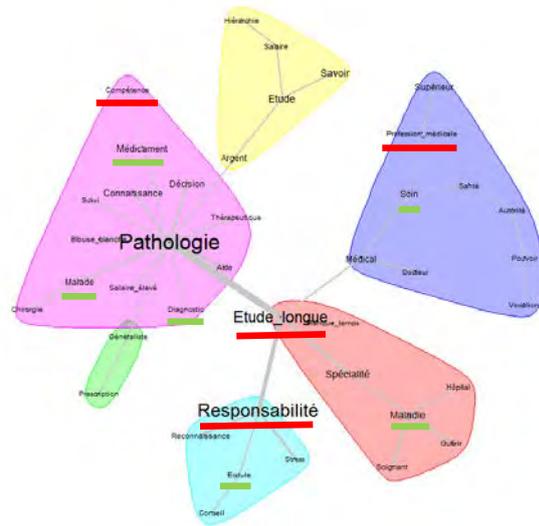
- pour les professionnels de plus de un an, autour du terme *responsabilité* apparaissent les items en lien avec les contraintes professionnelles (*beaucoup\_heure, difficile*) mais aussi le cœur de métier (*soin, décision, connaissance, maladie*) et autour de l'item *pathologie* se trouvent les *compétences* proprement dites (*guérir, prescription, médicament, thérapeutique*) mais aussi les attitudes professionnelles plutôt péjoratives (*supérieur, rapidité, argent*)

Au travers de cette analyse, nous voyons transparaître les liens négatifs associés aux items cités en association libre. Comme pour la profession de sage-femme, la façon dont les items sont associés aux éléments principaux peut en donner une lecture bien différente en fonction des années.

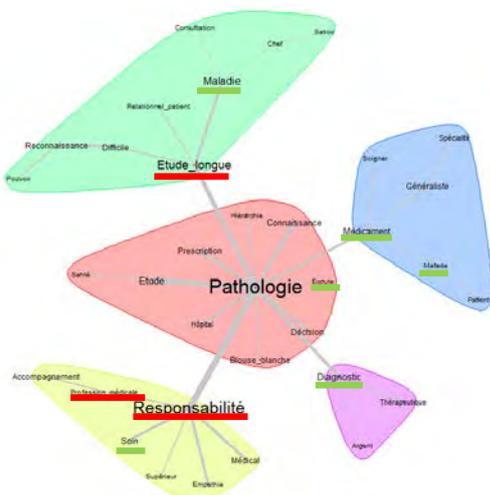
Analyse de similitude L2 an 1 médecin



Analyse de similitude L2 an 2 médecin



Analyse de similitude L2 an 3 médecin



Analyse de similitude M2 an 1 médecin







### 5.14 Analyse prototypique sur les résultats de l'association libre

Nous avons décidé de regrouper sous forme de trois tableaux les analyses prototypiques des trois objets professionnels étudiés : profession de sage-femme, profession de médecin et accompagnement. Pour les deux analyses concernant les professions de sage-femme et de médecin, nous avons repéré les items en rouge dont nous savons qu'ils sont testés comme des éléments centraux de chacune des représentations et les items en vert qui ne franchissent pas le seuil de centralité. Nous avons fait le choix de ne pas présenter les items cités en 2<sup>ème</sup> périphérie car ils sont souvent de moindre importance.

#### 5.14.1 Analyse prototypique de la profession de sage-femme

Sage-femme	Zone du noyau	1 <sup>ère</sup> périphérie	Éléments contrastés
L2_an 1	Accouchement Accompagnement Naissance Médical Grossesse Ecoute Responsabilité Plus beau métier Vie Emotion Suivi Non reconnaissance	Bébé Femme Maternité Difficile	Mère Profession médicale Humain Soutien Passion Autonomie Empathie Contact Aide Femme enceinte Douceur Préparation naissance Attention Suivi femme Santé Profession Contact humain Obstétrique
L2_an 2	Accompagnement Accouchement Naissance Ecoute Responsabilité Femme Vocation Femme enceinte	Médical Bébé Suivi Empathie Non reconnaissance Profession médicale	Suivi grossesse Relationnel Physiologie Passion Plus beau métier Prévention Périnatalité Attention Confiance Reconnaissance
L2_an 3	Accompagnement Accouchement Ecoute Naissance Femme Grossesse Suivi	Responsabilité Médical Gynécologie Méconnaissance Plus beau métier Bébé Non reconnaissance	Relationnel Prévention Suivi grossesse Disponibilité Profession Compétence Vie

	Empathie <b>Profession médicale</b> Physiologie Vocation		Suivi femme Femme enceinte Beau Obstétrique <b>Passion</b> Partage Compassion Investissement
<b>M2_an 1</b>	<b>Accompagnement</b> <b>Responsabilité</b> <b>Accouchement</b> <b>Naissance</b> Médical Femme Humain Vie Vocation <b>Profession médicale</b> Relationnel <b>Ecoute</b>	<b>Grossesse</b> Empathie Physiologie Non reconnaissance	Femme enceinte Bonheur Garde Patience <b>Travail équipe</b> Prévention Suivi global Lien Globalité Suivi grossesse Douceur Autonomie Proximité Dévouement
<b>M2_an 2</b>	<b>Accompagnement</b> <b>Responsabilité</b> <b>Naissance</b> Médical <b>Accouchement</b> Empathie <b>Ecoute</b> <b>Passion</b> <b>Plus beau métier</b> Femme Maternité <b>Profession médicale</b> Vie Vocation	Humain Non reconnaissance Rigueur Autonomie	<b>Grossesse</b> Emotion Femme enceinte Soutien Compétence Physiologie Difficulté emploi Métier sous payé Aide Beau Contraception <b>Contrainte</b> Obstétrique
<b>M2_an 3</b>	<b>Accompagnement</b> <b>Responsabilité</b> <b>Accouchement</b> Médical Maternité <b>Grossesse</b> Humain Vocation <b>Profession médicale</b> Soutien	Empathie <b>Naissance</b> <b>Ecoute</b> <b>Plus beau métier</b> Femme Relationnel Non reconnaissance	Physiologie Compétence <b>Passion</b> Vie Rigueur <b>Disponibilité</b> Suivi grossesse Femme enceinte Méconnaissance Chômage Parentalité Communication Emotion Métier sous payé <b>Contrainte</b>

			Aide Conseil Résistance
--	--	--	-------------------------------

**Tableau 49 : Analyse prototypique de la profession de sage-femme (Annexe IX)**

A la première approche de ce tableau, nous remarquons que les éléments situés dans la zone du noyau central ne sont pas pour autant tous des éléments centraux : par exemple, *accouchement* et *accompagnement* sont des éléments périphériques et pourtant ils sont systématiquement dans la zone du noyau central. Il y a donc bien une différence notable entre les items se situant dans la zone du noyau central et ceux identifiés en tant qu'éléments centraux (après un test secondaire comme celui de mise en cause ou celui d'indépendance au contexte). Il serait intéressant de tester d'autres items pour connaître leur statut au sein de la représentation de la profession de sage-femme et ainsi compléter notre liste de départ.

Des items comme *profession médicale* ou *passion* peuvent se situer dans la case des éléments contrastés, qui, comme nous l'avons déjà vu précédemment, peuvent témoigner d'une représentation d'un sous-groupe de notre population. Ainsi, la présence de ces items en est justifiée.

En L2, nous retrouvons des éléments très proches d'une représentation sociale dans la 1<sup>ère</sup> périphérie avec des items comme *bébé*, *femme* et *maternité*. Les prémisses des attributs de la profession apparaissent dans les éléments contrastés (*empathie*, *douceur*, *humain*) ainsi que le champ d'action professionnel (*obstétrique*, *femme enceinte*, *suivi femme*, *préparation à la naissance*).

En L3, nous pouvons noter une prise de conscience entre *reconnaissance* et *non reconnaissance* de la profession qui perdure au fil des années. Elle pourrait être due au fait que les étudiants ont, contrairement à l'année précédente, eu un parcours de stages au sein des services qui leur a révélé certains aspects de la profession de sage-femme. Le terme de *physiologie* fait son apparition en lien direct avec les enseignements « cœur de métier » du premier cycle qui ne développent que les situations eutociques autour de la périnatalité. A partir de cette année de formation et jusqu'aux professionnels de plus de un an, l'item *vocation* est présent dans la zone du noyau central (item qu'il serait intéressant de tester) : il vient conforter les éléments historiques concernant la nécessaire *vocation* pour exercer cette profession mais aussi les items lourds de sens comme *responsabilité* et *profession médicale*.

En M1, seul le terme de *non reconnaissance* persiste renforcé par celui de *méconnaissance*. Les attributs de la profession se situent maintenant davantage dans la zone du noyau. Des termes spécifiques de la profession font leur apparition comme par exemple *gynécologie*. La notion de *vocation* est amplifiée par celle d'*investissement*.

En M2, apparaît la notion d'équipe : c'est au cours de cette année préprofessionnelle que s'opère une prise de conscience des enjeux du *travail en équipe* et notamment avec l'ensemble du corps médical en même temps qu'apparaît la notion d'*autonomie* (présente uniquement en L2). Des items d'ordre organisationnel se révèlent comme *garde* et de prise en charge avec une vision d'ensemble : *globalité, suivi global*. Les items cités sont en faveur d'un processus de professionnalisation.

En tant que professionnels de moins de un an, l'item *non reconnaissance* est accentué par l'apparition des difficultés professionnelles sous-jacentes comme *difficulté d'emploi* et *métier sous-payé*. A partir de ce temps professionnel, le terme de *contrainte* est posé.

Ce constat est renforcé chez les professionnels de plus de un an avec le terme *méconnaissance, chômage* et *résistance*. Il rejoint notre état des lieux réalisé sur la profession de sage-femme et ses difficultés d'employabilité actuelles.

#### 5.14.2 Analyse prototypique de la profession de médecin

Médecin	Zone du noyau	1 <sup>ère</sup> périphérie	Éléments contrastés
L2_an 1	Responsabilité Pathologie Maladie Connaissance Diagnostic Blouse blanche Etude Savoir Médical Soigner	Etude longue Soin Spécialité Difficile Malade Médicament Généraliste Thérapeutique	Stéthoscope Supérieur Guérir Consultation Plus beau métier Santé Patient Enrichissant Auscultation Décision Complication Suivi Fierté
L2_an 2	Pathologie Responsabilité Etude longue Maladie Etude Savoir Connaissance	Spécialité Médicament Supérieur Argent Reconnaissance Décision Salaire	Diagnostic Profession médicale Pouvoir Vocation Docteur Thérapeutique Soignant

	Soin Médical Malade	Hôpital Aide Blouse blanche	Compétence Santé Prendre soin Soigner
L2_an 3	Pathologie Responsabilité Maladie Diagnostic Connaissance Soin Médical Reconnaissance	Etude longue Etude Médicament Blouse blanche Généraliste Difficile Décision Prescription Accompagnement	Profession médicale Malade Soigner Savoir Argent Chef Manque communication Travail équipe Collaboration Salaire Technique Annonce Bien payé Soutien Homme
M2_an 1	Pathologie Responsabilité Maladie Médical Reconnaissance Difficile Décision Prescription Etude	Etude longue Argent Connaissance Technique Savoir Autorité Collaboration	Rapidité Surcharge travail Urgence Généraliste Compétence Soignant Santé Malade Soigner Déontologie Réfèrent Autonomie Statut Vocation Aide Distance patient Tout puissant Travail
M2_an 2	Responsabilité Pathologie Médical Reconnaissance Connaissance Difficile Profession médicale Soigner Supérieur Maladie Equipe Compétence Respect	Etude longue Décision Distance patient Technique Hiérarchie Spécialité Indisponibilité Collègue Blouse blanche	Généraliste Guérir Vocation Prescription Soin Réfèrent Santé Collaboration Rassurer Manque temps Diagnostic Soignant Autorité

	Savoir		Prestigieux
<b>M2_an 3</b>	Responsabilité	Maladie	Patient
	Pathologie	Argent	Diagnostic
	Etude longue	Guérir	Humain
	Médical	Rapidité	Manque temps
	Décision	Equipe	Autonomie
	Reconnaissance		Blouse blanche
	Soin		Technique
	Compétence		Spécialité
	Soigner		Chef
	Connaissance		Hiérarchie
	Relationnel patient		Prise en charge
			Savoir
			Généraliste
			Prestigieux
		Soignant	
		Médicalisation	
		Respect	
		Urgence	
		Contrainte	
		Inégalité	

**Tableau 50 : Analyse prototypique de la profession de médecin (Annexe IX)**

A partir de ce tableau, nous constatons qu'il existe une similitude sur le positionnement ou non des éléments centraux et/ou périphériques dans la zone du noyau central.

En L2, certains items sont proches d'une représentation sociale de la profession de médecin : *stéthoscope, généraliste, spécialité, blouse blanche...*

En L3, deux nouveaux domaines apparaissent : le premier sur le statut social de la profession de médecin avec les termes *salaire, argent* et le deuxième sur les champs de compétence avec l'item *décision, thérapeutique* qui sont des termes plus professionnels. Les rapports hiérarchiques apparaissent avec *supérieur* et *pouvoir*, comme pour la profession de sage-femme, dès la confrontation avec le terrain professionnel. A partir de cette année, l'item *reconnaissance* est constamment présent : il pourrait être évoqué en opposition avec la perception qu'ont les sujets de la profession de sage-femme (en effet, la question concernant l'association libre de la profession de sage-femme précède celle de la profession de médecin).

En M1, il serait intéressant de tester l'item *accompagnement* pour connaître son statut dans l'analyse structurale de cette représentation. Les rapports professionnels se renforcent avec *chef* et *manque de communication*. Les termes *technique* et *surcharge de travail* pourraient s'opposer à la

*distance avec le patient* ou à l'importance que revêt le relationnel tant revendiqué par la profession de sage-femme.

En M2, la notion de *déontologie* émerge : cette période correspond aussi à l'enseignement du droit et de la législation chez les étudiants sages-femmes. *Autorité* et *tout puissant* renforcent la perception des rapports professionnels ou médecin-patient. Le contexte de travail est perçu différemment lors de cette année préprofessionnelle sûrement due à une vision plus élargie du contexte : *rapidité*, *urgence* (nous pouvons imaginer que les étudiants font l'expérience des situations professionnelles où le professionnel contacte le médecin plutôt dans des situations d'urgence) et *surcharge de travail*. En effet, les étudiants témoignent, au travers de leurs discours, des modes d'organisation de la profession de sage-femme.

Pour les professionnels de moins de un an, la notion de *hiérarchie* est posée.

Pour les professionnels de plus de un an, c'est celle de la *médicalisation* qui se rajoute à *rapidité*, *manque de temps*. Le terme de *contrainte* est posé.

#### 5.14.3 Analyse prototypique de l'accompagnement

Accompagnement	Zone du noyau	1 <sup>ère</sup> périphérie	Éléments contrastés
<b>L2_an 1</b>	Ecoute Soutien Conseil Empathie Aider Psychologie	Aide Suivi Confiance Présence Soin Durée Rassurer	Patience L'attention Explication Social Information Globalité Suivi patient Investissement Emotion Absence jugement Proximité Connaissance Nécessaire
<b>L2_an 2</b>	Ecoute Soutien Présence Confiance Respect	Aide Suivi Relationnel Empathie Conseil Sage-femme	Personnalisé Information Multidisciplinaire Rassurer Prévention Dialogue Important Soin Accouchement Autonomie patient Entourer

<b>L2_an 3</b>	Ecoute Soutien Suivi Respect Psychologie Relationnel Présence Personnalisé	Aide Empathie Confiance Sage-femme Patience	Soin Information Lien Encadrement Etre avec Disponibilité Aider Essentiel
<b>M2_an 1</b>	Soutien Ecoute Empathie Présence Suivi Confiance Relationnel Conseil Psychologie Lien Echange	Aide Globalité Disponibilité Sage-femme Information	Prise en charge Humain Cheminement Rassurer Etre avec Respect Durée Autonomie patient Proximité Compréhension Personnalisé Social Douceur Privilège Collaboration Indispensable Bienveillance Don de soi Encouragement
<b>M2_an 2</b>	Ecoute Soutien Sage-femme Confiance Conseil Humain Respect Prise en charge	Empathie Présence Aide Relationnel Suivi Temps Globalité Psychologie Partage Douleur Patience	Disponibilité Personnalisé Adaptation Proximité Don de soi Soin Difficile Manque temps Femme Important Echange Patiente Devoir Action Compétence Souhait Suivi global Guider Apprentissage
<b>M2_an 3</b>	Ecoute Empathie Soutien Globalité Relationnel	Aide Présence Sage-femme Temps Partage	Etre avec Lien Entourer Adaptation Important

	Disponibilité Confiance Couple Suivi	Patience Echange	Personnalisé Nécessaire L'attention Indispensable Psychologie Primordial Aider Discuter
--	---	---------------------	--

**Tableau 51 : Analyse prototypique de l'accompagnement (Annexe IX)**

Pour l'ensemble de la population, les termes *écoute* et *empathie* sont présents et sont en lien avec les qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme.

En L2, les termes utilisés comme *conseil* pour évoquer la représentation d'accompagnement évoquent plus une représentation sociale (Bernard & Eymard, 2012) et vont s'estomper par la suite.

En L3, apparaît l'item *sage-femme*. Nous aurions pu croire que cet item reste de l'ordre de l'implicite professionnel mais il est bien évoqué même par les jeunes professionnels. Cet accompagnement devient *personnalisé* et *multidisciplinaire* : il est à noter que la notion d'*équipe* est évoquée plus tard dans les deux autres représentations. L'*accouchement* est associé à accompagnement, sûrement dû aux enseignements cœur de métier de cette année-là en obstétrique.

En M1, les notions de *disponibilité* et de *patience* s'ajoutent, ces éléments étant des attributs de la profession de sage-femme.

En M2, l'item *globalité* apparaît en même temps que pour la représentation de la profession de sage-femme. Cette année préprofessionnelle apporte une vision plus étendue de ce qu'est la profession dans la prise en charge des femmes, des couples et des nouveaux nés. La notion de *durée* entre en compte dans le processus d'accompagnement.

Pour les professionnels de moins de un an apparaissent les difficultés organisationnelles de l'accompagnement (en même temps que les difficultés professionnelles de la profession de sage-femme) avec les termes *difficile*, *manque de temps*. Mais pour autant, l'accompagnement doit rester un *devoir*.

Enfin, les professionnels de plus de un an qualifient l'accompagnement de *primordial*. Cela conforte le cheminement de reconnaissance professionnelle au travers de l'accompagnement que nous avons évoqué dans le chapitre sur la profession de sage-femme.

### **5.15 La classification hiérarchique descendante (CHD) sur les résultats de l'association libre**

Les analyses précédentes résument les résultats obtenus lors de l'association libre qui donnent des graphes pouvant amener à une lecture consensuelle des trois objets de représentations étudiés.

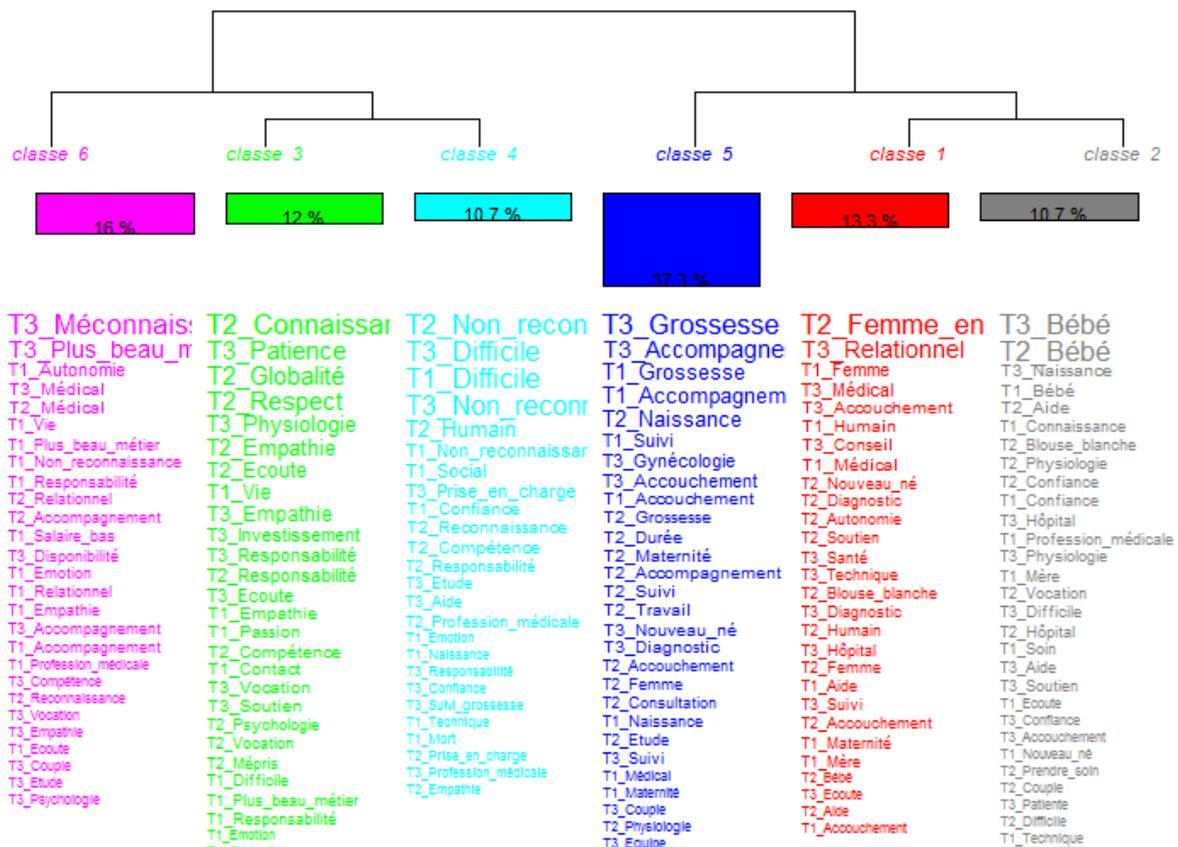
De façon à voir s'il existe de la variabilité ou des orientations sur chacun de ces objets, nous avons soumis les résultats des associations libres à des Classifications Hiérarchiques Descendantes (CHD). Pour toutes ces analyses, nous avons utilisé comme variables illustratives l'âge, le genre, le lieu de remplissage, l'école et le choix de concours.

Nous pouvons déjà écrire, que, en général sur toutes ces analyses, les variables illustratives sont peu liées à des profils. Autrement dit, les différentes classes de prises de position que ces analyses mettent à jour ne semblent pas être régulées par ces variables. Notons toutefois que les effectifs par école sont très faibles.

