



UNIVERSITE DE TOULOUSE II - LE MIRAIL

MEMOIRE DE MASTER 2 RECHERCHE

SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

**LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION DE LA
PROFESSION DE SAGE-FEMME AU TRAVERS DE LA
DYNAMIQUE DES REPRESENTATIONS DE 2
OBJETS : LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA
PROFESSION DE MEDECIN**

TOME I

Mémoire présenté par

Coralie FREGONESE

Sous la direction de

Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Université de Toulouse II – Le Mirail

Membres du jury

Christine MIAS, Professeur en Sciences de l'Éducation
Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Dominique BROUSSAL, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation

Session 2013



UNIVERSITE DE TOULOUSE II - LE MIRAIL

MEMOIRE DE MASTER 2 RECHERCHE

SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

**LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION DE LA
PROFESSION DE SAGE-FEMME AU TRAVERS DE LA
DYNAMIQUE DES REPRESENTATIONS DE 2
OBJETS : LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA
PROFESSION DE MEDECIN**

TOME I

Mémoire présenté par

Coralie FREGONESE

Sous la direction de

Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Université de Toulouse II – Le Mirail

Membres du jury

Christine MIAS, Professeur en Sciences de l'Éducation
Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Dominique BROUSSAL, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation

Session 2013

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier vivement Pierre Ratinaud qui m'a accompagnée dans ce travail de recherche, pour son aide et sa confiance.

Je tiens également à remercier tous les étudiants qui ont participé à la réalisation de ce mémoire 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	1
Sommaire	2
Introduction.....	3
1. Sage-femme et formation sage-femme	5
2. La professionnalisation.....	28
3. Les représentations	43
4. Méthodologie	62
5. Résultats	73
6. Discussion	117
Conclusion	132
Bibliographie.....	134
Glossaire	144
Liste des graphiques	145
Liste des schémas	147
Liste des tableaux	148
Table des matières	149
Annexes : Tome II	

Introduction

La formation est un thème vecteur de nombreuses interrogations sur le bien-fondé de certaines pratiques. Formatrice en école de sages-femmes depuis six 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 avec une proportion des cours qui diminue au profit de l'augmentation du temps des stages au fur et à mesure de la progression dans ce cursus. 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) 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. Il nous paraissait essentiel de compléter cette étude par une enquête auprès des étudiants eux-mêmes pour tenter de comprendre comment leurs représentations évoluent au cours de leur formation.

Ainsi, l'objectif de ce travail est de tenter de comprendre le processus de professionnalisation au travers de la dynamique des représentations à partir de la question suivante : comment se réalise la professionnalisation des représentations des objets professionnels au cours de la formation initiale en école de sages-femmes ?

Nous avons alors posé l'hypothèse qu'il y a une transformation, au sens structural du terme, des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin au cours de la formation chez les étudiants.

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 nous mènerons une enquête par questionnaire auprès des étudiants de la première année commune de formation aux années en école de sages-femmes, enquête dont nous étudierons les résultats dans la perspective d'entrevoir des pistes pour comprendre le

processus de professionnalisation et pourquoi pas 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. Elle 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 18 070 sages-femmes en 2011, 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 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 : 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, 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. 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^{ème} 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^{ème} siècle, que « le terme de « sage », du latin « sapere », évoquant le savoir, l'intelligence et le bon sens est venu remplacé 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 » (Garnier & Vinciguerra, 2006, p.953 ; Fougères, 2010, p.16).

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 » (site internet).

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 postnataux de la mère et de l'enfant, à l'examen postnatal si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique¹, 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

¹ Eutocique : qui se déroule dans des conditions normales

aux sages-femmes et donc à l'étendue nécessaire du contenu de formation. L'article L.4151-3 précise qu'elle a 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 du décret 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 » (médiadico). Classiquement, le métier représente une fonction plus manuelle, alors que 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 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 : il est issu du latin ministerium (dérivé de minister : ministre) « fonction de serviteur, service, fonction » (Rey, 1999, p.2220).

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, 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 sage-femme. 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 Wittorski (sur la reconnaissance) ou de celui de Freidson (sur l'autonomie), 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).

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 libérales ont longtemps été autonomes alors qu'aujourd'hui elles n'ont qu'une autonomie relative, sous la tutelle de la profession médicale, l'aspect relationnel étant déconsidéré face au versant technique. 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). « 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. Vers une disparition de la normalité ? 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% des gynécologues obstétriciens, 12% des médecins, 9% 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 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... Seul problème : 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^{ème} 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^{ème} siècle que la naissance devient une question publique : les mortalités maternelle et fœtale 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 contribue à accentuer les disparités. La Révolution proclame une « liberté professionnelle absolue » et arrête cette dynamique de formaliser 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 », vers 1770 puis à la vaccination des nourrissons (Gélis, 1988, p.203). 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 XXème siècle que la profession et la formation vont se structurer. La formation d'une durée de deux ans à la fin du XIXème 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^{ère} 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).

L'inscription des formations médicales dans le système LMD (Licence-Master-Doctorat) suite au rapport Thuillez (juillet 2006) est en cours de réalisation avec l'arrêté du 19 juillet 2011 instituant une nouvelle réforme des études de sages-femmes pour les 2^{ème} et 3^{ème} années d'études, correspondant, avec l'année commune de PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé), au niveau licence. Contrairement aux autres professions médicales sanctionnées par un doctorat, les sages-femmes sont en attente du grade auquel elles pourront prétendre : master de quel type ? Transfert des études à l'université mais de quel type ? École universitaire ou département ?

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).

1.2.3 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).

1.2.4 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 lieu). La formation passe aussi par l'apprentissage d'un savoir être, hérité de la « nécessaire vocation » pour l'histoire et des compétences requises pour 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).

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.

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. 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 ?

1.2.5 Comprendre les valeurs et les enjeux pour quelle 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.

1.2.5.1 Le référentiel métier

Le référentiel métier 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 » ».

1.2.5.2 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).

1.2.5.3 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 » (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.

1.2.5.4 Transmettre les valeurs de la profession

Au travers de son étude auprès de formatrices en école de sages-femmes, Broussal (2009) 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 elle-même de sage-femme.

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

1.2.6 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 du dernier paru du 19 juillet 2011, les modalités de l'apprentissage du savoir être n'apparaissent pas en tant que telles. Le premier précise l'acquisition d'un savoir médical et le développement de qualités humaines et relationnelles. Le deuxième 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.

1.2.7 Bilan sur la formation aujourd'hui

Qu'appelle-t-on formation ? 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 situe à un carrefour de deux programmes : celui de 2011 pour les 3 premières années en licence et celui de 2001 pour les deux dernières années en école. Ainsi, elle se décompose :

- 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^{er} semestre, les étudiants suivent un cursus de cours commun sur les mêmes unités d'enseignement.

Au cours du 2^e 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^{ème} et 3^{ème} 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 : 14 semaines de cours et 27 semaines de stage constituent cette année de formation.

- la 5^{ème} année continue l'apprentissage du dépistage et de la prévention de la dystocie. Elle est composée de 11 semaines de cours et de 24 semaines de stage.

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 (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 serait 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 numérus clausus qui ne cesse de croître 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 sociale 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 du fait de toutes les significations qu'il peut prendre comme, par exemple, 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 » (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 ; cité par Lac & al., 2010, p.134). « 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).

Revenons aux sens du terme professionnalisation.

2.1 Définition « s » poly « s » émiques

« 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. Pour le CNRTL, c'est le « caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de devenir un professionnel ». Dans cette définition transparait 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 ». 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) concilie 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).

Maubant & al. (2010) considèrent l'étudiant « à la fois comme un professionnel en devenir mais aussi comme un professionnel en développement » (p.115).

Si nous considérons à nouveau la définition de profession donnée par Wittorski (pour mémoire, « une profession est un métier socialement organisé et reconnu » (Wittorski, 2005, p.27)), nous pouvons aisément admettre que, selon Merton (1957), 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 de la 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 mais légitime l'existence d'une formation ad hoc.

Ainsi Wittorski (2005) réaffirme que les enjeux sous-tendus sont donc la mise en 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 medicine² ; 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 :

² Evidence-based medicine : médecine fondée sur des preuves

- 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 ;

- **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. Ainsi, 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 donner du sens à la formation afin de développer des dispositifs de formation en adéquation. 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, 5 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).

A partir de ces éléments, 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.

Des auteurs distinguent formation professionnelle et formation professionnalisante : regardons les points communs et les différences.

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 requiert 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).

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 (débriefing, retours d'alternance, accompagnement tutorial...), 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.

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 régle 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, à partir de l'analyse des pratiques, sont possibles :

- 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 les élèves et le métier d'enseignant » (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 prévoit un stage type

« interné » 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.

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 (tutorat et les modalités de l'évaluation) 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 sage-femme 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 l'accessibilité à ce poste. Cependant, comme nous l'avons vu, la réforme remet en question la légitimité de ces derniers.

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 (développement professionnel continu).

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

Vouloir étudier la professionnalisation, c'est comprendre qu'elle 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 notre objet de recherche 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 mais aussi la profession de médecin d'autre part pour peut-être identifier une dynamique des processus représentationnels de ce système représentationnel voire une transformation de ce dernier. Dans le chapitre suivant, nous allons nous attarder sur les fondements de la théorie des représentations sociales, ses différentes approches et notamment les processus de passage d'une représentation sociale vers une représentation professionnelle.

3. Les représentations

Le domaine qui nous intéresse relève de ce que nous appelons « la psychologie sociale ». Beauvois (1998), inspiré d'Allport (1924) 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 dans lequel sont inscrites les représentations sociales, au sein d' « une hiérarchie des formations cognitives » comme le montre le schéma suivant :

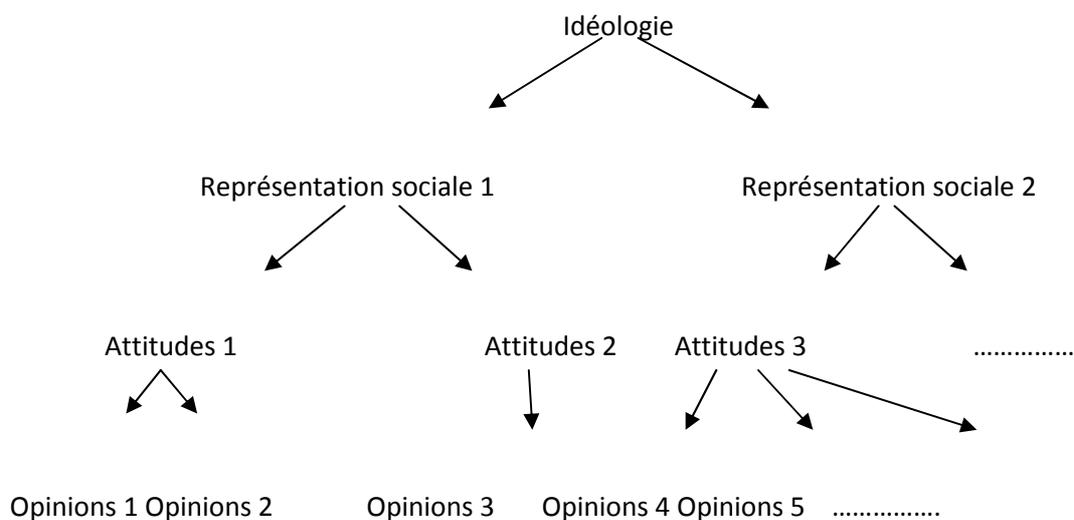


Schéma 1 : Hiérarchie des formations cognitives (d'après Rouquette, 1998, p.53)

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 des professions de sage-femme et de médecin, auprès des étudiants en formation initiale.

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 selon les points de vue des différents protagonistes qui ont fait progresser ce concept.

Emile Durkheim (1859, 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-Strauss (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 (voir, par exemple, Frégonèse, 2012), 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).

Comme Jodelet (1989) le précise, une interaction est nécessaire entre une représentation sociale et un objet défini : « 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.

Afin d'étudier la dynamique des représentations de la profession de sage-femme, nous avons, au travers des conditions d'exercice, de la formation et de l'importance de l'empreinte historique, circonscrit les groupes d'étudiants sages-femmes, au nombre de cinq (année commune en santé et les quatre années de formation en école), comme nous avons pu aussi déterminer deux groupes de professionnels (sages-femmes et médecins) lors de l'étude des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. 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 sont des 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 bénéficie d'une liberté de penser sur ces deux objets.

3.1.3 La genèse des représentations sociales

Pour Moscovici (1976), les représentations sociales s'élaborent selon deux mécanismes principaux : 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. 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, la connaissance de la représentation de la profession de sage-femme et de la profession de médecin auprès des groupes d'étudiants va nous permettre de comprendre les processus mis en jeu au cours du processus de professionnalisation.

3.1.4 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.

Ainsi, Moscovici (1976) démontre 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).

3.1.5 Les approches théoriques

Nous allons aborder plusieurs approches de la théorie des représentations sociales : tout d'abord, l'approche structurale avec la théorie du noyau central, introduite par Moscovici (1976) avec la notion de noyau figuratif ; ensuite, les principes générateurs de prise de position.

3.1.5.1 La théorie du noyau central

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).

3.1.5.1.1 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).

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).

3.1.5.1.2 Le système périphérique

Sous la dépendance du noyau central, le système périphérique porte des valeurs ou des fonctions qui lui 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 deux objets étudiés (profession de sage-femme et profession de médecin). 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, tant au niveau du noyau central qu'au niveau du système périphérique.

3.1.5.2 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, 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).

3.1.5.3 Les principes générateurs de prise de position

Doise (1986) propose une théorisation dite des principes générateurs de prise de position. « 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).

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 [...] » (cité par Doise & Palmonari, 1996, p.82).

3.1.5.4 La théorie revue par Bataille

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 : 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.

Enfin, Piasser (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. « 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. » (Piasser, 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 Piasser (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 » (Piasser, 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 » (Piasser, 1999, p.20 ; cité par Decap, 2004).

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 » (cité par Ratinaud, 2003, p.101). 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).

Quatre caractéristiques ont été mises en évidence concernant les représentations professionnelles :

- un caractère descriptif qui 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.
- un caractère prescriptif qui permet une cohérence dans le domaine d'exercice tout en laissant une marge de liberté. Par exemple, les gestes techniques stables non réinventables.
- un caractère conditionnel qui 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.
- un caractère évaluatif qui 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 :

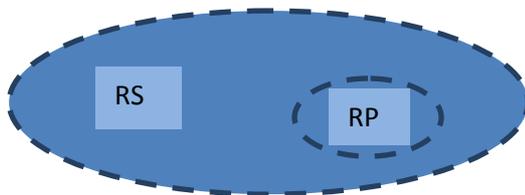


Schéma 2 : Coexistence de deux ordres de représentations d'après Piasser & Bataille (2011)

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).

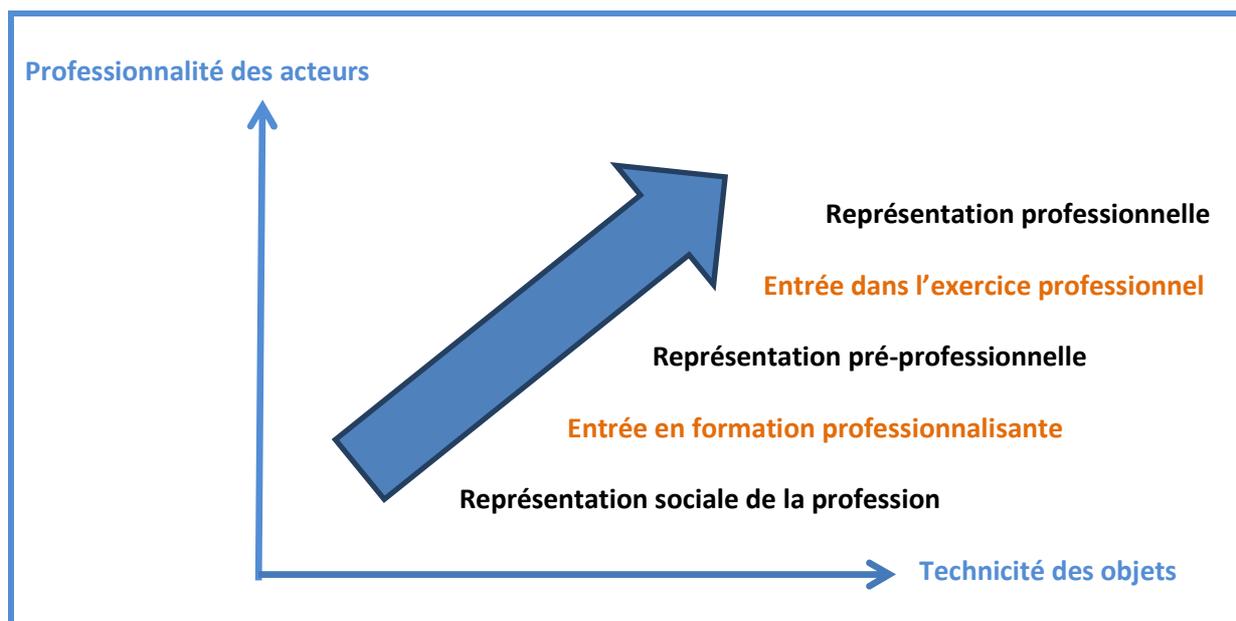


Schéma 3 : Du passage des représentations sociales aux représentations professionnelles d'après Piasser & Bataille (2011)

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.

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.

Piasser & 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 la 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 pourrait donc être un moteur pour améliorer en soi le dispositif de formation grâce à la compréhension, même partielle, de ces dernières, compte tenu des conditions d'enquête.

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** ». 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 » (Flament) 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).

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 différentes phases

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 1 : 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.

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.

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, une autre à partir de la presse québécoise. Enfin, nous présenterons l'étude que nous avons menée sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme auprès des acteurs de la périnatalité.

3.5 Représentations de la profession de sage-femme dans la littérature

Une enquête réalisée en 2008, par Abensur & Chevalier (2008) auprès des étudiants sages-femmes de tout niveau a mis en évidence une représentation de la profession de sage-femme : « 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, « une dévalorisation statutaire » (c'est la « plus belle profession médicale et la moins reconnue ») (p.336). Au cours de leur formation, 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 enquête réalisée par Bergeron (2003) à partir d'articles de la presse québécoise sur les représentations de la sage-femme, dont la profession est récente et réglementée depuis peu, est une des rares études sur le sujet. 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 sages-femmes d'avant et nouvelles sages-femmes montre :

- des points communs : grandes qualités humaines, vocation, mission sociale, don de soi, altruisme, entraide, force physique et mentale, dextérité, compétence, consciencieuse, sécurité des femmes, personnalité, respect de l'ordre de la nature
- des différences : débrouillardise, polyvalence, prévoyante, autoritaire, pauvreté, pratique courante, normale 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).

Enfin, notre enquête précédant ce travail de recherche (2011) 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 plusieurs éléments (schéma de synthèse des résultats en annexe I):

- les médecins associent le terme d'accouchement et les aspects techniques de la profession alors que les sages-femmes associent le terme d'accompagnement, les aspects relationnels et émotionnels avec la présence claire d'une zone muette sur les contraintes de la profession. Ainsi, les différents acteurs de la périnatalité n'ont 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, un travail d'équipe et le respect des règles, ils excluent des qualités inappropriées en lien avec ces caractéristiques comme : l'affectivité, le hors compétence et l'individualisme alors que les sages-femmes au contraire recherchent dans 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.