Les CHD ont été réalisées pour les trois objets et pour toutes les années : celles qui ne sont pas présentées dans le texte se trouvent en annexe X (CHD, présentation des profils, des plans de l'analyse factorielle des correspondances, des variables illustratives et des variables actives). Nous avons fait le choix d'observer les CHD avec les trois temps de l'enquête à partir de L2 et de M2 pour la profession de sage-femme.

#### **5.15.1 La CHD de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de L2**

Grâce à la question d'association libre concernant la profession de sage-femme aux trois temps de l'enquête à partir des sujets de L2, 75 sujets sur 84 ont été prises en compte (89.29%). 6 classes apparaissent après analyse par le logiciel réparties comme suit sur le dendrogramme, avec un minimum de 8 individus par classe.



**Schéma 9 : CHD de la profession de sage-femme avec les 3 temps de l'association libre à partir de L2**

Cette analyse montre bien qu'il existe des groupes de prises de position, des ensembles homogènes dans la population qui perdurent dans le temps. Par exemple, à l'intérieur de la classe 1, nous retrouvons le terme *accouchement* à T1, T2 et T3 ; il en est de même pour *bébé* dans la classe 2, *responsabilité* dans la classe 3, *non reconnaissance* dans la classe 4, *grossesse* dans la classe 5, *accompagnement* dans la classe 6. Il existe par ailleurs de la variabilité interclasse mais de la stabilité chronologique à l'intérieur des classes.

Le profil de chaque classe va être étudié en fonction des mots les plus significatifs ou degré de cooccurrence (en fonction de sa représentativité au sein de la classe, de son pourcentage de représentativité, du  $\chi^2$  et du seuil de significativité).

**Classe 1 :** il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent les attributs de sens commun de la profession de sage-femme. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les étudiants de 21 ans et provenant de l'école de Montpellier. Nous la nommerons la classe « **perception du grand public** ».

**Classe 2** : il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent les aspects relationnels de la profession de sage-femme. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les étudiants n'ayant pas opté pour sage-femme comme choix initial au concours et ayant rempli le questionnaire dans tout autre lieu que ceux proposés initialement. Nous la nommerons la classe « **relationnelle** ».

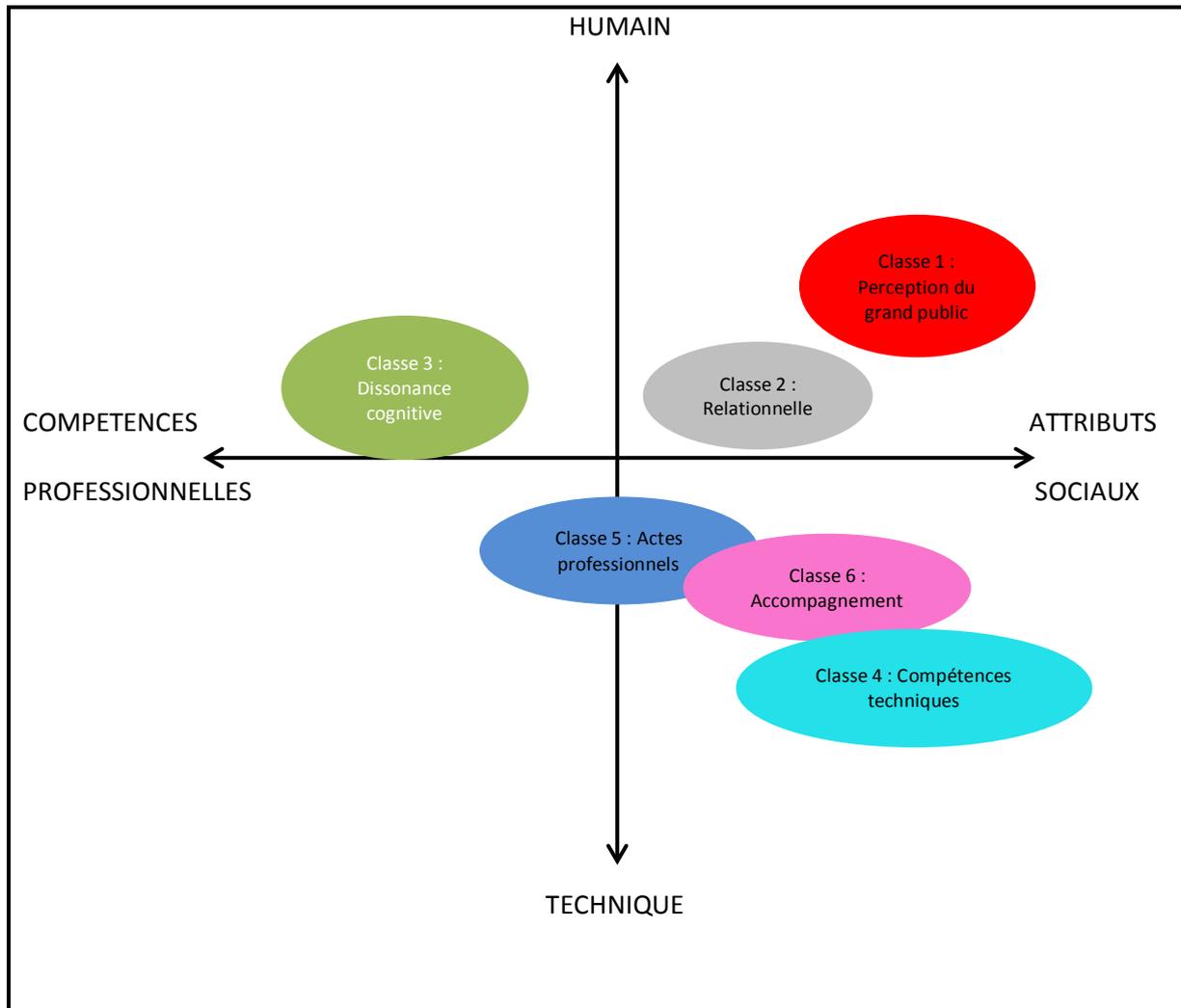
**Classe 3** : il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui mettent en avant les difficultés inhérentes à la profession avec les termes *difficile*, *stress* et *non-reconnaissance* compensés par des qualités professionnelles comme *empathie*, *passion*, *écoute*, *respect*, *vocation*, *passion*. Nous la nommerons la classe « **dissonance cognitive** ».

**Classe 4** : il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent les actes techniques inhérents à la profession de sage-femme. Nous la nommerons la classe « **compétences techniques** ».

**Classe 5** : il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui associent la profession de sage-femme à un acte comme par exemple *accouchement*, *naissance*, *suivi*. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les étudiants issus de l'école de Lyon et Bordeaux. Nous la nommerons la classe « **actes professionnels** ».

**Classe 6** : il y a significativement plus d'étudiants dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent *l'accompagnement* et le *suivi* comme des attributs de la profession de sage-femme. Nous la nommerons la classe « **accompagnement** ».

Nous allons observer comment se répartissent les différentes classes sur l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC).

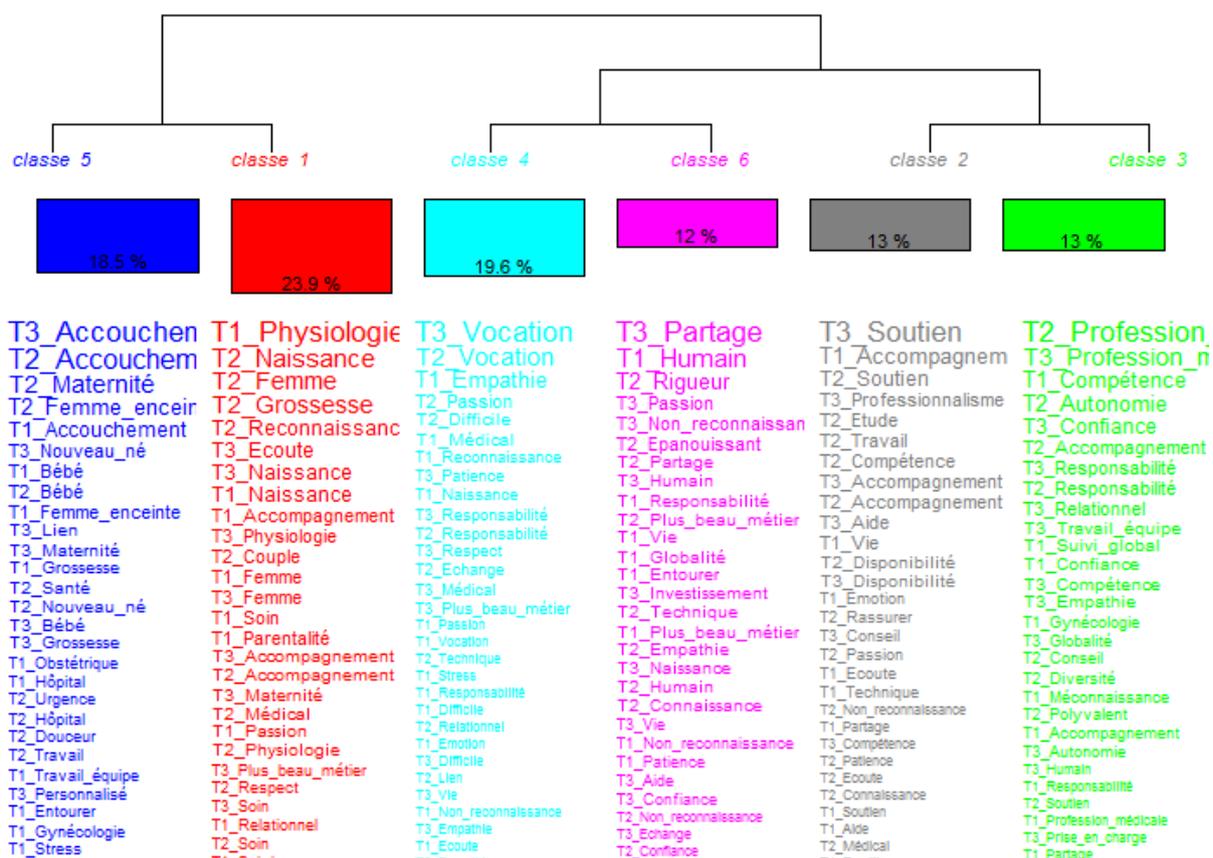


**Schéma 10 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de L2**

Les classes 1, 2 et 5 s'opposent aux classes 3, 4 et 6 sur le facteur 1. Deux grands facteurs apparaissent : un facteur qui oppose les attributs sociaux de la profession de sage-femme aux compétences professionnelles et un facteur qui oppose la technique à l'humain.

#### **5.15.2 La CHD de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de M2**

Grâce à la question d'association libre concernant la profession de sage-femme aux trois temps de l'enquête à partir des sujets de M2, 92 sujets sur 108 ont été prises en compte (85.19%). 6 classes apparaissent après analyse par le logiciel réparties comme suit sur le dendrogramme, avec un minimum de 11 individus par classe.



**Schéma 11 : CHD de la profession de sage-femme avec les 3 temps de l'association libre à partir de M2**

Nous pouvons faire le même constat que précédemment. A l'intérieur de la classe 1, nous retrouvons par exemple le terme *naissance* à T1, T2 et T3 ; *accouchement* pour la classe 5 ; il en est de même pour *naissance* pour la classe 1, *vocation* pour la classe 4, *humain* pour la classe 6, *accompagnement* pour la classe 2, *responsabilité* pour la classe 3. Certains sous-groupes correspondent à ce que nous avons pu observer aux trois temps chez les L2 (exemple classe 1 et classe 5).

Il existe une certaine continuité dans l'orientation des réponses avec la présence de sous-groupes d'opinion à l'intérieur même de la population étudiée.

Le profil de chaque classe va être étudié en fonction des mots les plus significatifs ou degré de cooccurrence (en fonction de sa représentativité au sein de la classe, de son pourcentage de représentativité, du Chi<sup>2</sup> et du seuil de significativité).

**Classe 1** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui évoquent la *responsabilité*, la *méconnaissance* ainsi que l'aspect *difficile* de la profession de sage-femme. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets issus de l'école de Limoges. Nous la nommerons la classe « **difficile responsabilité** ».

**Classe 2** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui associent la *physiologie* et l'*accompagnement* à la profession de sage-femme. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets âgés de 22 ans qui ont rempli le questionnaire de leur école. Nous la nommerons la classe « **accompagnement** ».

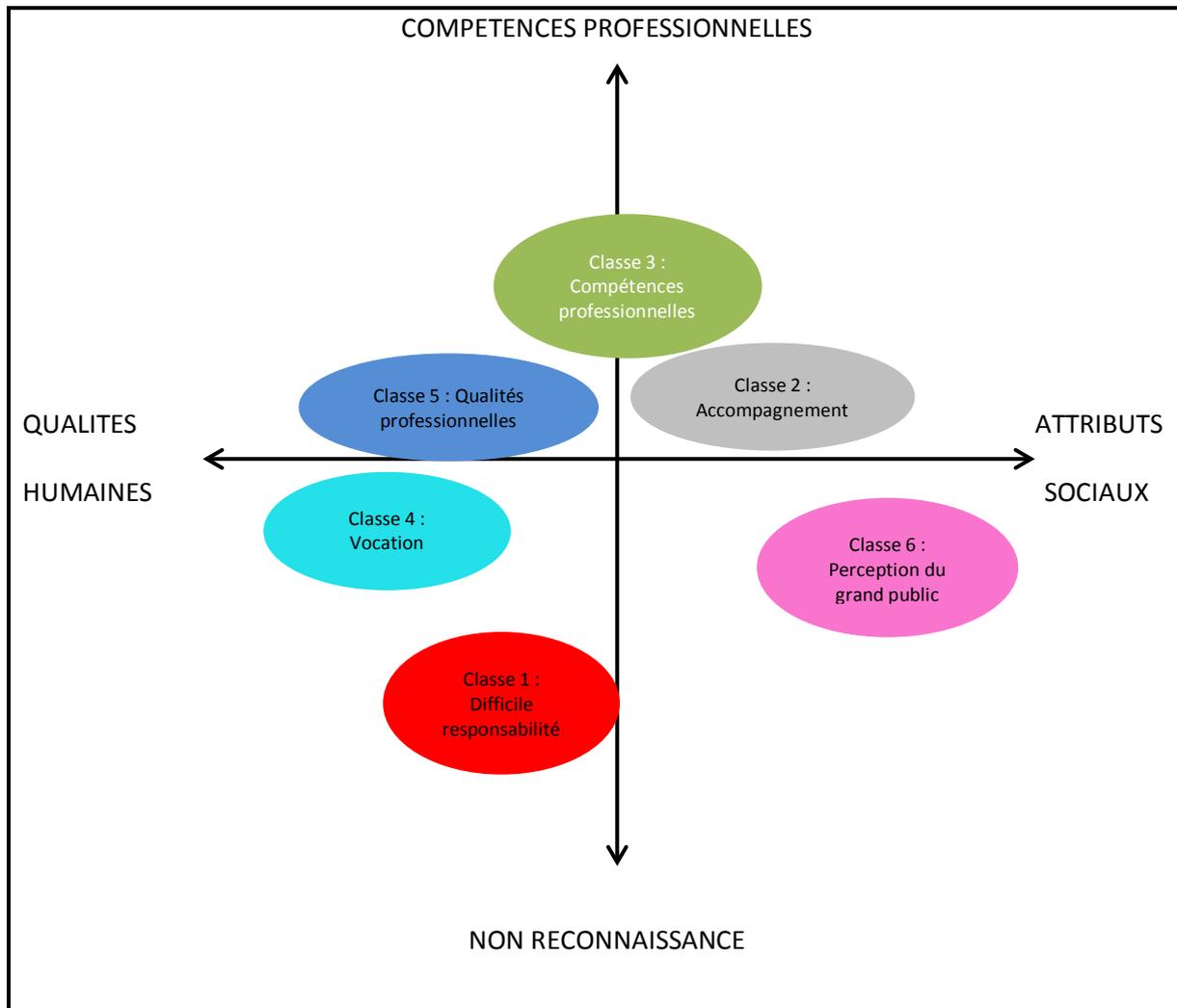
**Classe 3** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui évoquent la profession de sage-femme au travers des différentes spécialités professionnelles. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets issus de l'école de Besançon et qui ont rempli le questionnaire de leur lieu de stage. Nous la nommerons la classe « **compétences professionnelles** ».

**Classe 4** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent la profession autour d'éléments historiques comme la *vocation*, la *passion*. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets issus des écoles de Reims et Rennes qui fait comme choix initial sage-femme. Nous la nommerons la classe « **vocation** ».

**Classe 5** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent les qualités professionnelles inhérentes à la profession de sage-femme comme *patience*, *empathie*, *rigueur*, *confiance*, *soutien*. Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets issus de l'école de Baudelocque. Nous la nommerons la classe « **qualités professionnelles** ».

**Classe 6** : il y a significativement plus de sujets dans cette classe que dans le reste du corpus qui font une description très sociale de la profession avec les termes *accouchement*, *bébé*, *naissance*, *plus beau métier*... Par ailleurs, nous retrouvons surreprésentés les sujets qui ont fait comme choix initial dentaire. Nous la nommerons la classe « **perception du grand public** ».

Nous allons observer comment se répartissent les différentes classes sur l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC).



**Schéma 12 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de M2**

Les classes 1 et 5 s'opposent aux classes 2, 3, 4 et 6 sur le facteur 1. Nous voyons apparaître deux facteurs : un qui oppose les attributs sociaux de la profession de sage-femme aux qualités humaines et un qui oppose les compétences professionnelles à la non reconnaissance.

### 5.15.3 Synthèse des deux analyses sur la profession de sage-femme

Nous pouvons observer plusieurs éléments. D'une part, certaines classes se retrouvent d'une CHD à l'autre, ce qui témoigne d'une certaine stabilité dans l'appréciation de la représentation de la profession de sage-femme. D'autre part, nous retrouvons les deux mêmes facteurs sur l'analyse Factorielle des Correspondances. Enfin, nous percevons la prégnance de la classe sur

*l'accompagnement* qui s'inscrit dans le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme.

Nous observons deux aspects de la perception de la profession de sage-femme. Le premier est l'existence d'un mouvement de différenciation avec certaines classes qui ont une lecture plus sociale et d'autres une lecture plus professionnelle. Le deuxième est l'existence d'une orientation dans la façon de percevoir l'objet plutôt axé sur un aspect relationnel ou plutôt sur un aspect technique.

En comparant la CHD de la profession de sage-femme de L2 au M1 et la CHD de la profession de sage-femme du M2 au professionnel de plus de un an, il nous semble que le nombre d'items profanes diminuent dans le temps. Nous retrouvons des éléments que nous avons déjà évoqués précédemment. Nous pouvons nous demander si les éléments associés à ces items ont évolué pour donner un sens différent à ces termes comme le décrit Bataille (2002) sur la stabilité des éléments du noyau central et leur polysémie.

#### **5.15.4 Les CHD de la profession de médecin et de l'accompagnement**

Par ailleurs, les analyses réalisées sur les deux autres objets de représentations amènent à des constats équivalents (Annexe X). Nous pouvons faire quelques observations intéressantes.

Pour la profession de médecin au temps 1 des L2, le vocabulaire nous semble moins profane que pour la profession de sage-femme. D'un côté, nous retrouvons le terme *maladie* et d'un autre le terme *pathologie*. Notons que ce terme est plus prégnant à partir du M1 pour la profession de sage-femme. Nous savons que, majoritairement, les étudiants inscrits en PACES souhaitent devenir médecins. L'année en PACES pourrait avoir une influence sur l'évolution du vocabulaire utilisé pour la représentation de la profession de médecin car cette année est centrée davantage sur des thématiques touchant la profession de médecin et dispensée majoritairement par des médecins.

Comme pour la profession de médecin, nous retrouvons des termes évoquant les difficultés inhérentes à la profession : *charge travail, difficile...*

En conservant les mêmes paramétrages, nous pouvons également noter que nous passons de sept à cinq classes de discours ce qui pourrait démontrer plus de consensus au-delà du M2 concernant la représentation de la profession de médecin.

Jusqu'à présent, nous avons observé une relative stabilité des représentations des trois objets au cours du processus de professionnalisation. Il apparaît intéressant de considérer l'évolution des représentations de ces trois objets en tant que système de représentations.





3 voire 4 items prédominant pour chacune des représentations de :

- profession de sage-femme : *accompagnement, accouchement, médical, bébé*
- profession de médecin : *pathologie, étude longue, responsabilité*
- accompagnement : *écoute, aide, soutien*

### 5.16.3 Merge of Similarity Graphs pour les M1

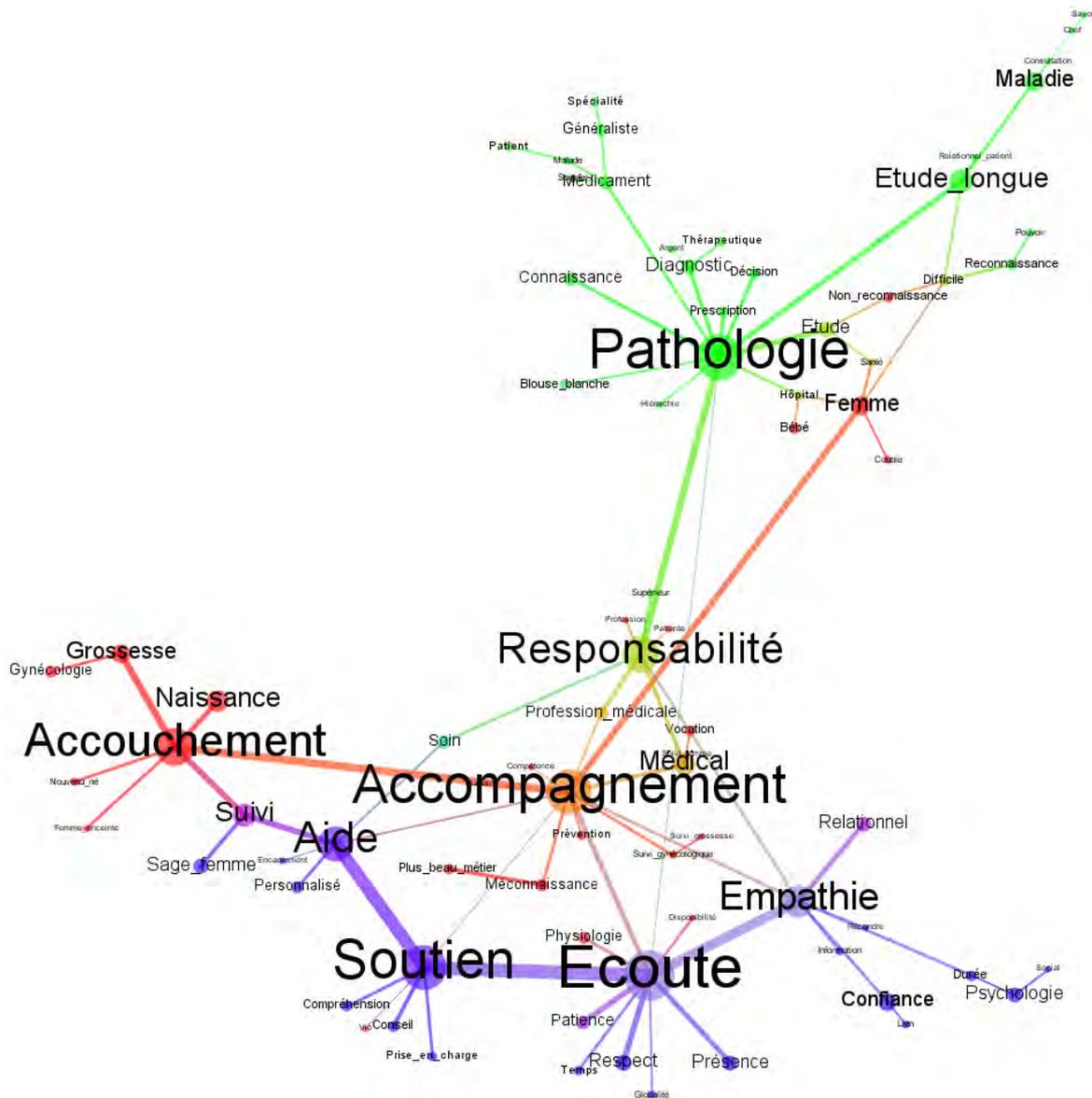
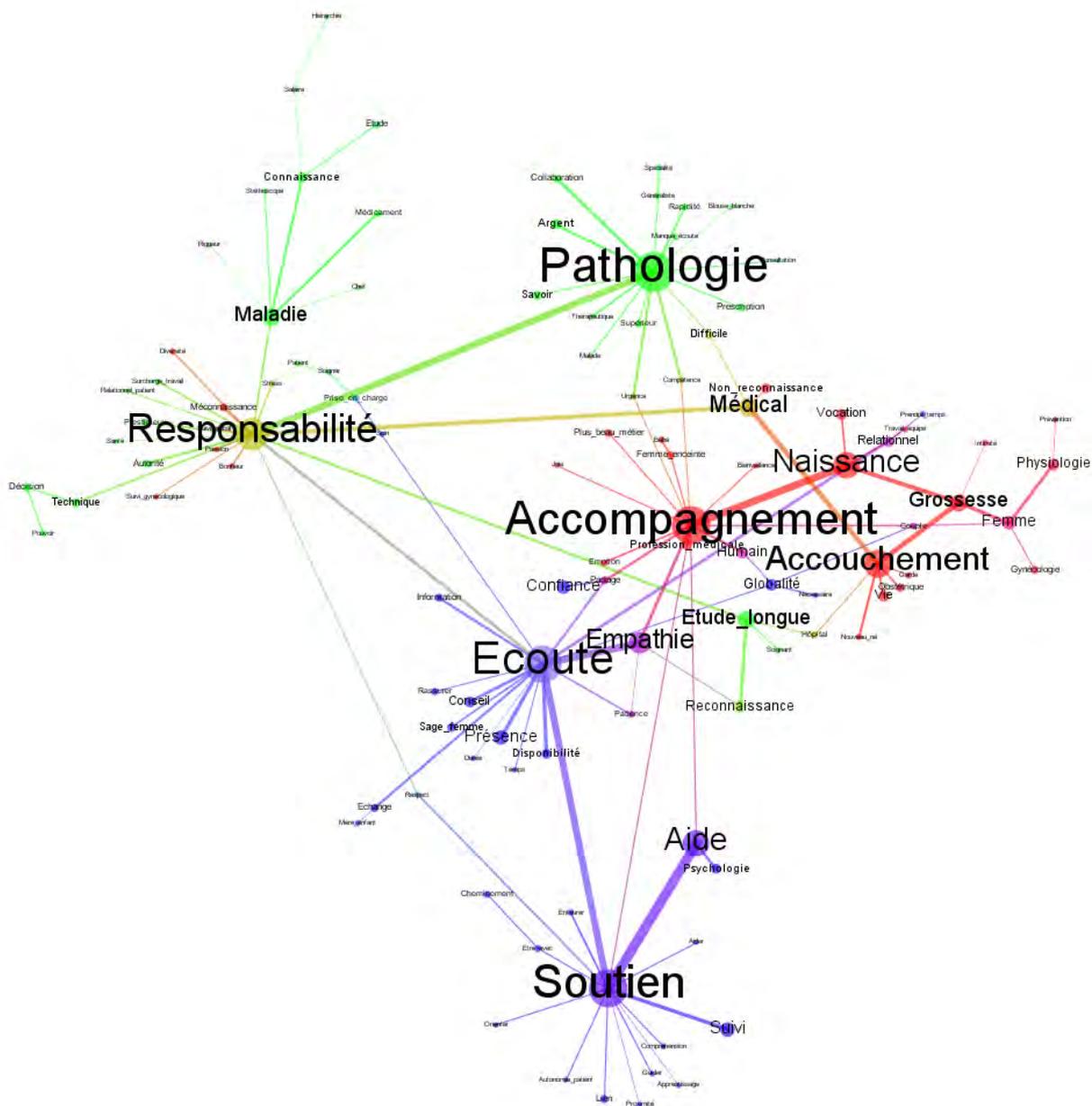


Schéma 15 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les M1

3 à 4 items prédominant pour chacune des représentations de :

- profession de sage-femme : *accompagnement, accouchement, grossesse, naissance*
- profession de médecin : *pathologie, responsabilité, étude longue*
- accompagnement : *aide, soutien, écoute, empathie*

#### 5.16.4 Merge of Similarity Graphs pour les M2

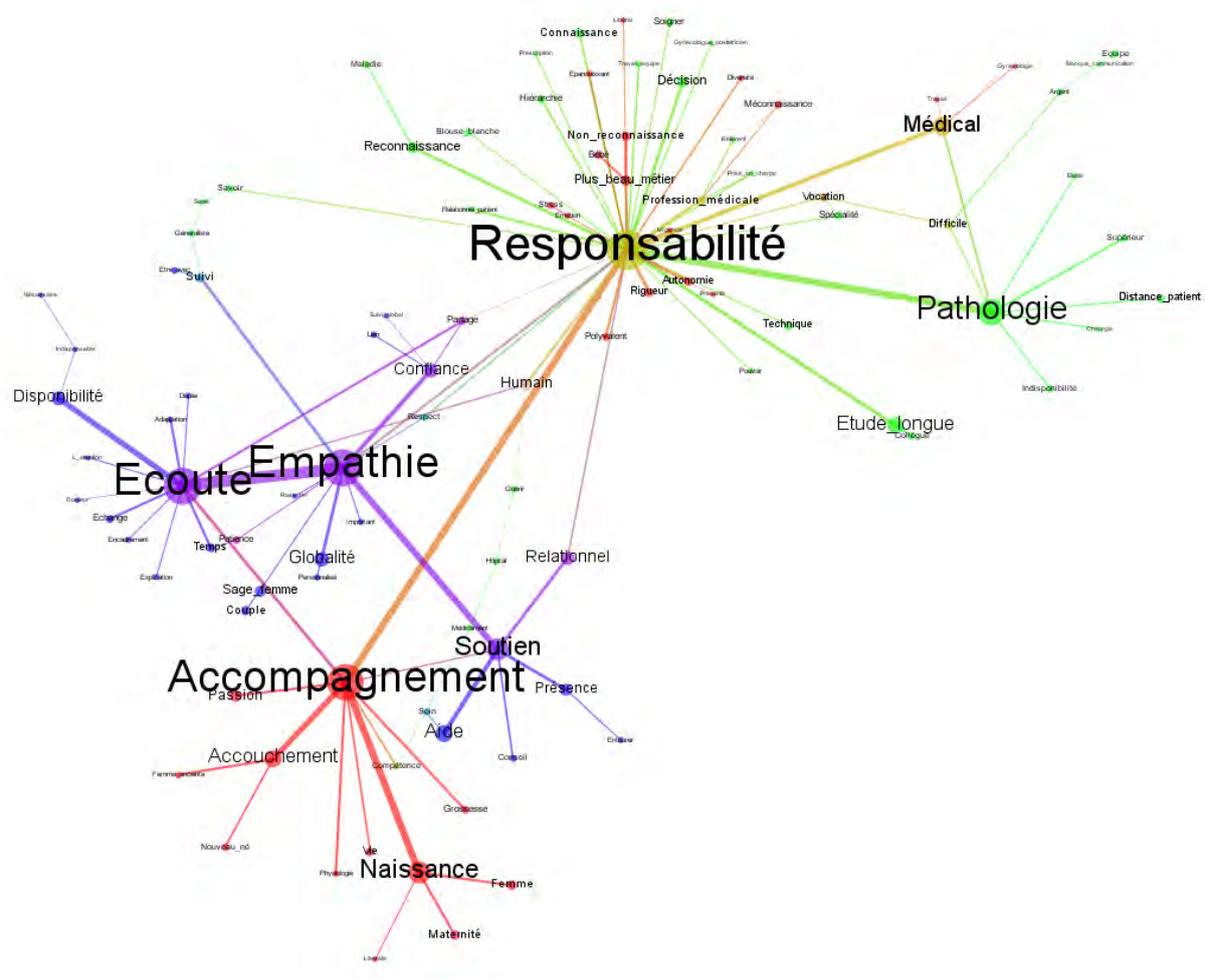


**Schéma 16 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les M2**

2 à 3 items prédominant :

- profession de sage-femme : *accouchement, accompagnement, naissance*
- profession de médecin : *pathologie, responsabilité*
- accompagnement : *soutien, écoute, aide*

### 5.16.5 Merge of Similarity Graphs pour les professionnels de moins de un an

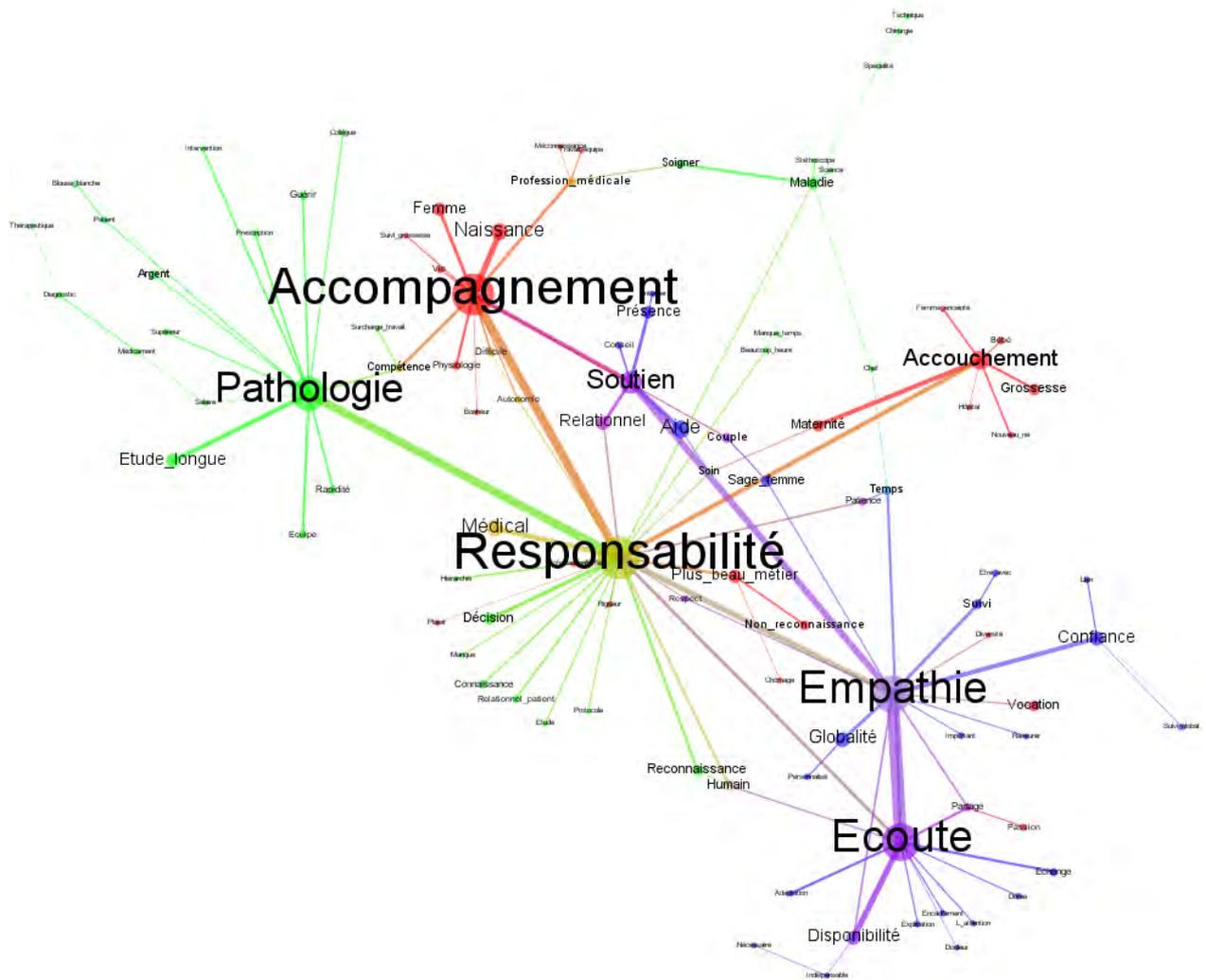


**Schéma 17 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les professionnels de moins de un an**

1 à 2 items prédominant :

- profession de sage-femme : *accompagnement*
- profession de médecin : *responsabilité, pathologie*
- accompagnement : *écoute, empathie*

### 5.16.6 Merge of Similarity Graphs pour les professionnels de plus de un an



**Schéma 18 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les professionnels de plus de un an**

1 à 2 items prédominant :

- profession de sage-femme : *accompagnement*
- profession de médecin : *responsabilité, pathologie*
- accompagnement : *empathie, écoute*

Ainsi, nous pouvons observer une faible variabilité dans les items. Cependant, chaque item est associé différemment à d'autres items en fonction des années. Ainsi, nous retrouvons des items communs entre profession de sage-femme et profession de médecin, entre profession de médecin et accompagnement et entre accompagnement et profession de sage-femme et d'autres communs aux trois objets. Il apparaît tout de même l'existence d'un ordre entre ces trois objets : accompagnement – profession de sage-femme – profession de médecin. En effet, il existe très peu de liens entre les

items d'accompagnement et de profession de médecin. Ainsi, accompagnement est plus spécifique de la profession de sage-femme que de la profession de médecin.

Voici un tableau de synthèse qui met en avant les items concernés.

Années en formation	Items communs sage femme médecin	Items communs sage femme accompagnement	Items communs médecin accompagnement	Items communs aux trois
L2	Difficile Maladie Médical Plus beau métier Responsabilité	Accompagnement Autonomie Bonheur Grossesse Profession médicale Relationnel	Contact Soin	Humain
L3	Compétence Connaissance Etude Hôpital Médical Profession médicale Responsabilité Vocation	Accouchement Confiance Ecoute Naissance Relationnel Suivi	Pathologie Suivi	Humain
M1	Difficile Etude Hôpital Médical Non reconnaissance Profession médicale Santé Suivi femme Vocation	Accompagnement Ecoute Empathie Soutien Suivi	Empathie Responsabilité Soin	
M2	Compétence Hôpital Médical Urgence	Accompagnement Aide Couple Empathie Globalité Partage Relationnel Soutien	Ecoute Empathie Prise en charge Reconnaissance Respect	Responsabilité
Professionnels de moins de un an	Accompagnement Compétence Médical Responsabilité	Accompagnement Ecoute	Aide Humain Partage Respect Soin Suivi	
Professionnels de plus de un an	Autonomie Compétence Médical Plus beau métier Profession médicale	Couple	Empathie Humain Patience Relationnel	Responsabilité Soin

**Tableau 52 : Items communs aux différentes représentations en fonction des niveaux de formation ou professionnels**

Ce tableau nous permet de faire plusieurs constats :

- *médical* est commun à la représentation de la profession de sage-femme et à celle de la profession de médecin quelle que soit le niveau de formation.

- les items liés directement au processus de professionnalisation *autonomie, compétence, profession médicale, responsabilité* sont communs à la représentation de la profession de sage-femme et à celle de médecin. Les deux items *profession médicale* et *responsabilité* sont systématiquement entre les deux objets profession de sage-femme et profession de médecin et sont des éléments centraux pour chacun des objets : nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils appartiendraient à un objet plus générique comme profession médicale ou de santé.

- *non reconnaissance* est commun à la représentation de la profession de sage-femme et à celle de médecin contrairement à *reconnaissance* qui est présent dans la représentation de la profession de médecin et d'accompagnement.

L'utilisation de graphes permet de voir la place de chaque objet dans le système.

Années	Noeuds	Liens	Densité*	Degré**	Degré pondéré***	Poids moyen des liens dans le graphe
L2	87	101	0.027	2.322	8.155	3.512
L3	91	106	0.026	2.33	8.189	3.515
M1	81	92	0.028	2.272	8.78	3.869
M2	111	126	0.021	2.27	6.67	2.939
Professionnels < à un an	102	116	0.023	2.275	6.9	3.033
Professionnels > à 1 an	102	117	0.023	2.317	7.096	3.062

\*Densité = nombre de liens existants / nombre de liens possibles

\*\*Degré = moyenne du nombre de liens par item

\*\*\*Degré pondéré = moyenne du nombre de liens par item pondérée par la force du lien

### Tableau 53 : Caractéristiques d'un système de 3 représentations

Nous avons construit ce tableau à titre exploratoire car il nous semble intéressant d'explorer les caractéristiques quantitatives de ce type de graphe. En prenant en compte les différences d'effectifs L2-M1 et M2-professionnels de plus de un an, il semble que l'avancée dans l'expérience conduise à une diminution du nombre de nœuds, du nombre total de liens et de la densité globale du graphe en concentrant les liens entre les items les plus cités.

Une méthode pour la visualisation de la dynamique des systèmes de représentations sociales proposée par Ratinaud & Frégonesse (2016) permet de percevoir grâce à un film en trois dimensions les interactions entre les trois objets de représentation.

L'ensemble de ces résultats nous amène à développer dans le chapitre suivant les intérêts praxéologiques et théoriques inhérents à notre démarche de recherche.

## 6. Discussion

---

Les éléments conclusifs que nous aborderons se feront à différents niveaux. Une question peut déjà être posée dans l'immédiat sur la construction des résultats. Nous avons interrogé l'ensemble des étudiants sages-femmes de France. Or l'ensemble de ces sujets n'ont pas à proprement parler d'interactions ce qui les différencie des groupes traditionnellement étudiés dans les travaux sur les représentations professionnelles (Piasser, 1999 ; Ratinaud, 2003 ; Lac, 2003). Cependant, nous pouvons considérer l'existence d'interactions dites « normées » comme les programmes ministériels, les normes professionnelles, les revues professionnelles : nous pourrions parler dès lors de représentations professionnelles collectives inscrites dans une pensée professionnelle. Nous y reviendrons plus tard.

### 6.1 Point de vue du chercheur point de vue de l'enseignant

La compréhension des conséquences du processus de professionnalisation sur différents aspects des représentations sociales et professionnelles de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement présente un double intérêt. D'une part, elle peut avoir des conséquences praxéologiques en réorientant le déroulement de la formation. L'impact du processus de professionnalisation sur les étudiants et les jeunes professionnels est d'autant plus intéressant à percevoir que nous sommes nous-mêmes impliquée à l'intérieur de ce processus en tant que sage-femme enseignante. Ces trois objets ont une importance majeure. La profession de sage-femme permet d'approcher le versant identitaire. La profession de médecin est la profession la plus proche de la profession de sage-femme : elle joue souvent le rôle d'effet miroir. Enfin, la notion d'accompagnement est saillante dans la pratique professionnelle. Le cheminement qui s'opère chez les étudiants pendant la formation, notamment avec le système de l'alternance cours-stages, nous paraît primordial à connaître pour adapter correctement les temps de formation et son ingénierie aux besoins des (futurs) professionnels.

D'autre part, elle présente un intérêt théorique, que ce soit au niveau de la structure des représentations sociales et professionnelles ou que ce soit au niveau d'un système de représentations constitué de 3 objets professionnels. C'est notre posture de chercheur en Sciences de l'Education qui souhaite apporter une contribution dans ce domaine.

## 6.2 Intérêt praxéologique de la recherche

L'idée de cette présentation est de percevoir les temps de professionnalisation qui peuvent avoir un impact sur l'évolution de la représentation de la profession de sage-femme.

### 6.2.1 La représentation de la profession de sage-femme

#### 6.2.1.1 Constat

Bien que la population sur laquelle nous travaillons ne soit pas représentative de la population professionnelle en France, nous retrouvons, au sein de cette dernière, les mêmes proportions en termes de genre. Plus d'un tiers des étudiants avaient comme choix initial le concours de médecine, ce qui peut remettre en cause la nécessaire vocation, au sens historique du terme. Ainsi, le choix de la profession de sage-femme pour certains ne relève pas de la vocation mais d'un choix secondaire. Cette situation ne se posait pas auparavant lorsque l'étudiant s'inscrivait délibérément au concours d'entrée en école de sages-femmes qui était indépendant d'autres formations. La motivation et la composition des promotions ont donc évolué : l'approche des formateurs en école doit tenir compte de ces paramètres pour mieux accompagner les étudiants au cours de leur formation.

#### 6.2.1.2 Les perceptions des activités professionnelles

Les lieux d'exercice de la profession de sage-femme se retrouvent au travers des termes *hôpital* (cité par 2.8% des sujets en association libre), *service* (0.3%), *maternité* (5.9%), *clinique* (0.9%), *libéral* (2.4%), *cabinet* (0.2 %), *PMI* (0.1%) et *polyvalent* (1.2%)<sup>5</sup>.

*Hôpital* est également cité par toutes les années étudiées alors que *libéral* est majoritairement cité par les M2 et les professionnels. La *PMI* et la *polyvalence* n'apparaissent que chez les professionnels. La notion de *service* est présente chez les étudiants en cours de formation, celle de *clinique* à partir du 2<sup>ème</sup> cycle de formation et chez les professionnels. *Maternité* est un mot particulier en ce sens que ce terme est cité de façon décroissante au fur et à mesure de la formation pour redevenir prégnant chez les professionnels. Nous avons tout à fait conscience que ce terme est ambivalent entre le lieu de travail et le fait d'être enceinte. Il apparaît une certaine influence des stages suivis au cours de la formation sur le fait de citer certains lieux d'exercice de la profession. Ainsi certains domaines très spécifiques comme la *PMI* sont très peu cités alors que l'hôpital est

---

<sup>5</sup> Les pourcentages qui sont présentés dans cette partie témoignent du nombre de fois où les items ont été cités au cours des différents temps de l'enquête par l'ensemble de la population. Il en sera de même tout au long de ce chapitre.

majoritairement cité pour plusieurs raisons : chaque école de sages-femmes est rattachée à une maternité école en lien avec le service public hospitalier et le mode d'exercice le plus répandu est hospitalier (CNOSF, 2015). Le passage du monde étudiant au monde professionnel ouvre à de nouveaux aspects de l'exercice professionnel (PMI, polyvalence...).