Ces études associées aux éléments théoriques développés depuis deux chapitres vont donc être à la base de notre réflexion pour la construction de notre outil d'enquête autour de la professionnalisation à partir des deux objets de représentations que sont la profession de sage-femme et la profession de médecin.

4. Méthodologie

Cette recherche est dans la continuité d'une étude faite au cours du DU DHEPS REPS³, dans le domaine des Sciences de l'Education. La problématique était : « comment l'étude des représentations professionnelles de la profession de sage-femme pourrait permettre d'améliorer un dispositif de formation ? ». Cette étude consistait à connaître les représentations professionnelles de la profession de sage-femme auprès des acteurs de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes). Cette étude a mis en avant les perceptions différentes des professionnels : les représentations des médecins ont mis en avant le versant technique de la profession, la profession médicale, le travail en équipe alors que celles des sages-femmes ont montré le versant des émotions, de la responsabilité médicale, du manque de reconnaissance et des contraintes professionnelles. Quelle influence pourrait alors avoir les représentations de la profession de sage-femme auprès des étudiants sages-femmes, au cours de leur formation ? Existerait-il une influence de l'alternance des cours et des stages sur leurs propres représentations ? La question de départ était alors de comprendre comment l'étudiant sage-femme chemine tout au long de sa formation par rapport à la représentation qu'il se fait de la profession de sage-femme dans un contexte de professionnalisation par l'alternance.

4.1 De l'objet de recherche...

L'objet de recherche de ce mémoire est la professionnalisation. En effet, c'est au cours de ce processus que les étudiants sages-femmes vont construire leurs représentations de la profession de sage-femme. C'est une démarche heuristique de premier abord qui vise à décrire, expliquer et comprendre un processus, c'est-à-dire la genèse des représentations professionnelles chez les étudiants. Ce domaine relève de « la psychologie sociale ». Comme nous l'avons déjà précisé, 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 donc, 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

³ DU DHEPS REPS : Diplôme Universitaire Diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales Responsable d'Etude et de Projet Social

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 paraît être une clé de compréhension de la professionnalisation, notamment au travers de la dynamique de la représentation elle-même (Moliner, 2001). 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.

4.2 ... à la problématisation

L'organisation des études de sages-femmes avec la première année du tronc commun en santé (PACES) présente un double intérêt, celui d'étudier l'évolution des représentations des étudiants sur la profession de sage-femme mais aussi sur la profession de médecin. C'est alors l'étude d'un système de représentations sur deux professions : sage-femme et médecin.

Ainsi, la question de départ devient : comment se réalise la professionnalisation des représentations des objets professionnels au cours de la formation initiale en école de sages-femmes ?

L'hypothèse de départ est : il y a une transformation au sens structural du terme de la représentation de la profession de sage-femme et de la profession de médecin au cours de la formation chez les étudiants.

Et comme hypothèse opérationnelle : les étudiants des différentes promotions en école de sages-femmes n'ont pas les mêmes représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin.

4.3 Choix méthodologiques

L'approche par le domaine des représentations et leurs dynamiques, d'une profession jusque-là peu étudiée, nécessite de recueillir des données nombreuses pour tenter une approche, une explication de ce phénomène.

Théoriquement, en phase de transformation, une estimation préalable de l'intensité des évolutions de la 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.

Or, une étude longitudinale ne pouvant être réalisée par manque de temps au cours de l'année de Master, une étude transversale semble la plus pertinente (en considérant que toute chose était égale par ailleurs).

4.4 Le questionnaire

Le questionnaire est apparu comme l'outil le plus approprié dans notre cas car il permet d'obtenir de nombreuses réponses nécessaires à l'étude des représentations des professions de sage-femme et de médecin. La construction du questionnaire s'est inspirée des théories des représentations sociales, notamment celle d'Abrieu (2003) sur le noyau central et le système périphérique et celle de Doise (1986) sur les principes générateurs de prise de position. Elle s'est aussi basée sur la dynamique des représentations (Moliner, 2001).

18 questions composent le questionnaire (Annexes II : questionnaire et III : lexique) : certaines concernaient les caractéristiques du sujet (âge, année d'étude, choix de formation, connaissance du milieu médical, participation à des actions concernant leur choix), d'autres portaient essentiellement sur des caractéristiques de la profession de sage-femme ainsi que sur les qualités indispensables à l'exercice de la profession et sur les attitudes inappropriées, enfin d'autres étaient spécifiques du domaine des représentations.

Le questionnaire a été testé auprès de deux étudiants sages-femmes et n'a pas entraîné de modification de contenu : les deux questionnaires ont été introduits dans la population étudiée par la suite.

4.5 Les méthodes de recueil de données

4.5.1 La méthode dite d'association libre

Cette méthode permet d'étudier les représentations de la profession de sage-femme et de médecin d'un point de vue structural. Elle consiste à demander à notre échantillon de citer 4 à 5 mots ou expressions spontanément sur le thème de la profession de sage-femme et de médecin. Il était par ailleurs demandé aux sujets de classer ces mots selon leur degré d'importance et d'établir un lien entre le terme et le rapport positif, négatif ou neutre à la profession.

4.5.2 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).

Ce test 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 mais avec une phrase affirmative et non l'utilisation d'une double négation. Ce test a pu être mis en place du fait de l'étude précédente des représentations professionnelles de la profession de sage-femme qui avait permis d'obtenir des items appartenant potentiellement à la zone du noyau central. 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 est ici égale à 100%.

4.5.3 L'identification des points d'ancrage

Cette question permet de comprendre à partir de quel contexte les étudiants regardent la profession de sage-femme au moment de l'étude. L'identification de points d'ancrage 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). Cette méthode se basait sur une construction d'échelle.

4.6 Population et lieu d'enquête

Les questionnaires ont été adressés à l'ensemble des étudiants sages-femmes de l'école de sages-femmes de Toulouse soit 126 sujets. En tant que formatrice dans cette école, la question s'est posée concernant l'influence de la demande de participation à cette enquête. Cependant, lors de la précédente étude (Frégonèse, 2012), l'influence de la présence ou non d'une signature de l'auteur sur les réponses avait été quasi nulle, ce qui justifiait la procédure choisie cette année. La distribution s'est faite lors d'intercours aux quatre promotions en tenant le même discours de présentation. Le ciblage des temps de distribution s'est fait en fonction des alternances cours-stages, au cours du 1^{er} trimestre (Annexe IV) :

- 2^{ème} année (ou 1^{ère} année en école) : en début de formation avant leur premier stage

- 3^{ème} année (ou 2^{ème} année en école) : avant leur premier stage dans le domaine de l'obstétrique
- 4^{ème} année (ou 3^{ème} année en école) : avant leur premier stage de l'année
- 5^{ème} année (ou 4^{ème} année en école) : au retour de leur premier stage

Questionner les étudiants au cours de la formation paraît évident pour tenter de connaître la genèse des représentations professionnelles de la profession de sage-femme mais aussi pour comparer avec celle de la profession de médecin. Cependant, il nous manque un point de départ des représentations, celui de l'arrivée en formation soit en PACES. Ainsi, pour compléter notre enquête, les questionnaires ont aussi été distribués aux étudiants lors d'une « colle » soit à 440 sujets (sur environ 1000 étudiants).

Pour finaliser l'étude de ce processus, l'enquête précédente vient compléter l'ensemble des informations recueillies avec les données sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme.

Ainsi, l'ensemble des sujets interrogés, 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.

4.7 Les méthodes d'analyse des données

Hormis les analyses statistiques descriptives (Chi² répertoriés en annexe V, Kolmorov-Smirnov en annexe VI...), d'autres analyses permettent l'étude des données en lien avec la théorie des représentations. L'anonymat des participants a été respecté tout au long de notre enquête.

4.7.1 L'analyse prototypique

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

	Rang faible		
Fréquence forte	Zone du Noyau central	Eléments contrastés	Fréquence faible
	1 ^{ère} périphérie	2 ^{ème} périphérie	
Fréquence forte	Rang fort		Fréquence faible

Tableau 2 : 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^{ère} périphérie.

La 2^{ème} périphérie regroupe les éléments de fréquence faible et de rang fort : ce sont des éléments de moindre importance.

4.7.2 L'analyse de similitude

Cette méthode permet d'obtenir des correspondances nécessaires au traitement de données issues de questionnaires visant l'expression des représentations sociales (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). Ces relations peuvent être schématisées sous la forme d'un graphique montrant les différents termes employés et les liens qui les relient. La force de ces liens peut être exprimée par plusieurs indices (ex : pourcentage de cooccurrence). L'arbre maximum traduit ces relations entre les éléments. Un arbre, dans la théorie des graphes, désigne « un graphe connexe et sans cycle » : seule une chaîne existe entre deux points (Ratinaud, 2003, p.137). Chaque arête de cet arbre porte une valeur (Abric, 2005, pp.230-231). La construction de cet arbre est obtenue en ne gardant que les arêtes les plus fortes : l'arbre maximum est donc porteur de sens, en termes d'information.

4.7.3 Classification Hiérarchique Descendante (CHD) et Analyse Factorielle des Correspondances (AFC)

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). Contrairement à une analyse de discours, chaque questionnaire va représenter une « unité de contexte ». 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 Chi²). 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 donc de mettre en évidence différentes classes d'individus ainsi que de distinguer les facteurs autour desquels s'articulent ces classes d'individus.

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 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.

4.8 Réflexions sur les Sciences de l'Education et la posture de chercheur

4.8.1 Le choix des Sciences de l'Education ?

Approchons tout d'abord 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 – que nous avons abordés dans les chapitres précédents – qui témoigne de la complexité dans laquelle se trouve un chercheur lorsqu'il mène une démarche de recherche. Quels sont les choix théoriques, méthodologiques, référentiels à faire ? Comment se positionner 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 notion de multiréférentialité voire de transdisciplinarité. Elles permettent de confronter plusieurs regards théoriques sur un même objet, sur une question posée, sur un contexte. Elles laissent la latitude de s'approprier plusieurs approches théoriques comme la psychologie sociale (concept des représentations), la sociologie (le monde de la santé), l'histoire (celle de la profession).

Dans notre cas, l'entrée 3 de l'UMR EFTS⁴ se centre particulièrement sur le processus de professionnalisation. Nous avons choisi de regarder ce processus à travers le concept des

⁴ Unité Mixte de Recherche Education Formation Travail Savoirs

représentations professionnelles et 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... 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).

4.8.2 Notre posture de chercheur

Le questionnement sur notre propre posture, au travers de l'approche méthodologique choisie, c'est-à-dire d'interroger nos propres étudiants sur le thème de la profession de sage-femme nous a renvoyée au fait d'être praticien chercheur. Nous ne nous sommes pas isolée ou présentée différemment auprès des étudiants : 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 l'ensemble des étudiants ait favorablement répondu au questionnaire que nous leur avons proposé s'insère dans un changement de culture professionnelle en matière de recherche : quasi inexistante dans le domaine des sages-femmes, participer à ce type d'enquête pallie à un manque de reconnaissance que les étudiants réclament en termes de niveau et de possibilité de continuer vers un cursus doctoral. 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. Plusieurs positionnements auraient pu être adoptés comme, notamment, sortir complètement du contexte avec une approche possible de l'objet auprès d'autres étudiants d'une autre école, mais quel sens porter alors sur une formation que nous ne connaissons pas ? 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 ou 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 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 chercheur, sans perdre de vue l'indissociabilité de la situation et les intérêts possibles d'être dans la situation et non complètement extérieur et de profiter des intérêts apportés par la connaissance de terrain (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 l'on parle. Il faut 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 dans le but de mieux le reconstruire avec des réponses apportées individuellement et collectivement.

La rigueur et un regard critique doit permettre de garder toujours en tête l'intérêt d'avoir un questionnement permanent 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.

4.8.3 Observation et expériences de terrain

Tous ces éléments 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.

Ainsi, lors des passations des questionnaires, pendant les interours ou lors de la colle à la faculté de médecine, nous avons pu observer plusieurs éléments :

- les étudiants en PACES n'ont éprouvé aucune difficulté à répondre au questionnaire et certains commentaires émis oralement lors de la remise du questionnaire ont montré l'intérêt du sujet ou du moins du questionnement autour d'une profession envisagée ou non dans un avenir proche

- en école, plus les étudiants évoluent dans la formation, plus des questions surviennent, plus ils semblent éprouver des difficultés à se positionner vis-à-vis de leur future profession et plus ils prennent du temps pour remplir le questionnaire

- l'ensemble des étudiants sages-femmes interrogés a répondu à cette enquête (126/126). Deux raisons peuvent être envisagées : leur intérêt pour une inscription universitaire vers un cursus doctoral ou bien notre posture de formateur en école. Cependant, à la fin du questionnaire, nous avons demandé à chaque étudiant son accord pour participer éventuellement à un complément d'enquête par inscription de son nom et de sa date de naissance. Nous aurions pu penser que très peu d'étudiants auraient signé leur questionnaire avec leur propre nom mais plutôt avec un pseudonyme, or 116 étudiants sur 126 (92%) ont mis leur propre nom, ce qui minimise l'influence de notre posture de formateur.

Nous pouvons donc nous rendre compte que, lorsque des recherches font sens auprès du public interrogé, la double posture a une influence moindre sur les résultats obtenus, ce qui a été prouvé par notre précédente enquête avec la non influence de la signature des questionnaires sur les réponses des acteurs de la périnatalité sur leurs représentations de la profession de sage-femme.

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

4.9 Les limites de l'enquête

4.9.1 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. L'intercours est un temps que l'étudiant utilise à des fonctions qui lui sont personnelles. Au contraire, le temps de colle correspond à une situation réelle de formation. Ce temps de passation lors d'un intercoours peut donc avoir eu une influence sur les réponses des étudiants sortis « intellectuellement » du contexte de la formation.

4.9.2 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.

4.10 Les points forts de l'enquête

4.10.1 Le retour des questionnaires

Malgré les influences possibles de notre propre statut, le retour de 63.25% 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. De même, le faible taux de questionnaires non exploitables (5.83%) prouve aussi la richesse des réponses formulées au travers du questionnaire.

4.10.2 L'originalité du sujet

De nombreuses enquêtes ont été réalisées auprès des étudiants pour étudier leurs représentations dans le domaine de la professionnalisation mais très peu d'enquêtes sont spécifiques de la formation de sage-femme. Notre enquête investit un champ particulier assimilé jusque-là au champ de la santé.

L'étude d'un système de représentations (profession sage-femme et profession de médecin) est aussi un atout pour approcher la dynamique des représentations grâce notamment aux données recueillies lors de la précédente étude.

Dans le prochain chapitre, nous allons maintenant envisager les résultats obtenus grâce à notre outil d'enquête : le questionnaire.

5. Résultats

5.1 Le retour

Sur 566 questionnaires distribués à des étudiants, nous avons obtenu un retour de 391 questionnaires (69.08%). Pour des raisons diverses (mauvaise compréhension des consignes, remplissage partiel voire inexistant), nous avons inclus 358 questionnaires exploitables soit un retour de 63.25% par rapport au nombre de questionnaires distribués.

La répartition des questionnaires est la suivante :

- sur 126 questionnaires distribués aux étudiants sages-femmes en école, 126 exploitables ont été récupérés soit 100% de retour
- sur 440 questionnaires distribués aux étudiants en PACES ou 1^{ère} année, 232 exploitables ont été récupérés soit 52.72% de retour

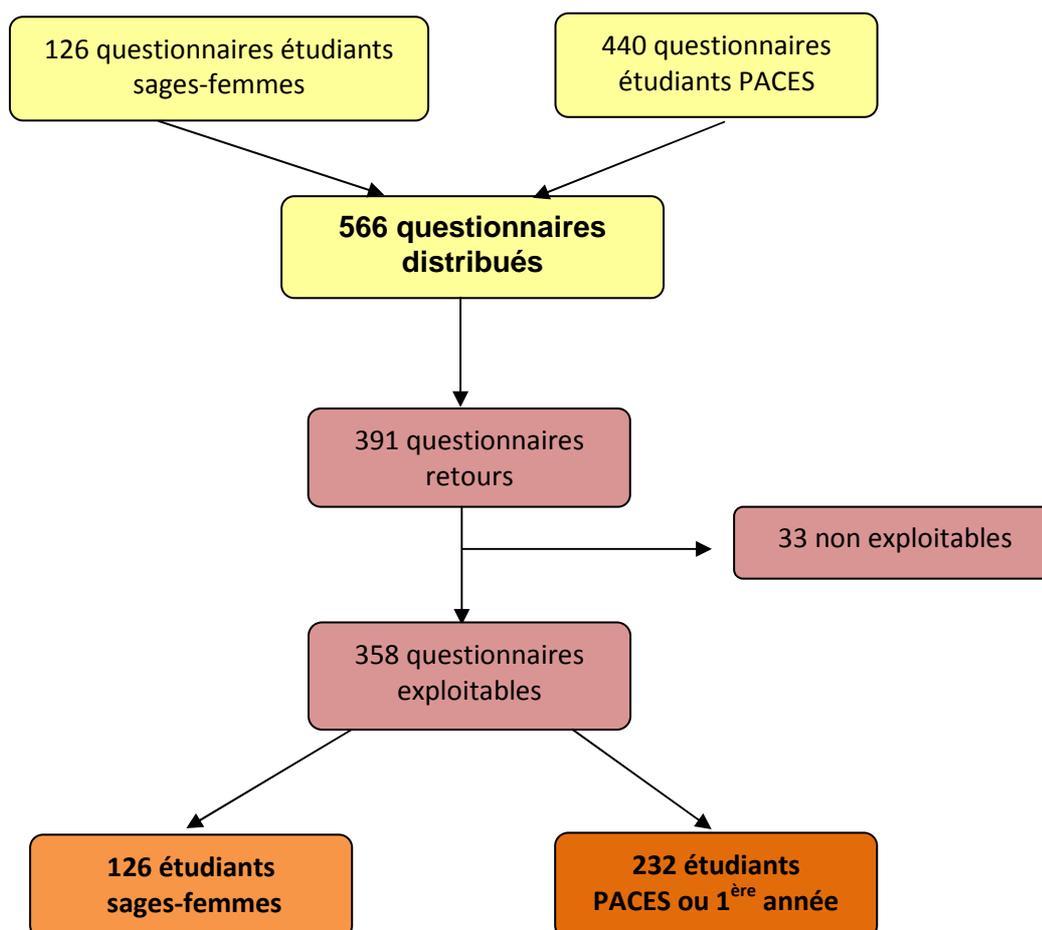
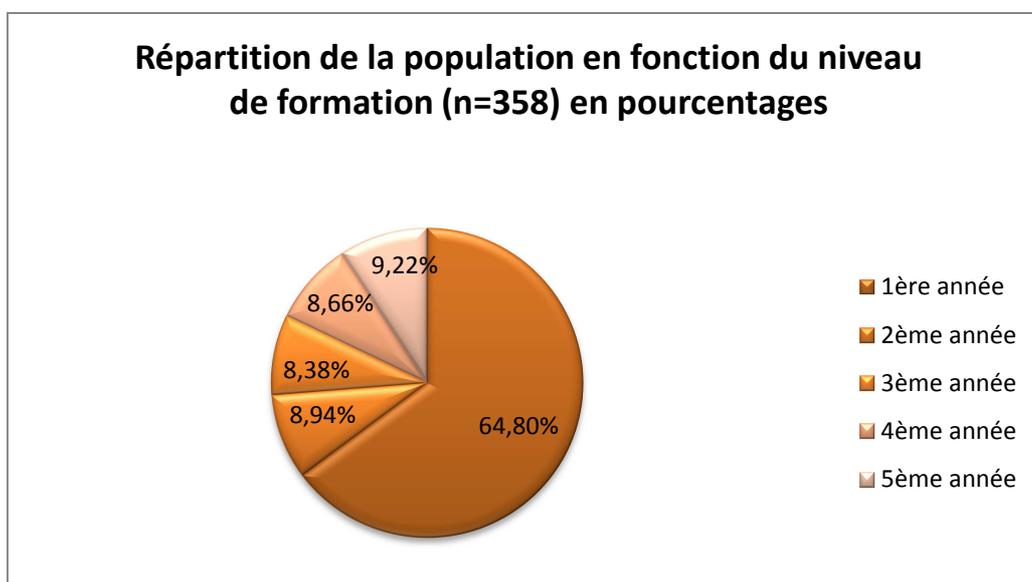