En tant que sage-femme enseignante, il pourrait être intéressant d'organiser des tables rondes avec un panel de professionnels de divers secteurs d'activité pour étendre la perception des activités possibles au sein de la profession de sage-femme. Le choix des professionnels du panel n'est pas représentatif de la répartition en termes de proportion au sein des différentes activités mais représentatif de la diversité de formes d'exercice existante dans la profession de sage-femme.

### 6.2.1.3 Qualités admises et attitudes inappropriées

Rappelons que la question sur les qualités ou les attitudes inappropriées intervient après la question d'association libre. Nous constatons que les attitudes inappropriées n'apparaissent pas en association libre alors que les qualités professionnelles sont présentes.

Dans la question proprement dite sur les qualités professionnelles, le terme *écoute* est prégnant quelle que soit l'année considérée. C'est un élément central de la représentation à tous les stades étudiés. Nous n'avons pas observé de changement entre les années sur les termes utilisés lors de l'association libre (Chi<sup>2</sup> de Mc Nemar, tableau 43, p.126). Cependant, il apparaît que trois notions liées aux qualités présentent des différences significatives entre les L2 et les professionnels de plus de un an : *humanisme* est significativement plus présent chez les L2 (Chi<sup>2</sup>=9.84, ddl=1, p=0.0016), *empathie* (Chi<sup>2</sup>=18.94, ddl=1, p<0.0001) et *disponibilité* (Chi<sup>2</sup>=3.88, ddl=1, p=0.0489) significativement plus portés par les professionnels de plus de un an. Certaines de ces attitudes ont été évoquées dans l'association libre comme *disponibilité* en proportion faible (cité par 1.4% des sujets), *écoute* (12.7%), *empathie* (11.8%), *patience* (3.3%), *tolérance* (0.2%). A l'inverse, la notion de *rigueur* est plus présente dans l'association libre (2.6%). La question sur les attitudes appropriées permettait, au-delà des items proposés, de pouvoir inscrire une autre possibilité grâce à la présence de la case « autre ». Malgré cette possibilité, *rigueur* n'apparaissait pas. *Rigueur* et *méticuleuse* sont légèrement plus cités par les professionnels alors que *courage*, *persévérance*, *dévouement*, *dynamique* et *stress* sont cités dans les mêmes proportions par toutes les années. Le *stress* est difficilement interprétable entre l'association possible à une qualité ou une attitude inappropriée. Le terme *écoute* quant à lui semblerait faire partie à la fois de la représentation sociale de la profession de sage-femme et de la représentation professionnelle.

En ce qui concerne les attitudes inappropriées, *incompétence*, *irrespect* et *jugement* représentent chacun plus d'un tiers des réponses. Les choix faits par les sujets sont en accord avec les règles d'exercice régies par le Code de Santé Publique qui définit le champ des compétences professionnelles de la sage-femme. Dès la PACES, certains enseignements se font en lien avec ce champ même s'il n'est pas spécifique de la profession de sage-femme. Cependant, nous pouvons constater l'impact de ces enseignements sur la perception de *l'incompétence* par les étudiants qui prendra un peu plus d'importance chez les professionnels. *Irrespect* et *jugement* sont en lien avec la dimension relationnelle attribuée à la profession de sage-femme. *L'affect* n'a pas du tout été considéré comme une attitude inappropriée, ce qui rejoint notre point précédent : les émotions font partie de la vie professionnelle de la profession de sage-femme.

En tant que sage-femme enseignante, nous pourrions donc être vigilante sur le travail autour des émotions chez les étudiants. Elles peuvent en effet submerger les étudiants dans le sens positif du terme (naissance, joie, bonheur, partage...) mais aussi dans le sens plus négatif (naissance, mort, malformation...). Des groupes de parole pourraient être organisés à des fins de régulation de ces émotions (Robert, 2008) ou bien des « collectifs de partage professionnel des émotions » dans un souci de partage professionnel de ces émotions (Dumont, 2011).

#### **6.2.1.4 Vocation**

Nous avons vu la prégnance de la « nécessaire vocation » pour exercer la profession de sage-femme. Abensur & Chevalier (2008) mettent en avant que c'est un choix que font les étudiants de devenir sage-femme et non le fruit du hasard ou suite à un échec. L'enquête révèle plusieurs aspects autour de la notion de vocation : tout d'abord, tous les sujets n'ont pas fait le choix initial de passer le concours de maïeutique, ensuite 10% des sujets des différentes années ont cité la vocation comme une qualité indispensable à l'exercice de la profession et enfin 6.9% des sujets ont cité la vocation dans la question de l'association libre. La *vocation* est d'autant plus citée que les années évoluent. Il existe donc une constante dans la proportion des sujets considérant la vocation comme nécessaire à la profession de sage-femme. Nous pourrions supposer que ces sujets auraient une représentation plus sociale de la profession de sage-femme. Nous pouvons cependant penser que le terme vocation n'a pas la même signification pour les étudiants lorsqu'ils l'évoquent en début de formation. Dans ce cas, *vocation* aurait le sens de la passion et de l'affection de la profession alors que chez les professionnels qui contrebalancent par ce biais les difficultés de la profession, *vocation* aurait plutôt le sens de sacerdoce.

En tant que sage-femme enseignante, il apparaît essentiel de connaître les premières orientations professionnelles des étudiants pour voir qu'elle sera leur capacité d'adaptation professionnelle au cours du processus de professionnalisation. Le suivi individuel (temps de face à face pédagogique) pendant le premier cycle de la formation semblerait être la solution de choix pour connaître l'évolution des aspirations professionnelles des étudiants.

#### 6.2.1.5 Compétences et évolution

Très peu de sujets citent le terme *étude* (1.9%) alors que la formation de sage-femme correspond à cinq années de formation. 0.5% seulement ont évoqué la notion de *master*.

Peu importe l'année considérée, la *responsabilité* et la *profession médicale* sont des éléments centraux de la représentation de la profession de sage-femme. Les sujets de notre enquête associent de façon plus importante au fur et à mesure des années le terme *responsabilité* (25.3% le citent en association libre). Le processus de professionnalisation semble opérer sur la part croissante du terme *responsabilité*. Ce qui n'est pas le cas pour le terme *profession médicale* qui n'est pas cité en proportion aussi importante par les sujets (7.3%) mais qui est pourtant un élément central de la représentation. La notion d'*autonomie* est plus prégnante chez les jeunes professionnels (3.6%).

Depuis 2009, les compétences des sages-femmes se sont élargies à la gynécologie et dernièrement à l'IVG médicamenteuse et la vaccination. Nous observons dans l'association libre sur la profession de sage-femme que le terme *gynécologie* est cité par 4% des sujets, *santé génésique* par 0.2% au même titre que *pédiatrie* (0.2%) ; la *prise en charge globale* représente 0.5% des sujets et la *grossesse*, 10%. *Gynécologie* est surtout utilisé par les étudiants de M1 et M2, ce qui correspond au programme des études de sage-femme et des stages dans ce domaine.

En tant qu'enseignante en école de sages-femmes, nous percevons l'impact des pratiques sur les représentations de la profession de sage-femme en fonction des années. Bien que la notion de *grossesse* perde de l'importance au fur et à mesure de l'évolution dans la formation, elle reste un élément fondamental qui appartient au cœur de profession.

Si nous regardons plus précisément les mots cités en termes de compétence, nous retrouvons la *compétence* (3.6%), la *compétence médicale* (0.5%), la *compétence technique* (0.3%) et la *compétence relationnelle* (0.3%), les deux derniers items étant cités par des sujets du premier cycle de formation. La *compétence* n'apparaît pas comme un élément central de la représentation. Les professionnels l'expriment plus que les étudiants. Il semblerait peut être que cela vienne aussi du

fractionnement des activités « relationnelles » et « techniques » de la formation (travaux pratiques sur des sujets très spécifiques : lavage des mains, pansement, perfusion, mécanique obstétricale...). Cependant, nous avons vu que *l'incompétence* est un élément clé. Nous aurions pu voir peut être apparaître plus de compétence relationnelle mais, du fait de la lemmatisation, elle transparait sûrement sous les termes qui sont en lien comme *dévouement, implication, engagement, partage...* La compétence technique est sous-jacente à l'utilisation de termes comme *accouchement, épisiotomie...*

*L'accompagnement* est l'activité caractéristique de la profession de sage-femme pour plus d'un tiers des sujets : le processus de professionnalisation a sûrement un impact sur cette activité puisque la proportion des sujets la citant augmente au fur et à mesure qu'augmentent les années. Le test de Chi<sup>2</sup> entre les L2 et les professionnels de plus de un an est aussi en faveur de cette constatation (tableau 12, p.109). Dès la L3, c'est le terme qui apparaît en 1<sup>er</sup> rang des dix termes les plus cités. Cependant, ce terme n'est pas un élément central de la représentation de la profession de sage-femme mais un élément périphérique. Nous retrouvons donc un constat déjà fait par Moliner (1996) : il n'y a pas de lien entre la fréquence d'un item cité en association libre et le fait que cet item soit un élément central (ce qui est le cas pour d'autres items de notre recherche).

En tant que sage-femme enseignante, il est intéressant de noter que *l'accompagnement* n'est pas utilisé en tant que tel dans le programme des études de sage-femme. Il est indéniable que les stages ont sûrement une influence sur ce phénomène ce qui correspondrait bien aux résultats obtenus pour les L2 où *accouchement* est majoritaire, probablement dû à une représentation encore plutôt sociale de la profession de sage-femme et au fait que dans la majorité des écoles de France, les étudiants n'ont pas de stage au cours de la première année en école de sages-femmes. Le point de départ de l'utilisation de ce terme se situe sûrement avec les décrets de périnatalité de 1998 qui définissait le nombre de sages-femmes nécessaires dans les services en fonction du nombre de naissances. Les grèves de 2001 scandaient les slogans « une femme, une sage-femme ». Ce pourrait être éventuellement une des contributions à l'apparition de ce terme de façon prégnante. Ainsi, la formation doit aussi prendre en compte les événements professionnels majeurs. En effet, les étudiants sont souvent moteurs dans les périodes de revendication car ils sont très facilement mobilisables par les professionnels qui ont pour la plus part le devoir d'assurer un service minimum et ne peuvent ainsi pas exercer complètement leur droit de grève. Et nous savons que les pratiques ont une influence directe sur l'évolution voire les transformations des représentations sociales ou professionnelles (Abric, 2003 ; Rouquette & Rateau, 1998).

### 6.2.1.6 Identité professionnelle

Parmi les ancrages représentationnels, seuls les étudiants de L2 pensent de façon significative que la profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable. Sinon, pour le reste des ancrages testés, la majorité des sujets est d'accord pour dire que la profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société et dans le système de santé français, qu'elle ne permet pas d'avoir une bonne rémunération, qu'elle est porteuse de nombreuses traditions, qu'elle requiert un savoir-faire technique spécifique, qu'elle est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels, qu'elle est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents, qu'elle est le relai entre maternité et parentalité.

#### 6.2.1.6.1 Autonomie

3.6% des personnes interrogées ont donné l'*autonomie* parmi les cinq mots évoqués en association libre, légèrement plus chez les professionnels.

En tant que sage-femme enseignante, le manque d'évocation de l'*autonomie* par les étudiants pourrait être dû au fait qu'ils évoluent sous la responsabilité d'un professionnel au cours de leurs stages, ce qui retarderait le processus de responsabilisation en termes d'autonomie professionnelle évoquée en tant que telle. En effet, nous avons noté la part de *responsabilité* professionnelle perçue par les étudiants mais pas la dimension d'autonomie proprement dite. La réalité professionnelle pousse donc les jeunes professionnels à prendre conscience de leur propre *autonomie* appliquée à leur champ de compétences. Dans ce sens, le processus de professionnalisation se poursuit bien au-delà de la phase proprement dite de formation.

#### 6.2.1.6.2 Equipe

Malgré le fait d'affirmer le nécessaire travail en équipe de la sage-femme au cours des questions sur les ancrages représentationnels de la profession de sage-femme, les notions d'*équipe* (1%), de *coopération* (0.2%), de *réseau* (0.2%) ou de *travail en équipe* (1.2%) sont très peu évoquées dans les questions d'association libre. Et ce phénomène est d'autant plus renforcé que l'*équipe* est un élément central de la représentation sauf pour les L2 et les professionnels de plus de un an. Nous pouvons penser que chez les L2, cette notion n'est pas aussi prégnante car les étudiants n'ont pas ou peu vécu de situations de stage au cours de cette année de formation et surtout au moment de notre enquête. Ainsi, les L2 ne percevraient pas la dimension du *travail en équipe* que requiert la profession de sage-femme. Les professionnels de plus de un an ont au contraire intégré cette notion

dans leur exercice quotidien, ce qui rejoindrait la notion d'implicite professionnel développé par Bataille (2000).

En école de sages-femmes, le développement d'enseignement mutualisé sous forme de réflexions éthiques par exemple sur une thématique commune à plusieurs formations en santé pourrait être le point de départ de la mise en œuvre d'un esprit d'équipe au-delà du stage proprement dit. Les étudiants prendraient ainsi conscience de la coopération interdisciplinaire existante entre professionnels de santé.

#### **6.2.1.6.3 Contraintes**

Il est intéressant de noter que le terme *contrainte* (0.7%) appartient aux jeunes professionnels et n'est pas cité en tant que tel par les étudiants. Ainsi le passage dans le monde professionnel permet la verbalisation des aspects moins positifs de la profession : les étudiants en ont pourtant conscience puisque, grâce au test d'indépendance au contexte, nous avons pu caractériser *contrainte* comme un élément central de la représentation. Pour garder une forme de motivation au cours de leurs études, ils ne citeraient pas ce terme en tant que tel mais emploieraient d'autres mots comme *fatigant, garde, épuisement...*

En tant que formateur, il ne faut pas sous-estimer la perception négative qu'ont les étudiants de la profession et leur permettre de l'évoquer, comme pour les émotions, lors de groupes de parole. Ces groupes de parole pourraient être pris en charge par un psychologue qui pourrait recueillir librement les événements vécus des étudiants sans la présence d'un formateur.

#### **6.2.1.6.4 Problème de reconnaissance**

Dans les mots cités en association libre pour la profession de sage-femme, et au-delà des *contraintes* professionnelles, apparaissent des items en lien avec le problème de reconnaissance de la profession de sage-femme de la part du grand public comme des autres professionnels de santé. Par exemple, nous retrouvons *métier sous payé* (1.2%), *sous considéré* (0.2%), *méconnaissance* (4.3%), *non reconnaissance* (7.3%), *faible revenu* (0.2%), *surcharge travail* (0.2%). Ces termes ne sont pas utilisés uniquement par les professionnels mais aussi par les étudiants et notamment pour le terme de *non reconnaissance* qui est cité en proportion égale au sein de toutes les années. Nous pouvons voir avec cet item le terreau ou bien la conséquence des différents mouvements des sages-femmes pour une meilleure valorisation de la profession en fonction de ses compétences.

Il est intéressant par ailleurs de noter que 7.6% des sujets citent *plus beau métier* en association libre : ce sont proportionnellement plus les L2 et les professionnels de plus de un an qui l'évoquent. Nous pourrions supposer que le sens donné à *plus beau métier* en début de formation relèverait d'une représentation plus sociale de la profession de sage-femme contrairement à celui donné en début d'exercice professionnel qui relèverait d'une représentation plus professionnelle. *Plus beau métier* justifierait peut être de l'intérêt d'exercer cette profession malgré les problèmes de reconnaissance et les contraintes.

En tant que formateur en école de sages-femmes, la participation à des actions de promotion de la profession de sage-femme associées aux étudiants pourrait être un moteur de reconnaissance auprès du grand public. La reconnaissance du diplôme au niveau master est une étape de valorisation des compétences auprès des autres professionnels de la santé.

#### 6.2.1.6.5 Chômage

C'est un phénomène récent mais qui s'installe au sein de la profession, c'est la difficulté de l'employabilité actuelle des diplômés sage-femme. Ainsi, les jeunes professionnels évoquent le terme de *chômage* (0.9%), d'*avenir* (0.7%), de *difficulté emploi* (0.3%) et de *lutte* (0.5%). L'inquiétude des jeunes professionnels se traduit dans la représentation qu'ils ont de la profession de sage-femme même si cela n'est évoqué que par une minorité.

En tant que sage-femme enseignante, il apparaît que la révision du *numerus clausus* national semble nécessaire pour éviter que la profession de sage-femme connaisse une certaine précarité. La reconnaissance du diplôme ne sert pas si la régulation de l'employabilité n'est pas ajustée. Au contraire, le phénomène de non reconnaissance est amplifié. Au-delà de l'enseignement proprement dit, c'est un enjeu professionnel qui se joue pour les prochaines années, surtout avec la réforme concernant le regroupement des régions françaises qui va changer la configuration de la répartition des écoles jusque-là quasi unique à l'intérieur de chacune d'entre elles. L'employabilité des nouvelles sages-femmes diplômées se répartissait majoritairement au sein de la région école. Par exemple, pour Midi-Pyrénées, les maternités des huit départements privilégiaient les étudiants qui étaient venus en stage au cours de leur formation. Avec le regroupement des régions, Languedoc Roussillon s'associe à Midi-Pyrénées avec deux écoles de sages-femmes, celle de Nîmes et de Montpellier. Au final, 69 sages-femmes diplômées se retrouvent sur le marché de l'emploi en plus des 26 sages-femmes issues de l'école de Toulouse. Ainsi, 95 sages-femmes seront à disposition du marché du travail pour un même territoire.

### Synthèse de la représentation de la profession de sage-femme

- Éléments centraux : responsabilité médicale, profession médicale, écoute, équipe et contraintes
- Éléments saillants : accouchement, accompagnement, naissance, empathie
- *Accompagnement* est une activité caractéristique de la profession et se situe parmi les dix items les plus cités
- *Equipe* est très peu cité en tant que tel alors que c'est un élément central
- La notion de *contrainte* apparaît en proportion faible et est aussi un élément central
- *Ecoute* est une qualité nécessaire à la profession et un élément central quelle que soit les années de formation
- *Incompétence*, *l'irrespect* et le *jugement* sont des attitudes inadaptées à l'exercice de la profession de sage-femme
- Seule une partie des différents modes d'exercice de la profession de sage-femme sont exprimés
- *Vocation* est cité pour 10% de la population interrogée
- Seuls les L2 considèrent la profession de sage-femme comme une situation professionnelle stable
- *Autonomie* n'apparaît pas comme un attribut important de la profession de sage-femme
- Le problème de reconnaissance de la profession de sage-femme transparait
- Les difficultés actuelles de l'emploi sont prégnantes

En synthèse, la sage-femme enseignante peut remédier à certaines situations :

- En organisant des **tables rondes** avec un panel de professionnels de divers secteurs d'activité
- En réalisant des **groupes de parole** pour verbaliser les émotions et les éléments négatifs associés à la profession de sage-femme
- En effectuant un **suivi individuel** pour observer les capacités d'adaptation des étudiants ayant fait un choix par défaut
- En comprenant **l'impact des pratiques** sur la perception des nouvelles compétences de la profession de sage-femme par les étudiants
- En prenant conscience que les **mouvements sociaux** professionnels peuvent être à l'origine de certaines évolutions professionnelles comme *l'accompagnement*
- En considérant que *l'autonomie* est verbalisée au-delà du statut d'étudiant
- En initiant des **enseignements mutualisés** pour permettre de développer l'interdisciplinarité et le travail *d'équipe*
- En participant à des **actions de promotion** de la profession de sage-femme avec les étudiants

pour permettre une meilleure reconnaissance de la profession de sage-femme auprès du grand public

- En **donnant son avis aux instances** sur la situation professionnelle précaire de la profession de sage-femme pour réajuster le *numerus clausus*

## 6.2.2 La représentation de la profession de médecin

### 6.2.2.1 Les perceptions de l'activité professionnelle

Nous retrouvons divers lieux d'exercice professionnel *hôpital* (4%), *cabinet* (1.2%), *libéral* (0.9%), *clinique* (0.5%), *service* (0.2%) et *polyvalence* (0.2%). Il n'y a pas de différence dans les termes utilisés pour caractériser les lieux d'exercice entre la profession de sage-femme et la profession de médecin. Ce descriptif représente le professionnel de santé en général. Nous pourrions faire l'hypothèse que ces éléments de représentation font partie d'une représentation plus sociale. Il ne transparait pas la spécificité de la *maternité*, comme nous avons pu l'évoquer pour la profession de sage-femme. Au contraire, nous retrouvons les différentes disciplines liées au domaine de la santé avec *spécialités* (21%).

### 6.2.2.2 Qualités admises et attitudes inappropriées

Contrairement à l'association libre de la profession de sage-femme, nous retrouvons dans l'association libre de la profession de médecin des qualités adaptées à l'exercice de la profession et des attitudes inappropriées. De plus, la question sur les qualités et défauts pour la profession de sage-femme intervient plus tard dans le questionnaire, elle n'a pas eu d'influence sur les termes choisis pour la question sur l'association libre de la profession de médecin. Il apparaît légitime que les sujets ne fassent pas de retours péjoratifs sur leur propre profession alors qu'il est plus facile de le faire pour la profession de médecin, avec un effet miroir probable. Ces éléments auraient peut-être pu transparaitre au sein d'une zone muette grâce à une question avec consigne dite de substitution.

Les qualités évoquées sont le côté *humain* (2.6%), *l'empathie* (2.3%), le *respect* (2%), *l'écoute* (2.1%), la *rigueur* (1.6%), *l'estime* (0.5%), le *dévouement* (0.5%), le côté *indispensable* (0.5%), le *calme* (0.2%), la *sagesse* (0.2%), l'aspect *conscientieux* (0.2%), le *sérieux* (0.2%), *l'altruisme* (0.2%), la *patience* (0.2%) et le *don de soi* (0.2%). Ces qualités rejoignent celles évoquées pour la profession de sage-femme mais dans une proportion plus faible. Contrairement à la profession de sage-femme, aucune qualité professionnelle n'est retrouvée parmi les dix items les plus cités en association libre. *L'écoute* fait partie des éléments périphériques de la représentation.

Le *stress* (1.6%) est évoqué à partir des M2 et chez les professionnels. Il est difficile comme pour la profession de sage-femme de classer ce terme dans la catégorie des qualités ou celle des attitudes inappropriées. La proximité et l'entrée dans la vie active pourraient influencer la perception de la profession de médecin par confrontation aux situations plus complexes génératrices de stress chez tout professionnel de santé.

En ce qui concerne les attitudes inappropriées, nous retrouvons des critères en opposition avec ceux évoqués en tant que qualités pour la profession de sage-femme : *indisponibilité* (1.9%), *manque d'écoute* (0.7%), *manque d'humanité* (0.7%), *manque de relationnel* (0.7%), *inhumain* (0.7%), *froideur* (0.5%), *inaccessible* (0.3%), *pas ouvert* (0.2%), *manque de rigueur* (0.2%), *expéditif* (0.2%), *irrespect* (0.2%), *insensibilité* (0.2%), *manque d'empathie* (0.2%). L'*indisponibilité* a été testé comme élément périphérique de la représentation de la profession de médecin. Ces attitudes rejoignent le comportement relationnel professionnel et non les règles concernant l'exercice professionnel comme pour la profession de sage-femme.

En tant que sage-femme enseignante, nous pourrions instaurer des jeux de rôles impliquant sages-femmes et médecins pour que chacun perçoive les responsabilités de l'autre et l'impact que cela peut générer sur les attitudes en situation professionnelle.

Il apparaît un troisième domaine au-delà des qualités et des attitudes inappropriées à la profession de médecin. Autant les professionnelles perçoivent les difficultés inhérentes aux situations complexes et aux responsabilités que les médecins ont à gérer, autant elles expriment une position particulière des médecins avec les mots cités en association libre : *supérieur* (4.9%), *pouvoir* (3.5%), *arrogance* (1%), *ego* (0.5%), *prétentieux* (0.5%), *tout-puissant* (0.3%), *imbu* (0.3%), *condescendance* (0.3%), *surestimé* (0.3%), *gloire* (0.3%), *suffisance* (0.2%), *roi du monde* (0.2%), *dieu* (0.2%), *manque humilité* (0.2%), *individualisme* (0.2%), *jugement* (0.2%), *orgueil* (0.2%). Ce constat renvoie aux responsabilités professionnelles existantes entre médecins et sages-femmes où le médecin prend la décision finale pour la prise en charge d'une patiente en situation pathologique, ce qui semble confirmer par le fait que 31.1% des sujets évoquent la *pathologie* en association libre pour la profession de médecin.

En termes de formation, il apparaît nécessaire que les étudiants connaissent les responsabilités inhérentes à chacun des professionnels considérés dans le monde de la santé.

### 6.2.2.3 La perception des études médicales

Quel que soit le temps de l'enquête, le registre des études est évoqué lors de l'association libre de la profession de médecin. Nous retrouvons les termes de : *étude longue* (17.9%), *étude*

(6.6%), *étude difficile* (0.5%) puis de *concours* (0.7%), *ECN*<sup>6</sup> (0.5%), *thèse* (0.5%) et *formation théorique* (0.2%). *Etude longue* est présent parmi les dix items les plus cités pour la profession de médecin en association libre et est un élément central de la représentation. Il est intéressant de noter que ce thème est évoqué de façon prégnante pour la profession de médecin mais est très peu évoqué pour la profession de sage-femme. Pourtant, nous aurions pu imaginer retrouver cette thématique pour la profession de sage-femme au vu de la reconnaissance des études à un niveau master. La longueur des études de la profession de médecin et leur difficulté mettent bien en évidence un effet miroir avec les études de sage-femme. Dans notre école, par exemple, les étudiants nous rappellent qu'ils trouvent les études trop longues.

Il serait intéressant, en tant que sage-femme enseignante, d'organiser une séance autour de la perception que les étudiants ont des études de sages-femmes pour essayer de résoudre avec eux les points perçus comme rendant les études difficiles ou complexes et ainsi dédramatiser certaines situations.

#### **6.2.2.4 La vocation et plus beau métier**

Comme pour la profession de sage-femme, la *vocation* est évoquée (1.9%) dans l'association libre de la profession de médecin ainsi que *passion* (1.2%). *Vocation* n'est pas du tout cité par les L2 et en moindre proportion que pour la profession de sage-femme. Nous pouvons imaginer que le sens de *vocation* puisse évoluer avec le processus de professionnalisation. *Passion* est un élément périphérique de la représentation de la profession de médecin.

En tant que sage-femme enseignante, nous ne retrouvons pas sous-jacente l'évocation du choix par défaut de la profession de sage-femme ce qui aurait pu l'être puisque plus d'un tiers des personnes interrogées avaient choisi médecine comme choix initial.

#### **6.2.2.5 Compétences professionnelles, compétences respectives et rapports professionnels**

Au cours de l'association libre, 31.1% des sujets ont cité le terme *pathologie* et 11.1% le terme *maladie*. La frontière entre les domaines d'exercice de la profession de sage-femme et ceux de la profession de médecin apparaissent clairement.

Il est intéressant de noter que les sujets décrivent les compétences de manière générale pour la profession de médecin contrairement à la profession de sage-femme (*gynécologie*,

---

<sup>6</sup> ECN : Examen Classant National

*grossesse...*). Nous retrouvons les termes *compétence* (3.6%), *compétence technique* (0.3%), *compétence médicale* (0.2%). *Compétence* est un élément central de la représentation et est plus prégnant chez les professionnels de plus de un an que chez les L2. S'associent aussi les termes de *connaissance* (8.2%), *savoir* (5.2%) *technique* (4.2%). Il existe aussi peut être une forme d'admiration envers la profession de médecin qui se traduit par le mot *élite* (0.7%) par exemple. Notons également que ce mot a peut être également été utilisé de façon péjorative. Nous pouvons donc noter une ambivalence de la part des étudiants et des professionnelles qui décrivent la profession de médecin tantôt avec un versant positif tantôt avec un versant péjoratif. Pourtant, le fait que les sujets soient majoritairement d'accord sur le fait que la profession de sage-femme devrait prendre une place plus importante dans le système de santé devrait les rassurer sur leur propre profession et les rapports professionnels qu'ils entretiennent avec les médecins. La notion de *polyvalence* n'est que peu évoquée pour la profession de médecin. Le fait de décrire la profession de médecin sous forme de compétences généralistes traduirait peut être une méconnaissance des domaines étudiés par les personnes interrogées ou tout simplement le fait du biais de l'homogénéité de l'exogroupe (Quattrone & Jones, 1980) : les sages-femmes percevraient le groupe des médecins comme plus homogène que le leur.

Nous pouvons aussi constater que, lors de l'association libre, *profession médicale* transparait beaucoup moins que pour la profession de sage-femme (3.5% contre 25.3%). Cet élément est sûrement en lien avec le besoin de reconnaissance de la profession de sage-femme et le besoin d'affirmer son positionnement en tant que profession médicale. Il est par ailleurs un élément central de la profession de médecin donc la faible évocation de profession médicale est sûrement la conséquence d'un certain implicite professionnel.

Au contraire, *responsabilité médicale* est cité en plus forte proportion (33.3% contre 25.3%) et est aussi un élément central de la représentation de la profession de médecin.

Les professionnels de plus de un an évoquent significativement plus le terme *responsabilité médicale* que les M2, ce qui est typiquement le fruit d'un processus de professionnalisation, d'un gain en expérience professionnelle ( $\chi^2=4.225$ , ddl=1,  $p=0.039$ ).

La présence du terme *accompagnement* (2.3%) serait peut-être en lien avec la question précédente sur la représentation de la profession de sage-femme. C'est peut être également un élément commun aux deux objets car présent dans un objet plus large duquel il découlerait comme celui de profession de santé. Ce peut être enfin la trace d'une perception de l'accompagnement des patients par les médecins. Nous n'avons pas testé l'item *accompagnement* pour connaître sa position dans la structure de la représentation de la profession de médecin. Il aurait été intéressant de

pouvoir comparer le positionnement de cet item au sein de la structure des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin. Nous touchons ici une des limites de notre enquête.

Du fait des rapports professionnels existants entre la profession de sage-femme et la profession de médecin, nous observons l'apparition de terme de subordination entre les deux professions avec *supérieur* (4.9%), *hiérarchie* (3.3%), *autorité* (2.4%), *chef* (2.4%), *maître* (0.2%).

#### **6.2.2.6 Identité professionnelle**

N'ayant pas réalisé de question sur les ancrages représentationnels de la profession de médecin, nous allons essayer de repérer si certains éléments apparaissent au cours de notre enquête.

##### **6.2.2.6.1 Autonomie**

1.6% des personnes interrogées citent l'*autonomie* dans l'association libre de la profession de médecin, soit deux fois moins que dans celle de la profession de sage-femme. Médecin est une profession complètement autonome et indépendante dans ses décisions de prise en charge des patients. La faible proportion d'*autonomie* relève sûrement d'un implicite professionnel : cet élément est acquis et ne pose pas de question vive socialement ou dans le champ de la santé. La légitimité du médecin n'est pas remise en cause.

D'autres termes associés à la profession de médecin relèvent de cette dimension comme *corporatisme* (0.5%) et *lobby* (0.2%). Mais ils ne vont pas forcément dans le sens de l'*autonomie* : si le professionnel dépend d'autres professionnels ou de laboratoires pharmaceutiques, il ne garde pas toute sa liberté de pratiquer son activité.

##### **6.2.2.6.2 Equipe**

Autant la notion d'équipe est très peu évoquée pour la profession de sage-femme autant elle l'est pour la profession de médecin avec *équipe* (2.4%), *travail d'équipe* (1.2%), *coopération* (0.2%), *partenaire* (0.3%)... Cette notion est plus développée par les sujets qui possèdent plus d'expérience. C'est un élément périphérique de la représentation.

### 6.2.2.6.3 Contraintes

Nous retrouvons le même phénomène que pour la profession de sage-femme, le terme *contrainte* (0.7%) en tant que tel est peu cité mais des termes évocateurs des contraintes professionnelles apparaissent comme *surcharge de travail* (1.7%), *beaucoup d'heures* (1.2%), *garde* (0.7%), *charge de travail* (0.3%). Ce sont surtout les professionnels qui les évoquent car ils sont confrontés aux mêmes modes d'exercice que les médecins qu'ils côtoient : ils verbalisent les aspects plus complexes de la profession ce qui n'empêche pas les étudiants de percevoir ce phénomène puisque *contrainte* est un élément central de la représentation de la profession de médecin.

*Plus beau métier* (1%) est moins fréquent, ce qui semble logique puisque la profession de médecin ne présente pas autant d'enjeu que la profession de sage-femme pour les sujets interrogés.

En tant que sage-femme enseignante, il paraît vraiment opportun de faciliter l'organisation de groupes de parole car nous retrouvons les mêmes expressions pour la profession de sage-femme que pour la profession de médecin sur l'impact des conditions de travail dans le milieu de la santé.

### 6.2.2.6.3 Reconnaissance et statut social

Il existe un contraste évident entre ce que les personnes interrogées ont comme représentation de leur propre profession par rapport à la représentation de la profession de médecin. Le problème de reconnaissance évoqué pour la profession de sage-femme disparaît au profit de *reconnaissance* (7.1%) pour la profession de médecin.

Le contraste est saisissant entre le statut social perçu pour la profession de sage-femme et celui pour la profession de médecin. Il existe un effet miroir entre les deux représentations. L'item *bonne rémunération* apparaît comme central. Nous retrouvons des aspects positifs associés à cet item avec les termes de *réussite sociale* (0.2%), *rentabilité* (0.3%), *salaire élevé* (2.1%), *salaire* (3.1%), *bien payé* (2.1%), *honoraires* (0.5%), *argent* (5%), *mieux payé* (0.2%), *facilité financière* (0.2%).

Un autre aspect plus péjoratif se développe avec *prestigieux* (2.3%), *domination sociale* (0.2%), *place privilégiée* (0.2%).

### 6.2.2.6.4 Revendication professionnelle

Le contexte actuel de la profession de sage-femme et la difficile reconnaissance des compétences par les autres professionnels de santé et le grand public, l'apparition de la notion de chômage entraîne l'apparition de termes tels que *voleur de travail* (0.2%), *dénigre la sage-femme*

(0.5%) *manque de reconnaissance* (0.2%) *mépris de la sage-femme* (0.2%), *opposition sage-femme* (0.2%), *contre sage-femme* (0.2%)...

Ce constat rejoint notamment un article de presse paru dans le Monde (Rescan, 2016) sur l'inquiétude des gynécologues concernant les nouvelles attributions confiées aux sages-femmes sur la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses. Ils considèrent entre autres qu'il en résulte « une perte de chances pour les femmes » (Rescan, 2016) de se faire suivre par des sages-femmes.

Ce constat rejoint la nécessité de réaliser des jeux de rôle et des groupes de parole auprès des futurs professionnels de santé.

#### Synthèse de la représentation de la profession de médecin

- Eléments centraux : responsabilité, profession médicale, compétence, long cursus, bonne rémunération et contraintes
- Eléments saillants : pathologie, connaissance, reconnaissance
- La notion de *contrainte* est très faiblement citée alors que c'est un élément central
- La notion d'*équipe* est prégnante mais est pourtant un élément périphérique
- *Ecoute* un élément périphérique quelles que soient les années de formation
- *Autonomie* n'est pas considérée comme un attribut important de la profession de médecin : implicite professionnel ?
- La notion de *hiérarchie* apparaît
- Une partie des différents modes d'exercice de la profession et les spécialités professionnelles sont retrouvées
- Des notions liées au comportement relationnel sont données comme attitudes inadaptées à la profession de médecin
- La reconnaissance du statut social de la profession de médecin est affirmée
- Les difficultés actuelles de l'emploi pour la profession de sage-femme transparaissent
- *Vocation* est exprimée par seulement un 1% de la population interrogée

En synthèse, la sage-femme enseignante peut remédier à certaines situations :

- En organisant des **jeux de rôle** avec un panel de professionnels sages-femmes et médecins
- En explicitant les responsabilités de chacun des professionnels acteurs de la santé
- En réalisant une **séance** autour des études de sages-femmes
- En réalisant des **groupes de parole** pour exprimer les ressentis sur les conditions de travail

### 6.2.3 Synthèse sur l'évocation des deux représentations profession de médecin et profession de sage-femme

En observant les principaux résultats concernant les deux représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin, nous nous rendons compte que certains éléments de chacune des représentations semblent faire partie d'une représentation supérieure qui pourrait être celle de profession de santé ou de profession médicale : contraintes, qualités professionnelles... Dans le schéma suivant, nous noterons les éléments communs et les variations observées.

Représentation de la profession de médecin		Représentation de la profession de sage-femme
Contraintes, responsabilité et profession médicale : éléments centraux		
Spécialités	Modes d'exercice	Lieux
Elément périphérique	Ecoute	Elément central
En lien avec le côté relationnel	Attitudes inappropriées	En lien avec les conditions d'exercice
1%	Vocation	10%
Généralistes	Compétences	Spécifiques
Non présent dans le questionnaire	Accompagnement	Elément périphérique
Evoqué et périphérique	Equipe	Peu évoquée et central
Reconnaissance Rapport de force	Statut social	Problème de reconnaissance Difficulté de l'emploi

**Tableau 54 : Synthèse sur l'évocation des deux représentations profession de sage-femme et profession de médecin**

Nous pouvons faire l'hypothèse que la représentation de la profession de médecin et la représentation de la profession de sage-femme peuvent être la concrétisation d'un objet plus large (notion d'emboîtement, Vergès, 1992) et que la représentation de la profession de médecin s'est construite en miroir à la représentation de la profession de sage-femme sans relever d'une relation de réciprocité comme le montre Milland (2001) dans ses études sur les représentations du travail et du chômage. Ces deux processus peuvent par ailleurs coexister.

#### 6.2.4 La représentation de l'accompagnement

Nous n'avons pas abordé dans nos précédentes études cet objet professionnel. Cependant, au vu de la place que l'accompagnement prend dans la représentation de la profession de sage-femme (Frégonèse 2012, 2013), nous avons choisi d'aborder cet objet sous l'angle des représentations. Contrairement aux autres objets professionnels, nous n'avons pas testé la structure de cette représentation. Comme nous l'avons développé dans notre première partie de ce travail, l'accompagnement est l'élément qui rapproche le plus les sages-femmes de la population en termes de visibilité auprès du grand public.

L'enquête met en évidence l'association positive des termes cités en association libre avec plus de 90% de liens positifs. Cet objet professionnel est donc à considérer comme un élément clé du processus de professionnalisation. La difficulté d'interprétation des données vient de l'utilisation de nombreux synonymes et du domaine décrit de l'accompagnement. Cependant, l'accompagnement est considéré comme *primordial, indispensable* (1.9%) par les sujets en fin de cursus et les néo professionnels.

De *conseil* en début de cursus, cette représentation évolue vers *l'empathie*. Comme pour la profession de sage-femme, *l'empathie* est significativement plus présente chez les néo professionnels que chez les étudiants en début de cursus ( $\text{Chi}^2=18.49$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ). Il est intéressant de constater aussi que comme pour les deux autres objets de représentation étudiés, des *difficultés* sont signalées majoritairement par les professionnels de plus de un an. Nous pourrions faire l'hypothèse que finalement pour tout objet professionnel étudié, il existe une part de contraintes.

En tant que sage-femme enseignante, les séances d'analyse de pratiques sont sûrement un bon compromis pour faire s'exprimer les versants positifs et négatifs des pratiques professionnelles, et ainsi faire apparaître les obstacles au bon déroulement d'une activité de soin avec la possibilité de remédier à certaines situations.

La notion de *confiance* apparaît dans les dix premiers mots les plus cités pour la représentation de l'accompagnement, confiance qui signifie « foi en quelque chose, en quelqu'un » (CNRTL). Il est intéressant de noter ce rapport inconscient à la religion (cf. historique de la profession de sage-femme). L'association de termes plus professionnels apparaît dans le discours des professionnels comme *responsabilité, compétence* et *cœur de métier*. L'accompagnement est donc considéré comme un réel enjeu professionnel. Il nécessite un *investissement* (1.38%) de la part des

personnes qui le réalisent, du *temps* (4.68%) ainsi que le *don de soi* (4.68%), qualité historiquement définie pour la profession de sage-femme.

Il est intéressant de noter la présence du terme *sage-femme* (9.2%). Il témoigne de l'importance de l'accompagnement dans le rôle propre de la profession de sage-femme. Comme *accompagnement* est un élément périphérique de la représentation de la profession de sage-femme, *sage-femme* serait intéressant à insérer dans un test d'indépendance au contexte pour l'accompagnement. Comme nous l'avons déjà dit, il aurait été pertinent de faire la même chose avec le terme *accompagnement* pour la profession de médecin.

#### Synthèse de la représentation de l'accompagnement

- Éléments saillants : écoute, aide, soutien, confiance, empathie
- 90% des items sont liés à des liens positifs en association libre
- Fait de l'*empathie* un caractère spécifique
- Les notions de *responsabilité*, de *compétence* et *cœur de métier* sont associées à l'accompagnement
- Les termes de *difficultés* et de *temps* qualifient l'accompagnement
- La *confiance* est un attribut important
- Les termes *investissement*, *temps*, *don de soi* sont nécessaires
- C'est le rôle propre de la *sage-femme* de réaliser l'accompagnement

En synthèse, la sage-femme enseignante peut remédier à certaines situations :

- En organisant des **séances d'analyse de pratique** pour comprendre les pratiques professionnelles

Après avoir observé les résultats obtenus sous l'angle praxéologique, nous allons essayer de les aborder sous un angle plus théorique des représentations et des systèmes de représentation.

### 6.3 Intérêt théorique de l'étude des représentations

Comme nous avons déjà noté dans nos résultats, il est souvent difficile de voir des changements en comparant chaque niveau de formation avec le niveau suivant ou précédent. Nous avons considéré finalement l'amplitude la plus grande entre les étudiants en L2 et les professionnels de plus de un an. Nous avons aussi fait le choix d'observer, à partir de données recueillies de façon longitudinale, deux populations avec les réponses appariées sur les 3 temps de l'enquête : les L2 et les M2. Ainsi, elles couvrent l'ensemble des niveaux requis.

### 6.3.1 Le processus de professionnalisation en question

Nous allons essayer, au travers des résultats obtenus, de mettre en avant les éléments qui rendent compte du processus de professionnalisation de la profession de sage-femme.

Au niveau des qualités professionnelles, il nous semble que le positionnement des étudiants est plus « social » comme l'atteste le terme *humanisme* ( $\text{Chi}^2=9.84$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0016$ ) alors que les néo professionnels mettent plus en avant *empathie* ( $\text{Chi}^2=18.94$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ) et *disponibilité* ( $\text{Chi}^2=3.88$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0489$ ), en adéquation avec leur réponses à l'association libre (profession de sage-femme et accompagnement).

Au niveau des attitudes inappropriées, *l'incompétence* augmente avec l'expérience en fonction des années même si ce résultat n'est pas significatif. L'apprentissage professionnel et la déontologie professionnelle ont sûrement un effet sur la représentation professionnelle de la profession de sage-femme et participent du processus de professionnalisation.

Nous observons une évolution symétrique entre l'activité caractéristique de la profession de sage-femme qui passe d'*accouchement*, *grossesse* et *prise en charge de la patiente* chez les L2 vers *accompagnement* et *sage-femme libérale* chez les professionnels de plus de un an ( $\text{Chi}^2=16.56$ ,  $\text{ddl}=4$ ,  $p=0.0023$ )<sup>7</sup> et le test d'indépendance au contexte de la profession de sage-femme où nous observons une prégnance de *plus beau métier* ( $\text{Chi}^2=7.41$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0064$ ) chez les L2 et une prise d'importance d'*accompagnement* ( $\text{Chi}^2=17.78$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ), *responsabilité médicale* ( $\text{Chi}^2=8.29$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0039$ ) et *profession médicale* ( $\text{Chi}^2=5.83$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0157$ ) chez les professionnels de plus de un an. Il en est de même avec la question d'association libre de la profession de sage-femme : de *bébé* ( $\text{Chi}^2=10.11$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0014$ ) et d'*accouchement* ( $\text{Chi}^2=7.60$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0058$ ) chez les L2 à *empathie* ( $\text{Chi}^2=26.59$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ), *responsabilité* ( $\text{Chi}^2=9.17$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0024$ ) et *accompagnement* ( $\text{Chi}^2=6.05$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0138$ ) chez les professionnels de plus d'un an. Il existe donc une cohérence dans le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme autour de la prépondérance du terme *accompagnement*. Même si *accompagnement* n'est pas un élément central, c'est un élément clé de l'évolution d'une représentation sociale vers une représentation professionnelle de la profession de sage-femme.

Il est intéressant de noter que l'ancrage professionnel sur la situation professionnelle stable est très majoritairement porté par les L2 ( $\text{Chi}^2=40.71$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ). La réalité du marché du travail a un impact sur la perception de la profession de sage-femme au cours des années.