Schéma 4 : Synthèse de l'enquête

5.2 Caractéristiques de la population

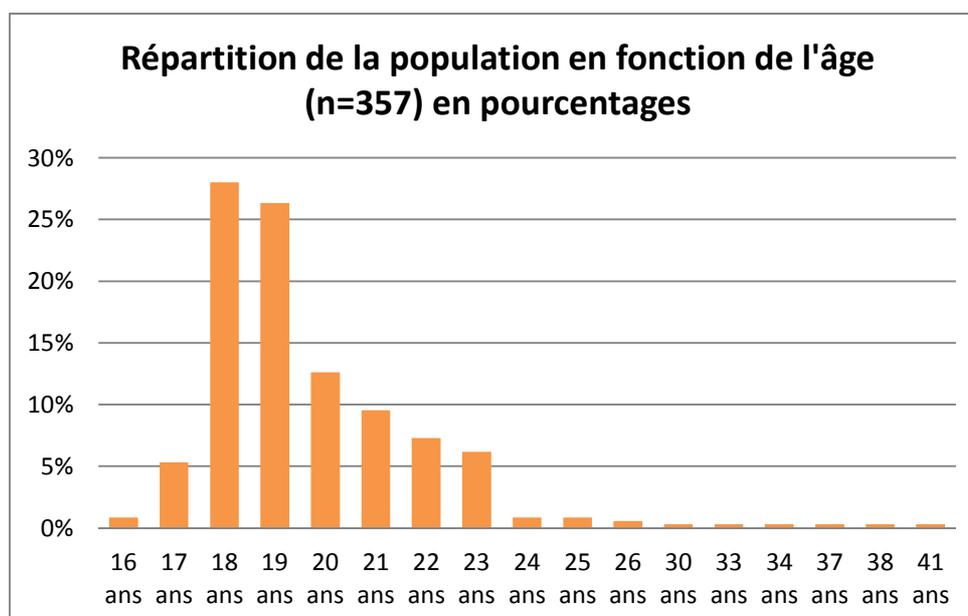
5.2.1 Le stade de formation



Graphique 1 : Répartition de la population en fonction du niveau de formation (n=358) en pourcentages

Notre population est composée de deux tiers d'étudiants de 1^{ère} année et d'un tiers d'étudiants en formation au sein de l'école de sages-femmes.

5.2.2 L'âge



Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge (n=357) en pourcentages

L'âge de notre population s'échelonne entre 16 et 41 ans, avec une moyenne d'âge de 19.78 ans et une médiane à 19 ans. Au vu de la durée de la formation de 5 ans (voire 6 ans en cas de

deuxième 1^{ère} année), la présence d'âges au-delà de 30 ans, soit 1.12% de notre population, traduit probablement des réorientations professionnelles. Une étude de la DREES (2011c) qui décrit que moins de 2% des étudiants intégrant la formation sont diplômés de l'enseignement supérieur vient corroborer cette hypothèse.

Il apparaît une cohérence de répartition de la population selon les années de la formation. La moyenne et la médiane sont respectivement de 18.68 et 18 ans pour les 1^{ères} années, de 20.03 et 20 ans pour les 2^{èmes} années, de 21.46 et 21 ans pour les 3^{èmes} années, de 22 ans pour les 4^{èmes} années et de 23.56 et 23 ans pour les 5^{èmes} années. Cette progression des moyennes et des médianes d'âge est cohérente avec les années de formation : plus ils avancent dans la formation, plus ils sont âgés.

La présence d'étudiants âgés de 24, 25 et 26 ans, soit 1.68% de notre population, sur les trois dernières années peut être un témoin de redoublements ou de reports d'études. La même étude (DREES, 2011c) a dénombré 2.5% de redoublants en 2007-2008⁵.

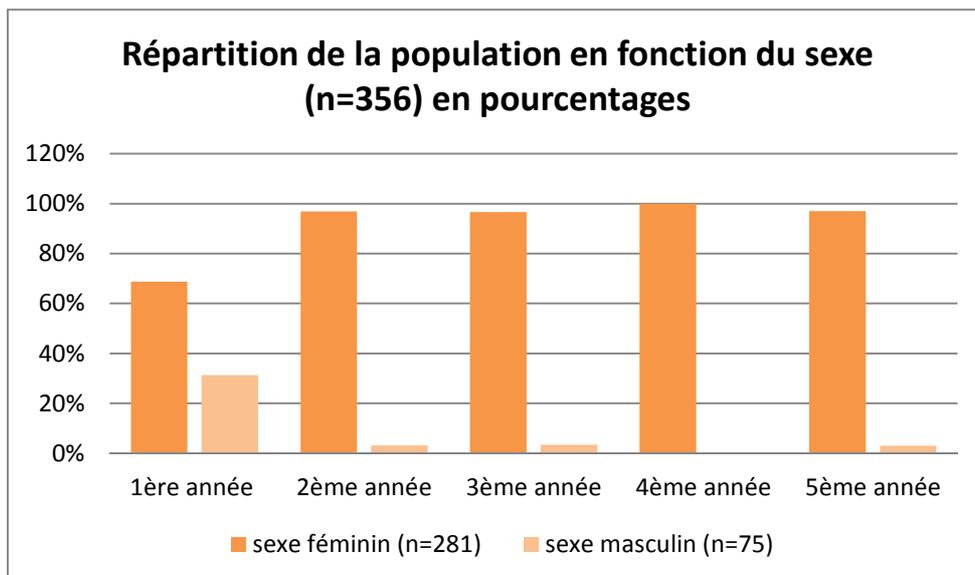
5.2.3 Le genre

79% de la population est féminine et 21% de sexe masculin (n=356). Le pourcentage d'hommes dès l'entrée en école de sages-femmes est en moyenne de 2.37% sur les 4 ans de formation, ce qui est identique à la proportion d'hommes en activité en 2011 (DREES, 2011b) : ainsi, les changements de modalités de recrutement semblent ne pas avoir eu d'influence sur la proportion d'hommes intégrant la formation.

Au contraire, il existe une dépendance entre le genre et les années de formation dans le sens où les hommes sont significativement plus présents au cours de la 1^{ère} année que dans le reste de la formation ($p < 0.0001$)⁶.

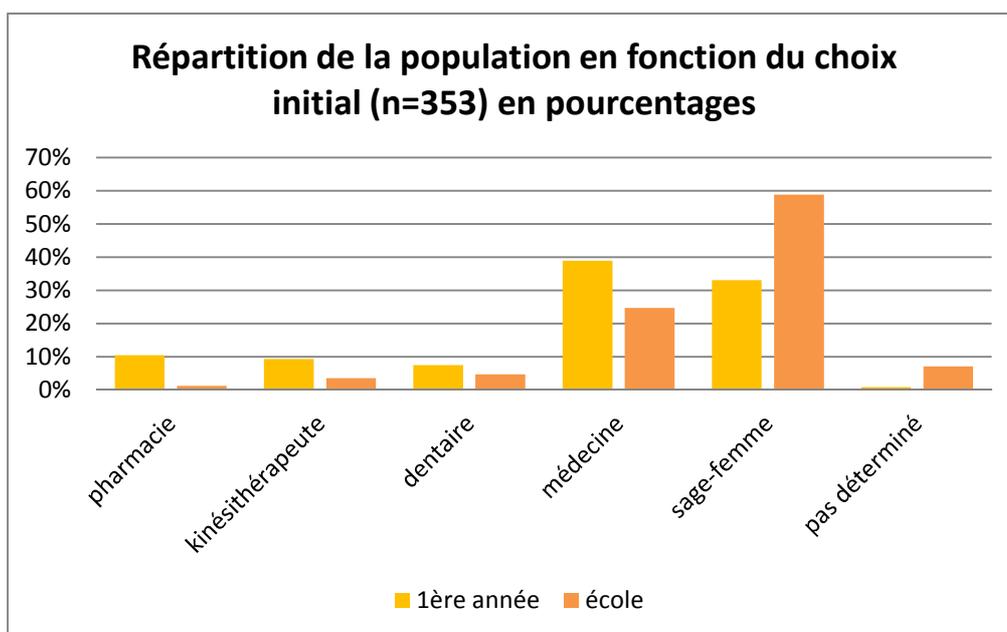
⁵ Voir graphique 1 en annexe VIII

⁶ Voir annexe V Chi²



Graphique 3 : Répartition de la population en fonction du sexe (n=356) en pourcentages

5.2.4 Le choix initial

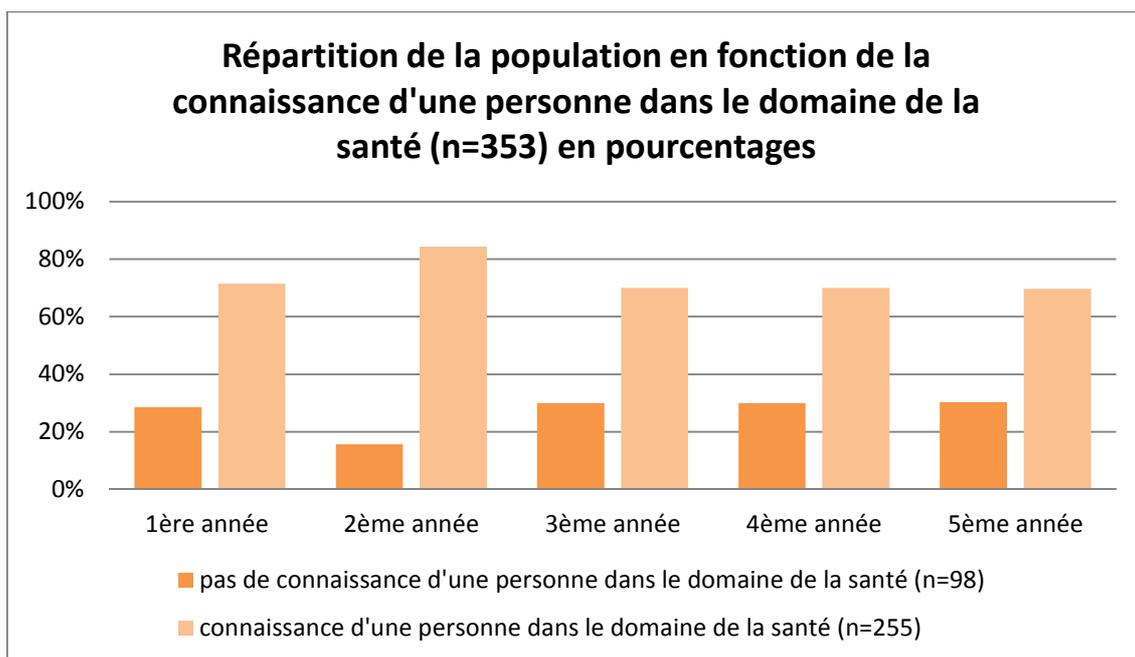


Graphique 4 : Répartition de la population en fonction du choix initial (n=353) en pourcentages

Le choix initial est clairement établi : médecine pour les étudiants en 1^{ère} année ($p < 0.001$)⁷ et sage-femme pour les étudiants en école de sages-femmes ($p < 0.001$)⁵, ce qui est cohérent avec le choix de passer tel ou tel concours et notamment celui de sage-femme pour intégrer la formation. Un quart des étudiants en école avaient comme premier choix médecine : la difficulté réside dans l'acceptation de l'échec et dans l'investissement d'une nouvelle voie.

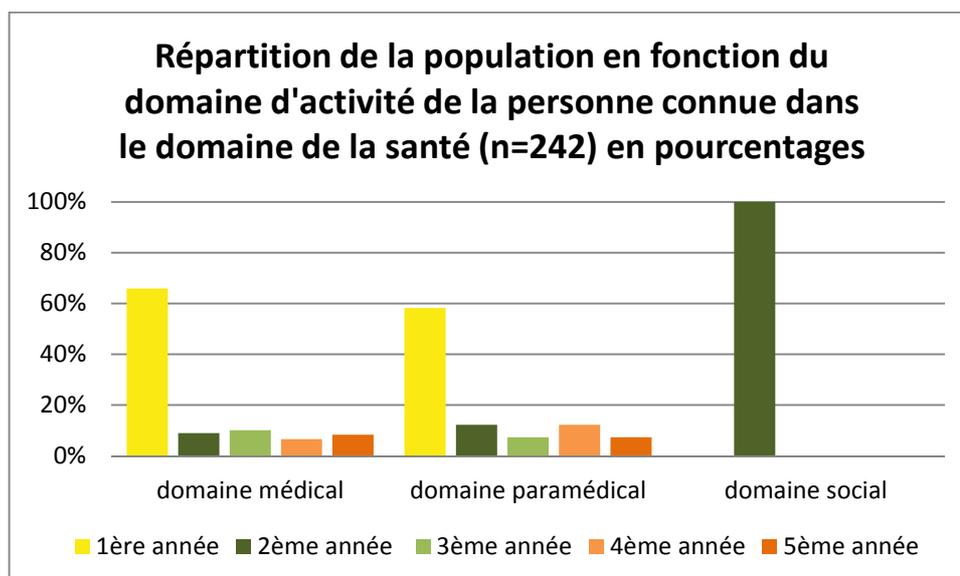
⁷ Voir annexe V Chi²

5.2.5 La connaissance d'une personne exerçant une profession dans le domaine de la santé



Graphique 5 : Répartition de la population en fonction de la connaissance d'une personne dans le domaine de la santé (n=353) en pourcentages

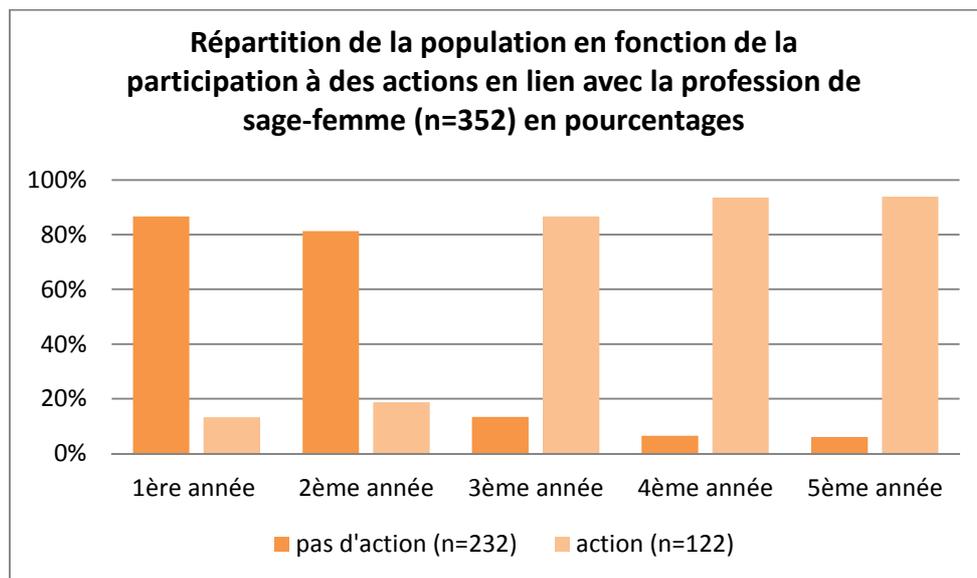
La connaissance d'une personne dans le domaine de la santé n'a pas d'influence sur le choix du concours (p ns⁸), quelle que soit l'année de formation. 1 étudiant sur 5 en moyenne connaît une personne qui exerce soit dans le milieu médical, soit dans le milieu paramédical, soit dans le milieu social.



Graphique 6 : Répartition de la population en fonction du domaine d'activité de la personne connue dans le domaine de la santé (n=242) en pourcentages

⁸ ns : non significatif

5.2.6 La participation à des actions ou des associations en lien avec la promotion de la formation de sage-femme (question 17)



Graphique 7 : Répartition de la population en fonction de la participation à des actions en lien avec la profession de sage-femme (n=352) en pourcentages

Plus les étudiants évoluent dans la formation, plus ils participent à des actions de promotion de la profession ($p < 0.001$), comme notamment lors des journées d'informations (Infosup, PDMF, Forum des métiers...) ainsi que lors des journées de formation des réseaux professionnels (Maternip, Journées de Tarbes...).

En conclusion, le profil de notre échantillon regroupe :

- une majorité féminine dès l'entrée en école
- avec des âges en lien avec la durée des études
- ayant fait un choix initial axé principalement sur médecine et sage-femme

5.3 Association libre sur la profession de sage-femme

Pour tous les mots ou expressions recueillis, nous avons réalisé une catégorisation, en cohérence avec celle de notre précédente enquête, qui a permis de créer 73 groupes pour 1625 mots. Les catégories ainsi créées serviront aussi pour traiter l'association libre de la profession de médecin. Nous utiliserons par ailleurs, au cours de ce chapitre, des données issues de notre première étude portant sur la représentation de l'objet sage-femme par les sages-femmes.

Le nombre moyen de mots cités par l'ensemble de la population est de 4,54 : 4,26 pour les 1ères années, 5,03 pour les 2èmes, 5,27 pour les 3èmes, 5,10 pour les 4èmes et 4,81 pour les 5èmes années. Lors de l'étude menée auprès des professionnelles en 2011, les sages-femmes avaient en moyenne cité 4,82 mots. Nous pouvons constater une répartition selon une courbe de Gauss avec un

pic pour les 3èmes années : ce phénomène serait lié à l'intérêt porté à la profession par les étudiants mais cela voudrait dire que les deux dernières années ont une implication moindre ou bien serait lié à une vision plus synthétique ou consensuelle de la profession. Nous pouvons également constater une proximité entre les 5èmes années et les sages-femmes, ce qui paraît cohérent avec l'imminence de l'exercice professionnel.

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

Par ailleurs, nous pouvons observer les 10 items les plus fréquemment cités des 1ères années aux sages-femmes. L'observation de ces classements fait apparaître plusieurs éléments :

- les 10 items les plus cités représentent quasiment les deux tiers des mots donnés par les étudiants toute année confondue alors que ces items représentent à peine la moitié des mots cités par les sages-femmes : cette proportion serait due à un enrichissement du vocabulaire professionnel au cours de l'exercice professionnel ou bien à une divergence des prises de position moins marquée chez les étudiants que chez les professionnelles.