---

<sup>7</sup> Cf tableau 12, p.109

Nous nous rendons compte que le processus de professionnalisation a une influence sur la représentation de la profession de sage-femme mais aussi sur celle de la profession de médecin. Ainsi le passage d'une vision sociale de la profession de médecin avec *indisponible* ( $\text{Chi}^2=5.11$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0236$ ) chez les L2 à une vision plus professionnelle avec *compétences* participe de ce processus.

Deux éléments issus de la question d'association libre pourraient être vus comme des marqueurs du processus de professionnalisation. Tout d'abord, le fait qu'au fur et à mesure de l'avancée dans les années, la moyenne du nombre de mots cités diminue. L'avancée dans les études et l'expérience auraient pour conséquence de rendre la représentation plus consensuelle : en effet, comme l'a décrit Auzoult & Hardy-Massard (2015), la pratique est un élément qui permet de réduire la distance à l'objet. Le fait que les sujets ont mis significativement moins de temps à répondre à l'association libre de la profession de sage-femme qu'aux deux autres est peut être également le signe de la construction de cette image consensuelle. Nous ne retrouvons pas cette situation pour les deux autres objets.

La proximité des sujets à l'objet profession de sage-femme semble attester par le fait que le temps de réponse à la question sur l'association libre de la profession de sage-femme est significativement inférieur à celui sur la profession de médecin. Nous noterons donc l'effet inverse lors des réponses aux TIC : les temps de réponse sont significativement supérieurs pour l'objet profession de sage-femme que pour l'objet profession de médecin. Nous interprétons ce fait dans le même sens que précédemment : il est la trace d'une réflexion plus importante pour l'objet profession de sage-femme. La proximité de l'objet et l'importance qu'il représente conduirait à une plus grande réflexion lorsqu'il s'agit d'estimer la systématité des items proposés et l'objet profession de sage-femme.

L'implicite professionnel semble être également le témoin du processus de professionnalisation : en effet, concernant la notion d'*équipe*, elle est absente en termes de mots cités en association libre pour la profession de sage-femme à partir des M2. Il en est de même avec l'apparition du mot *chômage* uniquement chez les professionnels.

De même, il existe une similarité dans l'évolution des deux représentations de la profession de sage-femme et de médecin avec le passage d'*étude longue* ( $\text{Chi}^2=6.13$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0132$ ) significativement plus présent chez les L2 à *pathologie* ( $\text{Chi}^2=6.13$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0132$ ), *responsabilité* ( $\text{Chi}^2=4.14$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0418$ ), *équipe* ( $\text{Chi}^2=3.98$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0460$ ) significativement plus présents chez les professionnels de plus de un an. Ainsi, nous retrouvons des similitudes dans l'évolution des

deux représentations. La notion de *responsabilité* prend significativement plus d'importance pour les deux représentations chez les professionnels de plus de un an.

Enfin, pour la question d'association libre d'accompagnement, le processus de professionnalisation fait évoluer la représentation de *conseil* ( $\text{Chi}^2=6.15$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0131$ ), *psychologie* ( $\text{Chi}^2=4.41$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0418$ ), *suivi* ( $\text{Chi}^2=6.39$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0114$ ) significativement plus présents chez les L2 à *empathie* ( $\text{Chi}^2=18.49$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p<0.0001$ ), *disponibilité* ( $\text{Chi}^2=9.13$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0025$ ), *échange* ( $\text{Chi}^2=5.55$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0183$ ) et *couple* ( $\text{Chi}^2=5.04$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.0247$ ) significativement plus présents chez les professionnels de plus de un an.

### 6.3.2 De la représentation sociale à la représentation professionnelle

Les éléments du noyau central de la représentation de sage-femme et de la représentation de médecin varient très peu avec l'avancement dans la formation ou dans la vie active (Frégonèse & Ratinaud, 2016b). Contrairement à notre enquête précédente (Frégonèse, 2013), nous ne voyons pas de transformation du noyau central de la représentation au fur et à mesure des années. Les effectifs étaient bien inférieurs par rapport à cette étude et cela pourrait avoir un effet sur les tests utilisés comme l'avaient montré Dany & Apostolidis (2007) avec le test de mise en cause sur des faibles effectifs. Une autre hypothèse est que l'utilisation d'une méthode longitudinale révèle un comportement identique de l'échantillon contrairement à une étude transversale qui introduit une variété réelle entre les groupes. Enfin, nous pourrions aussi penser à un effet de consistance : le questionnaire a été le même au cours des trois temps de l'enquête.

Les changements à noter sont vraiment à la marge avec *équipe* pour la profession de sage-femme : en effet, *équipe* est un élément périphérique chez les L2 et les professionnels de plus de un an mais un élément central pour les autres années. Il en est de même pour la profession de médecin où l'item *malade* est un élément central uniquement chez les M2 et *diagnostic* chez les professionnels de moins de un an.

Grâce au test de Mc Nemar, nous pouvons remarquer d'autres détails d'évolution : le terme de *responsabilité* ( $\text{Chi}^2=4.22$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.039$ ) est significativement plus présent chez les professionnels de plus de un an que chez les M2 pour la profession de médecin et *empathie* ( $\text{Chi}^2=9.03$ ,  $\text{ddl}=1$ ,  $p=0.002$ ) est significativement plus présent chez les professionnels de plus de un an que chez les M2 pour accompagnement.

C'est là que l'étude d'un système a un intérêt, il permet de voir les intrications entre les objets de représentation et les différents niveaux observés dans le processus de professionnalisation.

### 6.3.3 Système de représentation

Les différents schémas Merge of Similarity Graphs montrent les liens entre les trois objets au cours du temps. Les points d'accroche évoluent dans le temps et les termes utilisés restent à peu près les mêmes même si leurs saillances changent significativement. Ainsi, c'est le sens des objets qui évolueraient en fonction du temps.

Le système nous a aussi montré que les représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin sont imbriquées et émaneraient d'une entité supérieure plus généraliste que pourrait être la représentation de la profession de santé. Ces représentations seraient ainsi emboîtées. Les items communs parmi les éléments centraux (*responsabilité, profession médicale* et *contrainte*) et les éléments périphériques (*passion*) en témoignent. De plus, *accompagnement* est cité pour ces deux représentations en proportions différentes mais cela rejoint l'étude de notre troisième objet l'accompagnement.

### 6.3.4 Retour sur l'hypothèse de recherche

Tout au long de notre étude, nous avons pu étudier deux aspects des représentations.

L'approche structurale nous a montré que l'évolution d'une représentation, que ce soit celle de la profession de sage-femme ou celle de la profession de médecin, est très lente. La stabilité de la structure, malgré le processus de professionnalisation, est notable.

L'observation d'un système de représentations a permis de se rendre compte des relations entre les objets par l'intermédiaire de notions participant à la définition des deux représentations.

L'hypothèse d'une transformation, au sens structural du terme, des représentations de 3 objets professionnels que sont la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement au cours de la formation chez les étudiants et au cours des premières années d'exercice est donc à nuancer.

### 6.3.5 Stabilité lexicale des items du noyau central et variation sémantique des objets

Nous avons donc, grâce à cette étude longitudinale, pu observer que les mêmes mots sont utilisés pour décrire chacune des représentations mais, grâce à l'étude d'un système, nous nous sommes rendu compte que l'organisation de ces mots évolue en fonction du processus de professionnalisation (cf. schémas). Les associations entre les items changent au fur et à mesure des années de formation et professionnelles. Le jeu des associations nous permet de comprendre et d'interpréter le contenu des représentations. Pour autant la variabilité des items est un phénomène

à la marge. Ce constat nous permet de penser que le sens attribué à chacun de ces objets évolue lui aussi au cours du processus de professionnalisation, et nous pouvons faire l'hypothèse que notamment la signification des items les plus saillants change comme nous avons pu le voir pour *accompagnement*. Nous pourrions supposer qu'il en serait de même avec les items *profession médicale*, *contraintes* et *responsabilité*. Nous rejoignons ainsi Bataille (2002) sur la polysémie du noyau central.

Si nous reprenons la théorie du point de vue structural de la représentation au sens d'Abric, le noyau central est un élément stable et rigide et le système périphérique un élément souple et mouvant (Abric, 2003, p.29). Nous avons pu observer que certains items pouvaient être empreints de sens différents en fonction du contexte et de la situation dans lesquels ils sont liés aux autres items pour une même représentation. Par exemple, le terme *vocation*, le terme *plus beau métier* pour la profession de sage-femme. Ainsi, avec notre étude, nous pourrions compléter cette approche structurale dans le sens où la structure est stable dans le champ lexical mais mouvante dans le champ sémantique. Nous rejoignons l'approche de Bataille, selon laquelle : « [...] les éléments périphériques détermineraient le sens du noyau central, [...] » (2002, p.30) et non l'inverse. Le sens n'est significativement pas porté par le noyau central puisqu'il est polysémique mais consensuel comme l'évoque Moliner & Martos (2005a, 2005b) avec la notion de « noyau-matrice » (p.3.11).



# Conclusion

---

Nous avons réalisé une recherche à propos de la professionnalisation des étudiants sages-femmes. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'étude d'un objet théorique, la dynamique des représentations de trois objets professionnels : la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement. Notre double inscription en tant que chercheur et formateur en écoles de sages-femmes a permis des interactions de points de vue selon la place à laquelle nous nous situons : le formateur possède la connaissance des institutions, du fonctionnement des écoles, des règles et normes professionnelles alors que le chercheur connaît les règles méthodologiques inhérentes à la recherche. L'un et l'autre sont garants des postures qu'ils incarnent. Ce double regard objectif et subjectif a amené cette recherche à ouvrir des possibles tant sur le plan praxéologique que théorique.

L'étude menée au cours de ce travail de recherche présente des caractéristiques particulières concernant l'approche du processus de professionnalisation de la profession de sage-femme au travers des représentations sociales et professionnelles. Nous avons effectué une étude longitudinale avec trois temps d'enquête auprès de l'ensemble de la population des étudiants sages-femmes. Nous avons suivi des sujets de la 2<sup>ème</sup> année de formation (L2) à leur deuxième année d'exercice. Ainsi, nous avons recueilli sur 6 ans les représentations de la profession de sage-femme, de la profession de médecin et de l'accompagnement. Le taux de participation sur les trois ans témoigne d'un vif intérêt des personnes interrogées sur la compréhension du processus de professionnalisation. L'originalité de cette étude réside dans l'approche spécifique du champ de la santé souvent abordé sous l'angle des représentations des maladies mais très peu sous l'angle des représentations des professionnels évoluant dans ce champ.

Les principaux résultats montrent la stabilité des items centraux des objets de représentation étudiés comme *responsabilité*, *profession médicale* et *contraintes* par exemple. Cependant, des variations sont tout de même notables et elles témoignent que la signification globale des objets est modifiée avec l'évolution d'*accouchement* vers *accompagnement* pour la représentation de la profession de sage-femme, ou bien le passage d'*écoute* et *conseil* vers *empathie* pour la représentation de l'accompagnement.

Il en ressort que l'alternance et l'expérience professionnelle, y compris celle acquise pendant les stages, participent à l'évolution du processus de professionnalisation. Seule, la formation

théorique n'est pas suffisante pour une réelle transformation des représentations comme nous l'avons vu avec les L2 (interrogés avant leur premier départ en stage). Le contact avec les professionnels de l'école et ceux des terrains de stage, la mise en pratique des acquis théoriques, la rencontre avec les autres professionnels de la santé, l'approche du fonctionnement des services et des rapports hiérarchiques sont autant de vecteurs qui font évoluer les représentations sociales en représentations socio-professionnelles puis en représentations professionnelles.

Grâce à la connaissance des représentations, ce travail de recherche nous a permis de donner une dimension praxéologique et de proposer des solutions pédagogiques. Des séances d'analyse des pratiques pour faire émerger les obstacles inhérents à certaines situations professionnelles, des tables rondes pour que les professionnels du monde de la santé perçoivent clairement les missions de chacun et leur rôle dans chaque secteur d'activité, des jeux de rôle, des groupes de parole pour libérer les émotions enfouies lors des stages...sont autant d'outils pour améliorer la formation en école de sages-femmes.

Une rigueur méthodologique dans la construction des catégories lemmatisées de façon identique pour les trois objets de représentation a permis la création d'un outil méthodologique de visualisation d'un système de représentations en recomposition en fonction des différentes années de formation (Ratinaud & Frégonèse, 2016). Cet outil est une aide interprétative qui semble pertinente dans le cadre d'études longitudinales sur les représentations. Nous pouvons ainsi observer le processus de professionnalisation de façon dynamique.

Sur le plan de l'approche structurale des représentations, nous avons montré que ces dernières évoluent très lentement au cours de la formation et des premières années professionnelles. L'approche par système de représentations semble ainsi présenter un intérêt pour comprendre la pré-formation, la formation, la dé-formation et la re-formation des liens entre les items de chaque représentation. Cette étude a mis en avant une dimension théorique concernant l'approche structurale des représentations à savoir que la structure d'une représentation est stable dans le champ lexical mais certainement mouvante dans le champ sémantique. La temporalité, le contexte de formation, les ancrages participent à l'évolution des représentations. Ces mêmes items qui ont une traduction sémantique différente en fonction des niveaux témoignent d'une certaine réflexivité des sujets selon le niveau de professionnalisation, souvent liée à l'expérience et à l'évolution des valeurs. Cette approche rompt avec la lecture classique des représentations sociales et professionnelles. Elle montre le rôle prépondérant de la formation dans le processus de professionnalisation.

Revenons un temps sur notre interrogation formulée en début de discussion. Notre thèse nécessite ce retour que nous annonçons. Les particularismes régionaux sont à prendre en compte pour être au plus près de la réalité. Nous avons fait le choix de ne pas en tenir compte (notamment pour l'organisation intra école de chaque programme de formation). Nous avons fait ce choix suite à l'évolution des travaux sur les représentations de la profession de sage-femme qui ont débuté auprès des professionnels (médecins et sages-femmes) pour notre diplôme de DHEPS-REPS<sup>8</sup>, puis qui se sont poursuivis auprès des étudiants sages-femmes de l'école de Toulouse (Master 2 recherche). L'idée principale de cette thèse a été de recueillir des données permettant de voir ce qui bouge dans les représentations entre la formation et l'insertion professionnelle. Nous nous sommes interrogée sur la nature des représentations étudiées dans ce travail en fonction du groupe observé : représentations sociales ou représentations collectives ? Selon Rateau & Rouquette (1998), les représentations sont dites collectives « en tant qu'elles sont consensuelles entre les groupes de la société » ou sociales « en tant qu'elles se révèlent différenciatrices de ces mêmes groupes » et indifféremment l'une ou l'autre « lorsqu'il s'agit d'un consensus intragroupe » (p.15). Au vu des résultats concernant la structure stable du noyau central des deux objets étudiés mais aussi de la variabilité sémantique en fonction des niveaux d'évolution, nous nous trouvons sûrement dans la situation où l'une ou l'autre des dénominations peut être utilisée. Serions-nous indifféremment dans un intragroupe avec l'ensemble des promotions comme un seul groupe ou en intergroupe avec le particularisme de chaque niveau ? Cette étude est prompte à remettre en cause une partie de la théorie structurale du noyau central et notamment sur sa fonction génératrice de sens. Selon l'approche structurale, deux représentations sont différentes si elles sont organisées autour de deux noyaux centraux différents (Abric, 2003, p.21). Dans notre étude, les noyaux centraux ne changent pas au cours des différents niveaux professionnels et de formation : nous serions donc dans le cas d'un consensus et d'une représentation collective de l'objet. Or, nous notons bien des variations dans les représentations de chaque objet d'un groupe à un autre : le noyau central est bien porteur d'un sens différent du fait du changement des éléments périphériques qui le constituent. De même les L2, L3 et M1 sont bien un même groupe du fait de notre étude longitudinale. Une des preuves que la signification du noyau central évolue est l'observation même de l'étude de la représentation d'accompagnement qui est un élément périphérique de la profession de sage-femme. Cette étude va aussi dans le sens de Moliner & Martos (2005a, 2005b) sur le rôle du noyau central voire du noyau-matrice dans une approche plus évolutive du modèle structural des représentations sociales.

---

<sup>8</sup> DHEPS-REPS : Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales et Responsable d'Etudes et de Projet Social

Enfin, de nouvelles perspectives de recherche peuvent être envisagées. Nous pourrions en effet intégrer l'accompagnement dans les questions d'indépendance au contexte pour la profession de médecin. Cette question supplémentaire pourrait permettre de connaître le statut de cet item dans l'approche structurale de la représentation de la profession de médecin et ainsi de pouvoir le comparer à la construction des deux autres représentations. Un potentiel effet écoles, du fait de l'autonomie des universités sur l'ingénierie de programme de formation, pourrait être un critère d'une étude sur les représentations inhérentes au processus de professionnalisation chez les étudiants. Une autre étude permettrait de voir s'il existe une représentation supérieure aux deux représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin qui pourrait être regroupé sous l'intitulé profession de santé. La question de l'association libre pour l'objet profession de santé pourrait apporter une conclusion sur les liens existants ou pas avec ce système de représentation. Ainsi, ce travail permettrait de mettre en avant les interactions entre les différentes représentations d'un même champ professionnel et les types de relation qu'entretiennent les représentations les unes par rapport aux autres.

Et pour approfondir notre sujet de recherche, nous pourrions interroger les sages-femmes pour mieux comprendre la transformation sémantique qui s'opère au cours du processus de professionnalisation. Cette approche serait alors plus qualitative et pourrait être réalisée grâce à des entretiens, lors de groupes de travail ou des séances d'analyse des pratiques professionnelles...

# Bibliographie

---

Abensur, L., Chevalier, D. (2008). La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement. *La revue de la sage-femme*, 7, 333-341.

Abric J.-C., (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thèse de Doctorat : Université de Provence, Aix-en-Provence. [document non publié]

Abric, J.-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Delval.

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie et société*, 4, 81-104.

Abric, J.-C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Abric J.-C. (Dir.). (2005). *Les Représentations sociales : méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville St-Agne : Eres.

Abric, J.-C., Vergès, P. (1996). *Formes et traitement de questionnaires en analyse de représentations sociales*. Aix-en-Provence : 3ème rencontre internationale des représentations sociales.

Allport Allport, G. W. (1954). The historical background of modern social psychology, in G. Lindzey et E. Aronson (Eds), *The Handbook of Social Psychology*. Reading : Addison-Wesley.

Apostolidis, T., Duveen, G., Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie & société*, 5, 7-11.

Auzoult, L., Hardy-Massard, S. (2015). Système de pensée associé aux violations de règles d'hygiène auprès d'étudiants en soins infirmiers. *Le travail humain*, 79 (4), 335-354.

Balcou-Debussche, M. (2005). L'écriture et la socialisation professionnelle des étudiants : l'exemple des infirmiers, sages-femmes et aides-soignants en formation initiale. *Le sociographe*, 18, 47-58.

Barbusse, B., Glaymann, D. (2012). Les stages offrent-ils une réponse pertinente aux défis de la professionnalisation des études supérieures ? In E. Quenson et S. Coursaget (dir.), *La professionnalisation de l'enseignement supérieur*. Toulouse : Octarès, 75-88.

Bataille, M. (2000). Représentation, implicitation, implication. In C. Garnier et M-L. Rouquette, *Représentations sociales et éducation*. Montréal, Québec : Éditions nouvelles, 165-189.

Bataille, M. (2002). Un noyau peut-il ne pas être central ? In C. Garnier et W. Doise, *Représentations sociales*. Balisage du domaine d'études. Montréal, Québec : Éditions nouvelles, 25-34.

Bataille, M. (2007). Qu'est-ce que vieillir pour un chercheur ? In C. Montandon & J. Trinc (Eds.), *Vieillir dans le métier*. Paris : L'harmattan, 245-250.

Bataille, M. (2010). Interventions. In P. Champy-Remoussenard, *Mise en mots du travail et étude de la relation travail / formation*. Communication présentée pour le Master Recherche CREFI-T, axe professionnalisation, 5 mai 2010, Toulouse, France.

Bataille, M., Blin, J.-F., Mias, C., Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'Année de la recherche en Sciences de l'Éducation*, 57-89.

Beauvois J.-L., Joule R.-V., Monteil J.-M. (1998). *Vingt ans de psychologie sociale expérimentale francophone*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble. Disponible sur <http://www.psychologie-sociale.eu>.

Bergeron, A. (2003). Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002). *Recherches féminines*, 2 (16), 139-165. Disponible sur <http://www.erudit.org>.

Bernard, M.-R., Eymard, C. (2012). Evolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Santé Publique*, 4 (24), 283-289.

Bernard, M.-R., Eymard, C. (2014). L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé Publique*, 5 (26), 591-602.

Bishop, G.-F., Tuchfarber, A.-J., Oldendick, R.-W. (1986). Opinions on fictitious issues : The pressure to answer survey questions. *Public Opinion Quarterly*, 50, 240-250.

Bonardi, C., Roussiau, N. (2008). *Les représentations sociales*. Les topos. Paris : Dunod.

Bonnet, D., Eymard, C (à paraître). Définir des objectifs en formation initiale en Maïeutique : place du référentiel métier et de compétences. *Pédagogie médicale*.

Bourdieu, P. (1977). La production de la croyance : contribution à une économie des biens symboliques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, 3-43.

Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Editions Seuil.

Bourdoncle, R. (2000). Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et Formation*, 35, 117-132.

Brandin, P., Choulot, S., Gaffié, B. (1998). Etude expérimentale de la transformation de deux représentations en réseau. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 37, 97-121.

Broussal, D. (2009). Valeurs et normes dans la formation des élèves sages-femmes. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2009 (22), 121-138.

Broussal, D. (2013). Du clair-obscur évaluatif et de ses effets sur la réingénierie des formations : la professionnalité des sages-femmes à l'heure de l'universitarisation. In V. Bedin & L. Talbot (dir.), *Les points aveugles dans l'évaluation des dispositifs d'éducation ou de formation*. Berne : Peter Lang, 121-141.

Camargo, B.-V., Wachelke, J. (2010). The study of social representation systems : Relationships Involving Representations on aging, AIDS and the body. *Papers on Social Representations*, 19 (21), 1-21.

Campos, P.-H.-F., Lagares, R. (2002). The traffic and driving social representations. In *Acts of the 5<sup>th</sup> International Conference on Social Representations*, Montréal, 454-472.

Carré, P. (2005). *L'apprenance, vers un nouveau mode de rapport au savoir*. Paris : Dunod.

Carricaburu, D. (1992). La profession de sage-femme : une autonomie en question. In P. Aiach et D. Fassin, *Sociologie des professions de santé*. La Garennes-Colombes : Éditions de l'Espace Européen, 205-223.