- au cours des 4 premières années, l'item **accouchement**⁹ est cité par plus de la moitié des étudiants alors que les sages-femmes mettent l'item **accompagnement** en avant. Il y a cinq items pour les 5èmes années qui apparaissent : **accompagnement**, **nouveau-né**, **accouchement**, **grossesse** et **naissance** cités avec une proportion inférieure à 50%, contrairement aux autres années où un seul terme se détache. Pourtant proche du passage dans le domaine professionnel, il existerait chez ces étudiants des doutes quant à la définition propre de leur future profession. Le passage d'**accouchement** à **accompagnement** présenterait à ce stade une complexification de la conception de la profession de sage-femme.

- à noter la particularité des 1ères années pour lesquels **nouveau-né** apparaît en premier suivi rapidement d'**accouchement**.

En 1^{ère} année (n=232), mots (n=989)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Nouveau_né	154	15.56	66.38
Accouchement	144	14.56	62.07
Naissance	94	9.50	40.52
Femme	53	5.36	22.84
Grossesse	48	4.85	20.69
Maternité	39	3.94	16.81

⁹ Les éléments en gras sont les termes de catégorisation correspondant aux réponses données par les sujets d'enquête

Altruisme	37	3.74	15.95
Hôpital	36	3.64	15.52
Pb_de_reconnaissance	32	3.23	13.79
Accompagnement	30	3.03	12.93
Total	667	67.44	

En 2^{ème} année (n=32), mots (n=161)En 3^{ème} année (n=30), mots (n=158)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets	Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Accouchement	20	12.42	62.5	Accouchement	16	10.13	53.33
Naissance	13	8.07	40.6	Accompagnement	12	7.59	40
Nouveau_né	13	8.07	40.6	Nouveau_né	12	7.59	40
Partage	12	7.45	37.5	Naissance	11	6.96	36.67
Relationnel	12	7.45	37.5	Responsabilité_médicale	10	6.33	33.33
Grossesse	8	4.97	25	Grossesse	9	5.70	30
Responsabilité_médicale	7	4.35	21.88	Femme	7	4.43	23.33
Famille	5	3.11	15.63	Famille	6	3.80	20
Femme	5	3.11	15.63	Maternité	6	3.80	20
Plus_beau_métier_au_monde	5	3.11	15.63	Profession_médicale	6	3.80	20
Accompagnement	5	3.11	15.63				
Total	105	65.22		Total	95	60.13	

En 4^{ème} année (n=31), mots (n=158)En 5^{ème} année (n=33), mots (n=159)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets	Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Accouchement	20	12.66	64.52	Accompagnement	15	9.43	45.45
Accompagnement	14	8.86	45.16	Nouveau_né	15	9.43	45.45
Grossesse	13	8.23	41.94	Accouchement	14	8.81	42.42
Profession_médicale	10	6.33	32.26	Grossesse	13	8.18	39.39
Nouveau_né	8	5.06	25.81	Naissance	12	7.55	36.36
Responsabilité_médicale	8	5.06	25.81	Maternité	8	5.03	24.24
Naissance	7	4.43	22.58	Compétence	7	4.40	21.21
Obstétrique	6	3.80	19.35	Femme	7	4.40	21.21
Prévention	6	3.80	19.35	Profession_médicale	5	3.14	15.15
Stress	6	3.80	19.35	Autonomie	4	2.52	12.12
				Obstétrique	4	2.52	12.12
				Responsabilité_médicale	4	2.52	12.12
Total	98	62.03		Total	108	67.92	

Chez les sages-femmes (n=122), mots (n=573)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Accompagnement	61	10,64	50
Responsabilité médicale	37	6,45	30.32
Naissance	31	5,41	25.40
Accouchement	30	5,23	24.59
Plus beau métier au monde	23	4,01	18.85
Nouveau-né	21	3,66	17.21
Profession médicale	21	3,66	17.21
Grossesse	19	3,31	15.57
Ecoute	18	3,14	14.75
Disponibilité	17	2,96	13.93
Total	278	48,51	

Tableau 3 : Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de sage-femme

5.3.2 L'analyse prototypique de la profession de sage-femme (Annexe IX)

Nous nous contenterons d'étudier deux dimensions : la zone du noyau central et celle de la 1^{ère} périphérie. Entre parenthèses sont précisés le pourcentage en fonction de l'effectif ainsi que le rang moyen pour chaque mot.

Différences	Zone du noyau central	Zone de la 1 ^{ère} périphérie
1 ^{ère} année 989 mots	Nouveau-né (66,38% ; 2.33) Accouchement (62.07% ; 1.57) Naissance (40.52% ; 2.15) Femme (22.84% ; 2.79) Grossesse (20.69% ; 2.53) Maternité (16.81% ; 3.05) Accompagnement (12.93% ; 2.48)	Altruisme (15.94% ; 3.5) Hôpital (15.51% ; 3.64) <u>Problème de reconnaissance</u> (13.79% ; 3.62) Obstétrique (12.93% ; 4) Famille (9.48% ; 3.31) Formation (9.05% ; 3.66) Partage (8.18% ; 3.52)
2 ^{ème} année 159 mots	Accouchement (62.5% ; 1.8) <u>Relationnel</u> (37.5% ; 2.83) Naissance (40.6% ; 2.07) Nouveau né (40.6% ; 2.76) Accompagnement (15.63% ; 2.8) Femme (15.63% ; 2.6) <u>Famille</u> (15.63% ; 3) <u>Plus beau métier au monde</u> (15.63% ; 2.6)	Partage (37.5% ; 3.58) <u>Responsabilité médicale</u> (21.87% ; 4.16) <u>Problème de reconnaissance</u> (12.5% ; 5) <u>Travail</u> (12.5% ; 3.5)
3 ^{ème} année 158 mots	Naissance (36.67% ; 2.63) <u>Responsabilité médicale</u> (33.33% ; 2.8) Femme (23.33% ; 2.28) Famille (20% ; 3.33)	Nouveau né (40% ; 3.91) Obstétrique (16.66% ; 3.6) <u>Problème de reconnaissance</u> (13.33% ; 4.5)

	Profession médicale (20% ; 2.33) Maternité (20% ; 3.5), Eutocie (13.33% ; 2.75) Prise en charge globale (13.33% ; 3.5)	
4 ^{ème} année 158 mots	Accouchement (64.52% ; 2.15) Accompagnement (45.16% ; 1.78) Responsabilité médicale (33.33% ; 2.5) Profession médicale (32.26% ; 2.4) Grossesse (25% ; 2.84) Obstétrique (19.35% ; 2.16) Femme (16.12% ; 2.4) Relationnel (12.90% ; 2.5) Préparation (12.90% ; 2.5)	Nouveau né (25.81% ; 4) Naissance (22.58% ; 3.85) Prévention (19.35% ; 5.2) Stress (19.35% ; 5.2) Contraintes (16.12% ; 4) Gynécologie (12.90% ; 4.5) Problème de reconnaissance (12.90% ; 3.5)
5 ^{ème} année 159 mots	Accompagnement (45.45% ; 1.6) Nouveau né (45.45% ; 3.2) Accouchement (42.42% ; 2.07) Grossesse (39.39% ; 2.53) Naissance (36.36% ; 2.25) Maternité (24.24% ; 3) Compétence (21.21% ; 2.57) Obstétrique (12.12% ; 2.5)	Femme (21.21% ; 3.42) Profession médicale (15.15% ; 3.6) Autonomie (12.12% ; 3.5) Responsabilité médicale (12.12% ; 4)
Sages-femmes 573 mots	Accompagnement (50% ; 2.01) Responsabilité médicale (30.32% ; 2.51) Naissance (25.40% ; 2.31) Accouchement (24.59% ; 2.7) Grossesse (15.57% ; 2.16) Ecoute (14.75% ; 2.47) Compétence (12.29% ; 2.21) Empathie (12.29% ; 2.86) Patience (12.29% ; 2.73) Vocation (10.65% ; 2.75) Humanité (10.65% ; 1.58)	Plus beau métier du monde (18.85% ; 3.78) Nouveau né (17.21% ; 3.52) Profession médicale (17.21% ; 3.14) Disponibilité (13.93% ; 3.13) Problème de reconnaissance (11.47% ; 3.38) Contraintes (10.65% ; 3.72) Equipe (8.19% ; 3.44) Relationnel (8.19% ; 3.33)

Les mots grisés correspondent aux mots nouveaux entre l'année précédente et l'année observée. Le mot souligné est commun à toutes les zones de la 1^{ère} périphérie

Tableau 4 : Analyse prototypique de la profession de sage-femme

5.3.2.1 La zone du noyau central

A partir des données catégorisées, nous avons recherché celles pour lesquelles le rang d'apparition était faible avec une forte fréquence, dans le but d'approcher la zone du noyau central.

Il existe trois items communs à toutes les zones du noyau central quelle que soit l'année de formation et chez les professionnelles : **accompagnement**, **accouchement** et **grossesse**. Ces trois éléments semblent donc être le cœur de métier de la profession de sage-femme. Si nous observons les différentes zones du noyau central, nous pouvons observer une évolution des termes en fonction de la progression des années d'études :

- en 1^{ère} année, les mots trouvés sont de l'ordre d'une représentation quasi sociale et décrivent des acteurs de la naissance (**femme**, **nouveau né**) ainsi que les lieux spécifiques comme la **maternité**.

- en 2^{ème} année apparaissent 3 nouveaux éléments. La **famille** : les étudiants ont sûrement une vision plus élargie du contexte de la maternité. Le **plus beau métier au monde** : les étudiants intègrent la formation et sont sûrement dans une réassurance de leurs choix de formation. Le **relationnel** : c'est un élément développé dès l'entrée en formation par les formateurs comme un point clé du soin.

- en 3^{ème} année, des termes purement professionnels font leur apparition : **eutocie**, **prise en charge globale**. Leur apparition est cohérente avec le contenu de l'enseignement : l'obstétrique physiologique est un module nouveau et spécifique de cette année de formation. Les termes de **profession médicale** et **responsabilité médicale** sont aussi deux autres notions prégnantes : après une deuxième année axée sur le soin et son application uniquement sur prescription, les étudiants découvrent, au cours de cette année, une part importante des compétences de la sage-femme et donc l'étendue des responsabilités de cette profession.