Castel, P., Lacassagne, M.-F. (2011). Contrat de communication et partitions sociales. In P. Castel, E. Salès-Wuillemin & M.-F. Lacassagne. *Psychologie Sociale, Communication et Langage*, 19-34. Paris : De Boeck.

Champy, F. (2011). Nouvelle théorie sociologique des professions. Paris : PUF.

Champy-Remoussenard, P., Rothan, B. (1999). De la mise en mots du travail à l'analyse des pratiques professionnelles : la formation d'étudiants de licence de Sciences de l'Éducation. *Recherche et Formation*, 32, 163-184. Article disponible sur <http://www.inrp.fr>.

Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Revue Savoirs*, 8, 11-50.

Champy-Remoussenard, P. (2010). *Mise en mots du travail et étude de la relation travail/formation*. Communication présentée pour le Master Recherche CREFI-T, Axe de professionnalisation, 5 mai 2010, Toulouse.

Charrier, P. (2004). Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? L'intégration professionnelle des étudiants hommes sages-femmes. *Travail, Genre et Société*, 12, 105-124.

Charrier, P. (2005). *Des hommes dans une profession « traditionnellement » féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes*. In Colloque international « L'inversion du genre », mai 2005, Brest.

Claire, C. (2010). La souffrance des sages-femmes : le plus beau métier du monde en 2010. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 392, 35.

Clénet, J. (2002). *L'ingénierie des formations par alternance*. Paris : L'Harmattan.

Clénet, J. (2010). *Formations des adultes, alternances et professionnalisations : des recherches à l'épreuve de la complexité*. Communication présentée au 2<sup>ème</sup> congrès international francophone sur la complexité. Lille. 31 mars et 1 avril 2010.

Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education et didactique*, 1, 83-93.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.

Conseil Européen de Lisbonne. (2000). *Conclusions de la présidence*. Bruxelles : Conseil de l'Union européenne. Disponible sur <http://www.consilium.europa.eu>.

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. (2015). *Démographie et statistiques*. Document disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr>. Consulté le 01/04/2016.

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. (2010). *Référentiel métier et Compétences des sages-femmes*. Document disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr>.

Couturier, Y., Chouinard, I. (2008). La relation est-elle soluble dans la didactique ? La relationnalité dans les métiers relationnels comme objet d'une didactique des savoirs professionnels. In Y. Lenoir & P. Pastré (dir.). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*, 213-223. Toulouse : Octarès.

Crescini, C. (2004). *Les hommes sages-femmes*. Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Toulouse Paul Sabatier. [document non publié]

Dambrun, M. (2005). *Préjugés et stéréotypes : les différentes mesures implicites cognitives de préjugés et de stéréotypes*. Disponible sur <http://www.prejuges-stereotypes.net>.

Dany, L., Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14(4), 335-344.

Dany, L., Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 73 (1), 11-26.

De Landsheere, G. (1979). *Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation*. Paris : PUF.

De Rosa, A.-S. (1995). Le « réseau d'associations » comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales : structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1(28), 96-122.

Decap, R. (2004). *Les représentations professionnelles des cadres de santé : incidence de l'introduction d'un nouvel outil de travail*. Mémoire de Maîtrise en Sciences de l'Éducation et de la Formation : Université de Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Deconchy, J.P. (1984). Système de croyance et représentations idéologiques. In S. Moscovici (Eds). *Psychologie sociale*. Paris : P.U.F.

Degenne A., Verges P. (1973). Introduction à l'analyse de similitude. *Revue française de sociologie*, 14, 471-511.

Delbos, G. (1993). Eux ils croient...nous on sait. *Ethnologie française*, 3 (XXIII).

Delhomme, P., Meyer, T. (1997). *Les projets de recherche en psychologie sociale*. Paris : Armand Colin.

Demazière, D., Roquet, P., Wittorski, R. (2012). *La professionnalisation mise en objet*. Paris : L'Harmattan.

Demeester, A., Eymard, C., Vanpee, D. (2012). Apprentissage du raisonnement Clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. *Revue française de pédagogie*, 181, 43-54.

Dernat, S., Siméone, A. (2014). Représentations socio-professionnelles et choix de la spécialisation : le cas de la filière vétérinaire rurale. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 30-2, 1-23. Disponible sur <http://ripes.revue.org>.

Desmares, M. (2008). Hôpital, patient, territoire, santé...Danger ? Quelle place pour la profession de sage-femme en mutation ? *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 376, 35-39.

Desnoyers, E. (2007). *Profession sage-femme et problématique de genre*. Mémoire de Master 2 recherche en Sociologie : Université de Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Di Giacomo, J.-P. (1980). Intergroup alliances and rejections within a protest movement : analysis of the social representations. *European Journal of Social Psychology*, 10 (4), 329-344.

Dictionnaire : *Larousse en couleurs*. (1991). Paris : Larousse.

Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge : Cambridge University Press.

Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet et J-F. Richard, *Traité de psychologie cognitive* (3). Paris : Dunod.

Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie sociale*, XLV, 405, 189-195.

Doise, W., Palmonari, A. (Eds.). (1996). *L'étude des représentations sociales. Textes de base en sciences sociales*. Chatenois les forges : Presses de l'imprimerie du lion.

DREES. (2011a). Document de travail. *Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, 157. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157.pdf>

DREES. (2011b). Document de travail. *Les professions de santé au 1er janvier 2011*, 158. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158.pdf>

DREES. (2011c). Le parcours des étudiants en école de sages-femmes. *Etudes et résultats*, 768, 8p.

DREES. (2012). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes et résultats*, 791, 8 p.

Dubar, C. (2001). *La socialisation*. Paris : PUF.

Dumont, J.-F. (2011). *Les moniteurs éducateurs en formation. Le partage professionnel des émotions*. Paris : L'Harmattan.

Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Félix Alban.

Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6. Disponible sur <http://sbisrvntweb.uqac.ca>.

Durkheim, E. (1990). *L'évolution pédagogique en France*. Paris : PUF.

Fernagu-Oudet, S. (2015). Alternance et environnement capacitant : pour une alternance capacitante. In 5<sup>ème</sup> journée de didactique des formations sanitaires et sociales du CHU de Toulouse (03/12/2015) : *Stage et enseignement clinique : inscrire le sens dans la cohérence*. Disponible sur <http://ecoles-instituts.chu-toulouse.fr>.

Fischer, G-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod.

Flament, C. (1962). L'analyse de similitude. *Cahiers du centre de recherche opérationnelle*, 4.

Flament, C. (1981). L'analyse de similitude : une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Cahiers de psychologie cognitive*, 1(4), 375-395.

Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Cousset : Del Val, 143-150.

Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 204-219.

Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In J.-C. ABRIC (Eds), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 37-57.

Flament, C. (2003a). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 224-239.

Flament, C. (2003b). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 37-58.

Flament, C., Guimelli, C., Abric, J.-C. (2006). Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 69 (1/06), 15-32.

Fougères, S. (2010). *Le rôle de l'émotion dans l'implication professionnelle des étudiant-e-s sages-femmes*. Mémoire de Master 2 recherche en sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Fraïssé, C. (2000). Influence de la fréquence de la mise en œuvre de pratiques sur une structuration inter-représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 45, 85-97.

Fraysse, B. (1996). Evolution des représentations socioprofessionnelles des élèves ingénieurs : étude diachronique comparative sur trois départements de l'INSA de Toulouse. Thèse en Sciences de l'Éducation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Frégonèse, C. (2012). La connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme : enjeux pour la formation. Mémoire de DU DHEPS-REPS 2012. Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Frégonèse, C. (2013). *Le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme au travers de la dynamique des représentations de deux objets : la profession de sage-femme et la profession de médecin*. Mémoire de Master 2 recherche en sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Frégonèse, C., Ratinaud, P. (2015). Connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. *La Revue Sage-Femme*, 14(1), 7-13.

Frégonèse, C., Ratinaud, P. (2016). La professionnalisation des sages-femmes : analyse par la dynamique des représentations sociales et professionnelles. *Revue suisse des Sciences de l'Éducation*, 38(2), 385-401.

Frégonèse, C., Ratinaud, P. (2016). *Etude longitudinale d'un système représentationnel : la profession de sage-femme, la profession de médecin et la notion d'accompagnement chez les étudiants sages-femmes*. Communication présentée pour le CIRS, 16 septembre 2016, Marseille, France.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.

Freidson, E. (1985). La profession médicale. *Revue française de sociologie*, 26-4, 720-722. Article disponible sur [www.persee.fr](http://www.persee.fr).

Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic*. Chicago : The university of Chicago Press.

Gachassin, B. (2013). *Université et professionnalisation : quels liens chez les étudiants en sciences de l'éducation ? : une approche par la théorie des représentations sociales*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Gachassin, B., Labbé, S., Mias, C. (2013). Les étudiants face à la professionnalisation à l'université. *Recherche et Formation*, 73, 37-56.

Garcia, S. (2008). Les logiques de dé-professionnalisation des universitaires. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 7, 197-215.

Garnier, C. (1999). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. In M.-L. Rouquette & C. Garnier (Eds.), *La genèse des représentations sociales*. Montréal : Nouvelles, 87-113.

Garnier, Y., Vinciguerra, M. (2006). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.

Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Mesnil-sur-l'Estrée : Fayard.

Goffman, E. (1975). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Editions de Minuit.

Greiner, C-C. (2007). Quel avenir pour les sages-femmes en France ? *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 359, 2-4.

Guimelli, C. (1988). *Agression idéologique, pratiques nouvelles et transformation progressive d'une représentation sociale*. Thèse de Doctorat : Université de Provence, Aix-en-Provence. [document non publié]

Guimelli, C. (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Paris : PUF.

Guimelli, C., Rouquette, M.-L. (2004). Etude structurale de la relation d'antonymie entre deux objets de représentation sociale : la sécurité vs l'insécurité. *Psychologie et Société*, 7, 71-87.

HAS (2005). Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations disponibles sur <http://www.has-sante.fr>.

HAS (2012). Jamais la première fois sur le patient ! *Lettre HAS*, 31. Article disponible sur <http://www.has-sante.fr>.

Hervo-Desmeure, I. (2011). *La construction de l'identité professionnelle des étudiants sages-femmes : entre reproduction des stéréotypes sexués et socialisation professionnelle*. 5 p. In colloque de sociologie « La santé, quel travail !? », 25 mars 2011, Nantes. Article disponible sur <http://www.msh.univ-nantes.fr>.

Hugues, E.C. (1996). *Le regard sociologique*. Paris : EHESS.

Jacques, B. (2005). *Sociologie de l'accouchement*. Thèse de Doctorat en sociologie : Université de Bordeaux Victor Segalen. [document non publié]

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jacques, B. (2010). *Le métier de sage-femme ou la féminité comme compétence*. 12 p. In Colloque international « La dimension relationnelle des métiers de service : Cache-sexe ou révélateur du genre ? », 2-3 septembre 2010, Université de Lausanne, Suisse. Article disponible sur <http://www.unil.ch>.

Jobert, G. (1985). Processus de professionnalisation et production de savoirs permanents. *Education permanente*, 80, 125-145.

Jodelet, D. (1984). Réflexions sur le traitement de la notion de représentation en psychologie sociale. *Communication-Information*, 2-3 (VI).

Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 31-61.

Jodelet, D. (1991). Représentation sociale. In *Grand Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.

Jorro, A. (2009). La construction de l'ethos professionnel en formation. *Travail et apprentissage*, 3, 13-25.

Jorro, A., De Ketele, J-M. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.

Kalampalikis, N. (2006). Affronter la complexité : représentations et croyances. In V. Haas (dir.), *Les Savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 229-237.

Kohn, R.C., Negre, P. (1990). *Sur quelques avatars de l'observation humaine*. Actes du colloque d'Alençon, Paris, Matrice ANDSHA.

Knibiehler, Y. (2007). *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*. Rennes : Éditions de l'école nationale de la santé publique.

L.Dos S. Alessio, R., Apostolidis, T., de S. Santos M., Dany, L. (2011). Représentations sociales et embryon humain : une étude comparative Brésil/France. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 92 (4), 371-395.

La Broise, P. de (2013). Une professionnalisation dans son inverse. *Recherche et Formation*, 72, 57-70.

La Broise, P. de, Demailly, L. (2009). Les enjeux de la déprofessionnalisation. Etudes de cas et pistes de travail. *Socio-logos*, 4.

Lac, M. (2003). *Un groupe en formation : contribution à l'analyse des transformations de l'implication et des représentations : l'exemple du DEUST "médiation sociale, éducative et documentaire : les métiers de l'animation"*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Education et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Lac, M. (2009). *La dynamique de groupe*. Cours réalisé dans le cadre du DU DHEPS REPS, 06 novembre 2009, Toulouse.

Lac, M., Mias, C., Labbé, S., Bataille, M. (2010). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Education* 2010 (24), 133-145.

Lévi-Strauss, C. (1955). *Tristes tropiques*. Paris : Plon.

LimeSurvey Project Team. Carsten Schmitz (2015). LimeSurvey : *An Open Source survey tool*. LimeSurvey Project, Hamburg, Germany. Disponible sur <http://www.limesurvey.org>.

Lo Monaco, G., Lheureux, F., Halimi-Falkowicz, S. (2008). Test d'indépendance au contexte (TIC) et structure des représentations sociales. *Swiss Journal of Psychology / Revue Suisse de Psychologie*, 67 (2), 119-123.

*Loi 95-116 du 04 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (1)* (NOR : SPSX 9400133L) : transfert des compétences de l'ordre des médecins à l'ordre national des sages-femmes. JORF 31 du 05 février 1995, 1992. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

*Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants (1)* (NOR: ESRX 0830378L). JORF 0156 du 8 juillet 2009, 11472. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

*Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (NOR : SASX 0822640L) : réalisation par les sages-femmes de consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention. JORF 0167 du 22 juillet 2009, 12184. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Mc Guire, W.-J., Mc Guire, C.-V. (1991). The content, Structure and operation of thought systems. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Advances in Social Cognition*. New-Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1-78.

Madiot, B. (1999). De l'institution à la représentation : élaboration de la représentation sociale de l'orchestre national de jazz. In C. Garnier (Dir.), M.-L. Rouquette, *La genèse des représentations sociales*. Montréal : Editions nouvelles, 42-62.

Markova, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Paris : PUF.

Maroy, C. (2006). Les évolutions du travail enseignant en Europe. *Cahiers de la recherche du Girsef*, 42, 4-32.

Maroy, C., Cattonar, B. (2002). Professionnalisation ou déprofessionnalisation des enseignants ? *Cahiers de recherche du Girsef*, 18, 2-29.

Maubant, P. (2007). Pour une approche dialectique de l'alternance dans la formation professionnelle des enseignants. *Éducation permanente*, 173, 53-65.

Maubant, P. (2008). Pour une lecture démocratique du partenariat en éducation. *Revue internationale en éducation familiale*, 24, 137-153.

Maubant, P., Roger, L., Caselles-Desjardins, B., Mercier, B., Gravel, N. (2010). Questions et enjeux dans l'étude compréhensive des processus de professionnalisation dans les métiers de l'intervention humaine. *Les dossiers des Sciences de l'Education* 2010 (24), 109-132.

Mauss, M. (1947). *Manuel d'ethnographie*. Paris : Payot.

Mayen, P. (2008). Dix développements sur la didactique professionnelle et le développement. In Y. Lenoir & P. Pastré (Dir.). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*, 110-125. Toulouse : Octarès.

Mediadico : Dictionnaire de la langue française, de la langue anglaise. Disponible sur <http://www.mediadico.com>.

Merton, R.-K. (1957). *The student physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge : Harward University Press.

Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience*. Paris : Chronique sociale.

Mias, C. (1998). *L'implication professionnelle dans le travail social*. Paris : L'Harmattan.

Micaud, J. (2000). Au cœur de l'apprentissage professionnel : la souffrance ? Enquête auprès des usagers des écoles de sages-femmes et propositions d'actions. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 284, 2-15.

Midy, F. et al. (2004). *La profession de sage-femme*. In D. POLTON, *Le rapport annuel de l'ONDPS : Analyse de trois professions, sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, tome 3, rapport 2004, 9-50. Article disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>.

Midy, F., Legal R., Tisserand F. (2005). La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins. *Bulletin d'information en économie de la santé IRDES : questions d'économie de la santé*, 101.

Midy, F., Condinguy, S., Delamaire, M-L. (2005). La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. *Bulletin d'information en économie de la santé IRDES : questions d'économie de la santé*, 102.

Milland, L. (2001). De la dynamique des rapports entre représentations sociales du travail et du chômage. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 15(2), 27-56.

Ministères des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. (1985). *Arrêté du 27 décembre 1985 relatif aux études de sage-femme* (JO du 21-01-1986).

Ministères de l'Education nationale et de la Santé. (2001). *Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens* (NOR : SANP 0124323A). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (1999). *Processus de Bologne*. Disponible sur <https://www.hesge.ch>

Ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2011). *Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques* (NOR : ESRS 1119920A). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2013). *Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme* (NOR : ESRS 1301419A). Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr>.

Ministère de la Santé. *Articles L.4151-1 et L.4151-3 du Code de la Santé Publique*. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr>.

Ministère de la Santé. *Article R4127-305 du Code de Déontologie*. Disponible sur <http://legifrance.fr>.

Ministères du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2011). *Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes* (NOR: ETSH 1125207D). Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr>.

Ministères du Travail, de l'Emploi et de la Santé et du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat. (2012). *Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention*

*nationale des sages-femmes libérales* (NOR: ETSS 1206647A). Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr>.

Moliner, P. (1988). La représentation sociale comme grille de lecture. Thèse de Doctorat en Psychologie Sociale : Université de Provence. [document non publié]

Moliner, P. (1989). Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, 41, 759-762.

Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales*. Saint-Martin d'Hères : PUG.

Moliner, P. (Ed.). (2001). *La dynamique des représentations sociales*. Grenoble : PUG.

Moliner, P., Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Grenoble : PUG.

Moliner, P., Martos, A. (2005). La fonction génératrice de sens du noyau des représentations sociales : une remise en cause ? *Papers on Social Representations*, 14, 3.1-3.12. Article disponible sur <http://www.psr.jku.at>

Moliner, P., Martos, A. (2005). Une redéfinition des fonctions du noyau des représentations sociales. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2(1), 89-96.

Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales : pratique des études de terrain*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Morel, M-F. (1991). Comptes rendus. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 3 (46), 636-640. Article disponible sur <http://www.persee.fr>.

Morel, M-F. (2010). Naître en France XVII-XXème siècles. *Contact Santé*, 230, 47-49.

Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse son image et son public*. Paris : PUF.

Moscovici, S. (1981). *L'âge des foules : un traité historique de psychologie des masses*. Paris : Fayard.

Moscovici, S. (1996). *Psychologie des minorités actives*. Paris : PUF.

Netto, S. (2011). *Professionnalisation du métier d'enseignant et informatique à l'école élémentaire : une approche par la théorie des représentations sociales et professionnelles*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Oudet, S. (2010). Alternances et professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2010 (24), 83-95.

Palmonari, A. & Doise, W. (1986). Un nouveau champ d'étude : caractéristiques des représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales*, 12-33. Paris : Delachaux et Niestlé.

Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. In Y. Lenoir & P. Pastré (Dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*, 54-79. Toulouse : Octarès.

Pelletier, G. (2010). De la professionnalisation en éducation : regard sur les directions d'établissement. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2010 (24), 29-38.

Perrenoud, Ph. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation Permanente*, 160, 35-60.

Pianelli, C., Abric, J.-C. & Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(86), 241-274.

Piaser, A. (1999). *Représentations professionnelles à l'école : Particularités selon le statut : enseignant, inspecteur*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Piaser, A., Bataille, M. (2011). Of contextualised use of « social » and « professional ». In M. Chaïb, B. Danermark, S. Selander (Eds.), *Social Representations and Transformation of Knowledge*. London : Routledge, 44-54.

Piaser, A., Ratinaud, P. (2010). Pensée sociale, pensée professionnelle : une approche singulière en Sciences de l'Éducation. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 23, 7-14.

Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Revue Questions vives en éducation et formation*. Numéro thématique : Le développement professionnel : quels indicateurs ? 5(11), 259-275.

Potocki Malicet, D. (1997). *Éléments de sociologie du travail et de l'organisation*. Paris : Anthropos.

Pouvreau-Romilly, O.-Y. (1991). *L'événement de la naissance*. Toulouse : Eres.

Py, J., Somat, A. (2007). Ingénierie psychosociale : un modèle de recherche appliquée et d'intervention. In S. Ionescu et A. Blanchet (Eds), M. Bromberg, A. Trognon (Dir). *Psychologie sociale et ressources humaines*, 161-176. Paris : PUF.

Quattrone, G.-A., Jonne, E.-E. (1980). The perception of variability within in-groups and out-groups : Implications for the law of the small numbers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(1), 141-152.

R Development Core Team. (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible sur <http://www.R-project.org>.

Rapport Thuillez, C. (2006). *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*.

Rateau, P. (2001). *Méthode et statistique expérimentales en sciences humaines*. Paris : Ellipses.

Ratinaud, P. (2003). *Les professeurs et Internet : Contribution à la modélisation des pensées sociale et professionnelle par l'étude de la représentation professionnelle d'Internet*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation et de la Formation : Université Toulouse Le Mirail. [document non publié]

Ratinaud P., Lac M. (2011). Understanding professionalization as a representational process. In M. Chaïb, B. Danemark, S. Selander (Eds.). *Education, Professionnalization and Social Representations. On the Transformation of Social Knowledge*, 55-67. New-York, Oxon : Routledge.

Ratinaud, P., Sendrané, B., Piasser, A. (2013). *Dynamique des représentations sociales et professionnelles de la profession d'assistant(e) de service social*. Montpellier : AREF.

Ratinaud, P. (2014). *IRaMuTeQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Version 0.7 alpha 2)*. Disponible sur <http://www.iramuteq.org>.

Ratinaud, P., Frégonèse, C. (2016). *Une méthode pour la visualisation de la dynamique des systèmes de représentations sociales*. Communication présentée pour le CIRS, 17 septembre 2016, Marseille, France.

Reinert, M. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, 8 (2), 187-198.

Remoussenard, P. (2010). Des liens entre besoin de connaissance du travail et perspectives de professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation*, 24, 13-27.

Rescan, M. (2016). *Le renforcement du rôle des sages-femmes réveille la bataille avec les gynécologues*. Disponible sur <http://www.lemonde.fr>.

Rey, A. (1999). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.

Rey, A., Rey-Debove, J. (2009). *Le nouveau petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Le Robert.

Robert, P. (2008). Groupes de parole pour formation de soignants. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50, 133-139.

Roquet, P. (2007). La diversité des processus de professionnalisation : une question de temporalités. *Carriérologie*, 11 (1), 195-207.

Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses. Essai de psychologie politique*. Grenoble : PUG.

Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.

Rouquette, M.-L., Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales. La psychologie en plus*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Rouquette, M.-L. (2000). Représentations et pratiques sociales : une analyse théorique. In C. Garnier, M.-L. Rouquette (Eds.), *Représentations sociales et éducation*. Montréal : Editions Nouvelles, 133-142.

Salès-Wuillemin, E., Galand, C., Cabello, S., Folcher, V. (2011). Validation d'un modèle tri-composantiel pour l'étude des représentations sociales à partir des mesures issues d'une tâche d'associations verbales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 91, 231-252.

Schwartz, Y. (1999). La compétence, une question pour le philosophe. In Club CRIN (Ed.). *Entreprises et compétences : le sens des évolutions*, 213-218. Paris : Les cahiers du club CRIN.

Schweyer, F-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences sociales et santé*, 3 (14), 67-102. Article disponible sur <http://www.persee.fr>.

Schweyer, F-X. (2003). Crises et mutations de la médecine hospitalière. In J. De Kervasdoue, *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod.

Séigny, S. (1998). *Effet de l'approche de mesure et des fonctions d'attitudes sur l'accessibilité de l'attitude*. Mémoire de maîtrise en Education : Université du Québec. [document non publié]

Simmel, G. (1993). *La tragédie de la culture*. Paris : Rivages.

Simmel, G. (1999). Sociologie. *Etudes sur les formes de socialisation*. Paris : Presses Universitaires de France.

Tavignot, P. (2005). La professionnalisation : un paradoxe ou un consensus au service de l'expérience professionnelle. In R. Wittorski. *Formation, travail et professionnalisation*, 175-194. Paris : L'Harmattan.

Teiger, C. (1993). Représentations du travail, travail de la représentation. In A. Weil\_Fassina, P. Ralandel et A. Dubois, *Représentations pour l'action*, 311-345. Toulouse : Octares.

Trémintin, J. (2007). Réflexion sur l'accompagnement et la responsabilité. *Lien social : l'actualité sociale autrement*, 828. Article disponible sur <http://www.lien-social.com>.

Tsafak, G. (2001). Comprendre les sciences de l'éducation. Paris : L'Harmattan.

Valence, A., Roussiau, N. (2005). Etude de la transformation de représentations sociales en réseau (idéologie, droits de l'homme et institution). *Cahiers de psychologie politique*, 7, 13 p.

Valence, A., Roussiau, N. (2009). L'immigration et les droits de l'Homme dans les médias : une analyse représentationnelle en réseau. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 81(1), 41-63.

Valence, A., Roussiau, N. (2012). Les représentations des droits de l'Homme et de l'immigration : une approche systémique de la pensée sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 95-96(3), 369-392.

Vanhulle, S. (2007). Alternances en formation. Bruxelles : De Boeck.

Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, 45(4-7), 203-209.

Wittorski, R. (2001). La professionnalisation en questions. *Questions de recherches en éducation : action et identité*, 33-48. Paris : L'Harmattan, INRP.

Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'harmattan.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement des compétences professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 11-38. Article disponible sur <http://halshs.archives-ouvertes.fr>

Wittorski, R. (2010). La professionnalisation : d'un objet social à un objet scientifique... *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2010(24), 7-11.

Wittorski, R. (2012). La professionnalisation de l'offre de formation universitaire : quelques spécificités. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28 (1), 1-13.

Wittorski, R., Roquet, P. (2013). Professionnalisation et déprofessionnalisation : des liens consubstantiels. *Recherche et Formation*, 72, 71-88.

Zoïa, G., Visier, L. (2013). Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ? Professionnalisation / déprofessionnalisation. *Recherche et Formation*, 72, 41-56.

# Glossaire

---

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances

ALCESTE : Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simplifiés d'un Texte

CHD : Classification Hiérarchique Descendante

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Examen Classant National

IraMuTeq : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

LMD : Licence Master Doctorat

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

TIC : Test d'Indépendance au Contexte

# Liste des tableaux

---

Tableau 1 : Répartition des Unités d'Enseignement de la PACES à l'université de Toulouse .....	29
Tableau 2 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFGSMa2 à l'école de sages-femmes de Toulouse.....	30
Tableau 3 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFGSMa3 à l'école de sages-femmes de Toulouse.....	30
Tableau 4 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFASMa1 à l'école de sages-femmes de Toulouse.....	31
Tableau 5 : Exemple de répartition de l'enseignement en DFASMa2 à l'école de sages-femmes de Toulouse.....	31
Tableau 6 : Tableau de synthèse de Moliner (2001, p.259) concernant la dynamique des représentations à partir des indicateurs contextuels, quantitatifs et qualitatifs des phases d'émergence, de stabilité et de transformation des représentations sociales.....	80
Tableau 7 : Modalités de calcul du Chi <sup>2</sup> Mac Nemar (Ratinaud, 2003, p.140).....	94
Tableau 8 : Analyse prototypique.....	95
Tableau 9 : Répartition de la population aux différents temps de l'enquête en ne tenant compte que des appariements possibles .....	101
Tableau 10 : Tableau des correspondances des appellations des années de formation et professionnelles.....	102
Tableau 11 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme et les années L2 et professionnels de plus de un an (Annexe VI).....	107
Tableau 12 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les activités caractéristiques de la profession de sage-femme et les années L2 et professionnels de plus de un an (Annexe VI).....	109
Tableau 13 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les différents ancrages et les années L2 et professionnels de plus de 1 an (Annexe VI).....	114
Tableau 14 : Présentation structurale des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin.....	117
Tableau 15 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les items utilisés lors du test d'indépendance au contexte pour la profession de sage-femme et le niveau de formation L2 et les professionnels de plus de un an. (Annexe VI).....	118
Tableau 16 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les items utilisés lors du test d'indépendance au contexte pour la profession de médecin et le niveau de formation L2 et les professionnels de plus de un an. (Annexe VI).....	118
Tableau 17 : Temps moyen de réponse en secondes au test d'indépendance au contexte de la profession de sage-femme et de la profession de médecin .....	119
Tableau 18 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour la profession de sage-femme.....	120
Tableau 19 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2 .....	121
Tableau 20 : Les 9 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 2.....	121

Tableau 21 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 3 .....	121
Tableau 22 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2.....	122
Tableau 23 : Les 10 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 2 .....	122
Tableau 24 : Les 9 items les plus cités pour la profession de sage-femme en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 3 .....	122
Tableau 25 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour la profession de médecin .....	123
Tableau 26 : Les 10 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2 .....	124
Tableau 27 : Les 9 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 2 .....	124
Tableau 28 : Les 9 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 3 .....	124
Tableau 29 : Les 8 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2.....	125
Tableau 30 : Les 7 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 2 .....	125
Tableau 31 : Les 7 items les plus cités pour la profession de médecin en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 3 .....	125
Tableau 32 : Nombre et moyenne des mots cités en association libre pour l'accompagnement .....	126
Tableau 33 : Les 9 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2 .....	127
Tableau 34 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 2.....	127
Tableau 35 : Les 7 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les L2_an 3.....	127
Tableau 36 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2.....	128
Tableau 37 : Les 9 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 2 .....	128
Tableau 38 : Les 10 items les plus cités pour l'accompagnement en effectifs et en pourcentages chez les M2_an 3 .....	128
Tableau 39 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de sage-femme (nombre ; pourcentages) .....	129
Tableau 40 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de médecin (nombre ; pourcentages).....	129
Tableau 41 : Qualité du lien des items de l'association libre avec la profession de médecin (nombre ; pourcentages).....	130
Tableau 42 : Temps moyen de réponse en secondes au cours de l'étude longitudinale aux questions d'association libre concernant la profession de sage-femme, la profession de médecin et l'accompagnement .....	130
Tableau 43 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour la profession de sage-femme (Annexe VIII)	132

Tableau 44 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour la profession de médecin (Annexe VIII).....	132
Tableau 45 : Synthèse des résultats de Mc Nemar pour l'accompagnement (Annexe VIII) .....	133
Tableau 46 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de la profession de sage-femme et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI .....	133
Tableau 47 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de la profession de médecin et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI .....	134
Tableau 48 : Chi <sup>2</sup> significatifs entre les items de l'association libre de l'accompagnement et le niveau (L2/professionnels de plus de un an) Annexe VI .....	134
Tableau 49 : Analyse prototypique de la profession de sage-femme (Annexe IX).....	143
Tableau 50 : Analyse prototypique de la profession de médecin (Annexe IX).....	146
Tableau 51 : Analyse prototypique de l'accompagnement (Annexe IX).....	149
Tableau 52 : Items communs aux différentes représentations en fonction des niveaux de formation ou professionnels .....	164
Tableau 53 : Caractéristiques d'un système de 3 représentations .....	165
Tableau 54 : Synthèse sur l'évocation des deux représentations profession de sage-femme et profession de médecin.....	184

# Liste des schémas

---

Schéma 1 : Hiérarchie des formations cognitives (d'après Rouquette, 1998, p.53) .....	61
Schéma 2 : Coexistence de deux ordres de représentations d'après Piaser et Bataille (2011) .....	72
Schéma 3 : Du passage des représentations sociales aux représentations professionnelles d'après Piaser & Bataille (2011).....	73
Schéma 4 : Dynamique des pratiques et des représentations sociales d'après Flament (1994) .....	77
Schéma 5 : Figure 23 Champ représentationnel d'après Ratinaud (2003) .....	77
Schéma 6 : Chronologie de la méthodologie d'enquête.....	98
Schéma 7 : Synthèse de la méthodologie d'enquête.....	98
Schéma 8 : Choix de la population retenue pour notre enquête .....	102
Schéma 9 : CHD de la profession de sage-femme avec les 3 temps de l'association libre à partir de L2 .....	151
Schéma 10 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de L2 .....	153
Schéma 11 : CHD de la profession de sage-femme avec les 3 temps de l'association libre à partir de M2.....	154
Schéma 12 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de M2 .....	156
Schéma 13 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les L2 .....	158
Schéma 14 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les L3 .....	159
Schéma 15 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les M1.....	160
Schéma 16 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les M2 .....	161
Schéma 17 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les professionnels de moins de un an .....	162
Schéma 18 : Merge of Similarity Graphs des trois représentations pour les professionnels de plus de un an .....	163

# Liste des graphiques

---

Graphique 1 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction de l'âge à la 1 <sup>ère</sup> passation (n=192) en pourcentages.....	103
Graphique 2 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction du genre à la 1 <sup>ère</sup> passation (n=192) en pourcentages.....	104
Graphique 3 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction des écoles (n=192) en pourcentages.....	104
Graphique 4 : Répartition de la population L2 et M2 en fonction de leur choix initial (n=192) en pourcentages.....	105
Graphique 5 : Lieu de remplissage du questionnaire (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale.....	106
Graphique 6 : Qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale.....	107
Graphique 7 : Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale.....	108
Graphique 8 : Activités caractéristiques de la profession de sage-femme (n=192) en pourcentages au cours de l'étude longitudinale.....	109
Graphique 9 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (n=534) en pourcentages.....	110
Graphique 10 : La profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération (n=562) en pourcentages.....	110
Graphique 11 : La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions (n=521) en pourcentages.....	111
Graphique 12 : La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (n=575) en pourcentages.....	112
Graphique 13 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (n=519) en pourcentages.....	112
Graphique 14 : La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (n=572) en pourcentages.....	113
Graphique 15 : La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (n=570) en pourcentages.....	114
Graphique 16 : La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (n=530) en pourcentages.....	114
Graphique 17 : La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (n=559) en pourcentages.....	115



# Table des matières

---

Remerciements.....	5
Sommaire .....	7
Introduction.....	9
1. Sage-femme et formation sage-femme .....	13
1.1 Qu'est-ce qu'être sage-femme aujourd'hui ?.....	13
1.1.1 Un paradoxe.....	13
1.1.2 L'exercice sage-femme aujourd'hui .....	13
1.1.3 Retour aux définitions .....	14
1.1.4 Pour quelles compétences ? .....	14
1.1.5 Sage-femme : entre métier et profession.....	15
1.1.6 Des attributs spécifiques à la profession de sage-femme .....	18
1.1.6.1 La féminisation .....	18
1.1.6.2 L'autonomie au cœur du débat ou comprendre les relations inter professionnelles et le rapport au public .....	19
1.1.6.3 Question de l'identité professionnelle.....	20
1.1.6.4 Problème de reconnaissance ?.....	21
1.2 La formation des sages-femmes .....	22
1.2.1 Historique.....	22
1.2.1.1 Le contexte .....	22
1.2.1.2 L'organisation de la formation .....	23
1.2.1.3 Les conditions d'admission ou critères de sélection .....	23
1.2.1.4 Le contenu de la formation .....	24
1.2.1.5 La durée de la formation.....	25
1.2.1.6 La validation .....	25
1.2.1.7 Les avantages conférés .....	25
1.2.1.8 La scission.....	25
1.2.2 Et depuis ce temps ?.....	26
1.2.3 La dernière réforme des études.....	28
1.2.4 Histoire de vocation.....	32
1.2.5 La question du savoir être : quel impact sur le futur professionnel ?.....	33
1.2.6 Comprendre les valeurs et les enjeux dans un contexte de transmission.....	35

1.2.6.1 Le référentiel métier.....	35
1.2.6.2 Le Code de Déontologie.....	35
1.2.6.3 Le programme des études.....	36
1.2.6.4 Transmettre les valeurs de la profession.....	37
1.2.7 2011 : le nouveau programme des études de sage-femme : entre mutation et résistances.....	38
1.2.8 La formation sage-femme et les recherches.....	38
1.2.9 Bilan sur la formation aujourd’hui.....	40
2. La professionnalisation.....	43
2.1 Définitions polysémiques.....	43
2.2 La formation au cœur de la professionnalisation.....	46
2.3 Formation professionnalisante et formation professionnelle.....	49
2.4 L’alternance.....	50
2.5 Représentations et construction identitaire.....	52
2.6 La réflexivité.....	52
2.7 La place de l’expérience.....	53
2.8 L’analyse des pratiques.....	54
2.9 Les voies de professionnalisation.....	55
2.10 La place des formateurs.....	56
2.11 Les limites : vers une professionnalisation-déprofessionnalisation.....	57
3. Les représentations sociales.....	61
3.1 Qu’est-ce qu’une représentation sociale ?.....	62
3.1.1 Historique.....	62
3.1.2 Définition.....	62
3.1.3 Le modèle sociogénétique.....	64
3.1.3.1 La genèse des représentations sociales.....	64
3.1.3.2 Les fonctions des représentations sociales.....	65
3.1.4 Le modèle structural ou théorie du noyau central.....	66
3.1.4.1 Le noyau central.....	66
3.1.4.2 Le système périphérique.....	67
3.1.4.3 Un noyau peut-il ne pas être central ?.....	68
3.1.4.4 La zone muette.....	68
3.1.5 Le modèle sociodynamique ou les principes générateurs de prise de position.....	69
3.1.6 Le modèle dialogique.....	70

3.2. Les représentations professionnelles.....	71
3.2.1 Définition .....	71
3.2.2 Les caractéristiques et les fonctions des représentations professionnelles.....	72
3.3 Des représentations sociales aux représentations professionnelles : la professionnalisation sous ses aspects représentationnels .....	73
3.4 La dynamique des représentations .....	75
3.4.1 Le rôle des pratiques sociales sur l'évolution ou le changement des représentations.....	75
3.4.2 Phases, indicateurs et méthodes de recherche sur la dynamique des représentations.....	78
3.4.2.1 Les phases d'existence d'une représentation .....	78
3.4.2.2 Les différents types d'indicateurs.....	78
3.5 Un système représentationnel .....	80
3.6 Représentations de la profession de sage-femme dans la littérature .....	83
4. Problématique et méthodologie.....	87
4.1 Etude de l'évolution de trois objets de représentation .....	87
4.2 Détermination des objets .....	88
4.3 Le questionnaire comme outil de recueil .....	89
4.4 Les méthodes de recueil des représentations .....	90
4.4.1 L'association libre .....	90
4.4.2 Le test d'indépendance au contexte .....	91
4.4.3 L'identification des points d'ancrage représentationnel.....	92
4.5 Population et lieu d'enquête .....	92
4.6 Les méthodes d'analyse des données .....	93
4.6.1 Prétraitement de l'association libre .....	93
4.6.2 Le test du Chi <sup>2</sup> .....	94
4.6.3 Le test Chi <sup>2</sup> de Mac Nemar.....	94
4.6.4 Kolmogorov-Smirnov .....	94
4.6.5 L'analyse prototypique .....	95
4.6.6 L'analyse de similitude.....	95
4.6.7 Classification Hiérarchique Descendante (CHD) .....	96
4.6.8 Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) .....	96
4.7 Observation et expériences de terrain.....	97
4.8 Les limites de l'enquête.....	99
4.8.1 La création d'une situation artificielle d'enquête .....	99
4.8.2 Notre posture .....	99

4.9 Les points forts de l'enquête .....	99
4.9.1 Le retour des questionnaires .....	99
4.9.2 L'originalité du sujet et sa faisabilité .....	100
5. Résultats .....	101
5.1 La population .....	101
5.2 Age.....	103
5.3 Genre .....	104
5.4 Ecole .....	104
5.5 Choix initial .....	105
5.6 Lieu de remplissage.....	106
5.7 Qualités professionnelles indispensables à l'exercice de la profession de sages-femmes .....	107
5.8 Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme .....	108
5.9 Activités caractéristiques de la profession sage-femme .....	109
5.10 Ancrage et profession de sage-femme.....	110
5.10.1 Ancrage sociétal .....	110
5.10.2 Ancrage économique.....	110
5.10.3 Ancrage historique traditionnel .....	111
5.10.4 Ancrage technique.....	112
5.10.5 Ancrage dans la santé .....	112
5.10.6 Ancrage interpersonnel .....	113
5.10.7 Ancrage relationnel .....	113
5.10.8 Ancrage économique et sociétal .....	114
5.10.9 Ancrage psychosocial.....	115
5.11 Eléments centraux et périphériques .....	115
5.12 Résultats aux trois tests d'association libre.....	119
5.12.1 L'association libre pour la profession de sage-femme .....	119
5.12.2 L'association libre pour la profession de médecin .....	123
5.12.3 L'association libre pour l'accompagnement .....	126
5.12.4 Liens (neutre, positif ou négatif) associés aux items cités pour chaque objet .....	129
5.12.5 Temps de réponse moyen aux questions d'association libre .....	130
5.12.6 Test de Mac Nemar .....	131
5.12.6.1 Synthèse pour la profession de sage-femme .....	131
5.12.6.2 Synthèse pour la profession de médecin .....	132
5.12.6.3 Synthèse pour l'accompagnement .....	133

5.12.7 Chi <sup>2</sup> entre les items cités pour la profession de sage-femme et le niveau (L2 – Professionnels de plus de un an) .....	133
5.12.8 Chi <sup>2</sup> entre les items cités pour la profession de médecin et le niveau (L2 – Professionnel de plus de un an).....	134
5.12.9 Chi <sup>2</sup> entre les items cités pour l'accompagnement et le niveau L2 – Professionnel de plus de un an.....	134
5.13 Analyse de similitude sur les associations libres.....	135
5.13.1 Analyse de similitude de la profession de sage-femme et évolution de L2 à professionnel de plus de 1 an.....	135
5.13.2 Analyse de similitude de la profession de médecin et évolution de L2 à professionnel de plus de 1 an.....	137
5.13.3 Analyse de similitude de l'accompagnement et évolution de L2 à professionnel de plus de 1 an.....	139
5.14 Analyse prototypique sur les résultats de l'association libre .....	141
5.14.1 Analyse prototypique de la profession de sage-femme.....	141
5.14.2 Analyse prototypique de la profession de médecin.....	144
5.14.3 Analyse prototypique de l'accompagnement.....	147
5.15 La classification hiérarchique descendante (CHD) sur les résultats de l'association libre .....	150
5.15.1 La CHD de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de L2 .....	150
5.15.2 La CHD de la profession de sage-femme avec les trois temps de l'association à partir de M2 .....	153
5.15.3 Synthèse des deux analyses sur la profession de sage-femme.....	156
5.15.4 Les CHD de la profession de médecin et de l'accompagnement .....	157
5.16 Etude des systèmes de représentations.....	158
5.16.1 Merge of Similarity Graphs (MSG) pour les L2 .....	158
5.16.2 Merge of Similarity Graphs pour les L3 .....	159
5.16.3 Merge of Similarity Graphs pour les M1.....	160
5.16.4 Merge of Similarity Graphs pour les M2.....	161
5.16.5 Merge of Similarity Graphs pour les professionnels de moins de un an.....	162
5.16.6 Merge of Similarity Graphs pour les professionnels de plus de un an .....	163
6. Discussion.....	167
6.1 Point de vue du chercheur point de vue de l'enseignant.....	167
6.2 Intérêt praxéologique de la recherche.....	168
6.2.1 La représentation de la profession de sage-femme.....	168
6.2.1.1 Constat .....	168

6.2.1.2 Les perceptions des activités professionnelles .....	168
6.2.1.3 Qualités admises et attitudes inappropriées .....	169
6.2.1.4 Vocation .....	170
6.2.1.5 Compétences et évolution .....	171
6.2.1.6 Identité professionnelle .....	173
6.2.1.6.1 Autonomie .....	173
6.2.1.6.2 Equipe.....	173
6.2.1.6.3 Contraintes .....	174
6.2.1.6.4 Problème de reconnaissance.....	174
6.2.1.6.5 Chômage.....	175
6.2.2 La représentation de la profession de médecin.....	177
6.2.2.1 Les perceptions de l'activité professionnelle .....	177
6.2.2.2 Qualités admises et attitudes inappropriées .....	177
6.2.2.3 La perception des études médicales.....	178
6.2.2.4 La vocation et plus beau métier .....	179
6.2.2.5 Compétences professionnelles, compétences respectives et rapports professionnels .....	179
6.2.2.6 Identité professionnelle .....	181
6.2.2.6.1 Autonomie .....	181
6.2.2.6.2 Equipe.....	181
6.2.2.6.3 Contraintes .....	182
6.2.2.6.3 Reconnaissance et statut social .....	182
6.2.2.6.4 Revendication professionnelle .....	182
6.2.3 Synthèse sur l'évocation des deux représentations profession de médecin et profession de sage-femme .....	184
6.2.4 La représentation de l'accompagnement.....	185
6.3 Intérêt théorique de l'étude des représentations .....	186
6.3.1 Le processus de professionnalisation en question.....	187
6.3.2 De la représentation sociale à la représentation professionnelle .....	189
6.3.3 Système de représentation.....	190
6.3.4 Retour sur l'hypothèse de recherche .....	190
6.3.5 Stabilité lexicale des items du noyau central et variation sémantique des objets .....	190
Conclusion .....	193
Bibliographie .....	197
Glossaire.....	214

Liste des tableaux .....	215
Liste des schémas .....	218
Liste des graphiques .....	219
Table des matières.....	221