- en 4^{ème} année, des termes comme **obstétrique** et **préparation** sont présents : ces termes appartiennent au vocabulaire professionnel et témoignent par ailleurs de la spécificité des actes de la profession médicale par plus de finesse dans l'emploi de terme approprié.

- en 5^{ème} année, le terme de **compétence** est prégnant : la construction de la compétence semble être le nœud de la professionnalisation.

- les sages-femmes, elles, ont décalé leur positionnement vers les qualités de la relation, le domaine de l'affect et des émotions : **empathie**, **humanité**, **patience**, **écoute**. La **vocation** est au cœur de la profession.

Au travers de l'étude de la zone du noyau central, nous voyons apparaître un déplacement progressif des centres d'intérêt des étudiants au cours de la formation. Regardons ce qu'il en est de la zone de la 1^{ère} périphérie.

5.3.2.2 La zone de la 1ère périphérie

Un item est quasi présent pour toutes les années de formation ainsi que pour les professionnelles : **problème de reconnaissance**. Seules, les 5èmes années ne l'évoquent pas : sont-elles trop prises par les enjeux de cette dernière année de formation pour en oublier cet élément ? Par ailleurs, nous pouvons observer plusieurs points :

- en 1^{ère} année, et de façon sous-jacente, nous trouvons le terme d'**obstétrique** comme expliquant les termes cités dans la zone du noyau central.
- en 2^{ème} année, la notion de **responsabilité médicale** vient appuyer le versant du soin évoqué précédemment. Le **travail** apparaît comme une réalité contextualisée contrairement à l'année du concours où devenir sage-femme est encore abstrait.
- en 3^{ème} année, **nouveau né** et **obstétrique** rejoignent la notion d'**eutocie**.
- en 4^{ème} année, la spécificité des activités professionnelles se confirment par le terme de **gynécologie** (nouvelles compétences) et de **prévention**. La notion de **contraintes** apparaît comme une nouvelle dimension professionnelle. La 4^{ème} année correspond comme nous l'avons vu précédemment à l'apprentissage de la pathologie et donc de l'ampleur des responsabilités professionnelles notamment en termes de prévention et de dépistage. Le terme de **stress** en démontre tout l'enjeu. La variété des stages de 4^{ème} année permet peut être aux étudiants d'entrer dans une prise de conscience des contraintes de la profession.
- en 5^{ème} année, le terme d'**autonomie** associé à la **responsabilité médicale** et la **profession médicale** apparaît bien dans un espace-temps préprofessionnel, ce qui avec la notion de **compétence** en zone du noyau central forme un « tout » professionnel. Le terme **femme** recentre complètement sur le sujet essentiel et toute la problématique inhérente à la prise en charge de cette personne.
- enfin, les sages-femmes intègrent la notion de **disponibilité** et de **relationnel**, et sont cohérentes avec les qualités professionnelles précédemment évoquées. **Equipe** et **plus beau métier au monde** contrebalancent certains éléments négatifs de la perception de la profession.

Si nous devons revenir maintenant sur le **problème de reconnaissance**, nous pourrions peut-être en donner plusieurs sens en fonction des années de formation, de la 1^{ère} à la 5^{ème} année ainsi que pour les sages-femmes elles-mêmes :

- en 1^{ère} année, la méconnaissance de la profession : existe-t-elle réellement pour certains ?
- en 2^{ème} année, le rôle d'agent qui effectue des soins uniquement sur prescription au cours des stages n'amène-t-il pas à cette réflexion sur le problème de reconnaissance ?
- en 3^{ème} année, la découverte de l'obstétrique eutocique et donc l'interrogation sur la place de la sage-femme par rapport à celle du médecin : existe-t-il une différence et de quel ordre ?

- en 4^{ème} année, les nouvelles connaissances sont mises en exergue mais aussi la problématique de la place que les autres professionnels vont laisser à ces nouvelles compétences qui jusque-là leur étaient dévolues et spécifiques.
- les sages-femmes revendiquent leur spécificité dans l'aspect relationnel et l'accompagnement mais font face à des réticences.

5.3.3 Analyse de similitude sur la profession de sage-femme

La schématisation suivante se base sur le modèle proposé par Piasser et Bataille (2011).

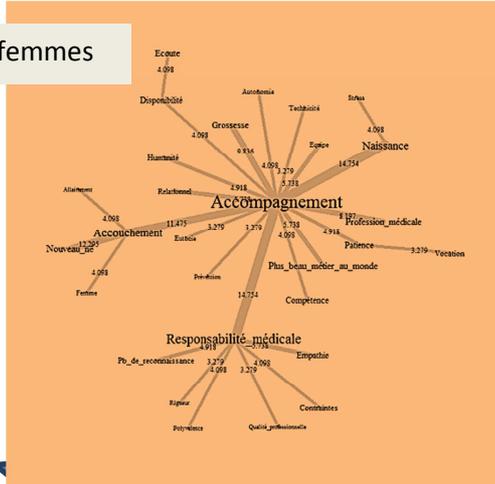
L'analyse de similitude vient conforter les éléments décrits lors de l'analyse prototypique, comme par exemple le passage du terme central d'**accouchement** vers l'**accompagnement**. Cependant, nous pouvons observer les liens entre les items et nous apercevoir que les branches principales ne sont pas reliées toujours de la même façon. La représentation évolue de sociale à professionnelle, du terme **accouchement** vers **accompagnement**, de **relationnel** à des termes plus techniques. Cependant, la professionnalisation n'est pas achevée en 5^{ème} année car la notion d'accouchement est encore fortement présente.

Nous observons une complexification des arbres maximums au fur et à mesure de l'évolution des années de formation et la présence de termes de plus en plus en lien avec le monde professionnel.

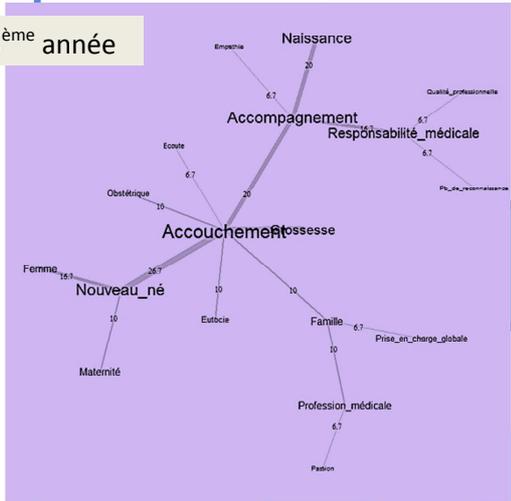
Professionalité des acteurs

Sages-femmes

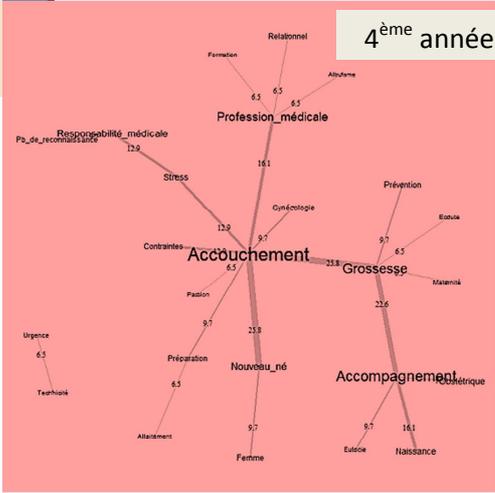
5^{ème} année



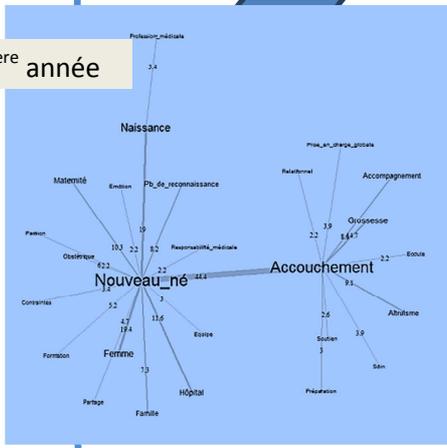
3^{ème} année



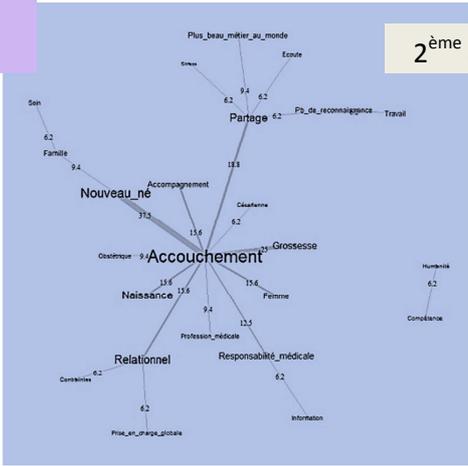
4^{ème} année



1^{ère} année



2^{ème} année



Technicité des objets

Schéma 5 : Analyse de similitude de la profession de sage-femme

5.3.4 Chi² entre les items cités et l'année de formation

Dans le tableau suivant, 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 ; les cases bleues symbolisent l'année (ou les années) pour laquelle (ou lesquelles) l'item est significativement plus absent. Il en sera de même pour les autres tableaux au long des résultats proposés.

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Accompagnement	< 0.0001	-		+	+	+
Nouveau-né	< 0.0001	+	-	-	-	-
Relationnel	< 0.0001		+	-	+	
Profession médicale	< 0.0001	-		+	+	
Responsabilité médicale	< 0.0001	-	+	+	+	
Autonomie	< 0.0001	-				+
Stress	< 0.0001	-			+	
Vocation	0.0480591958295717			+		
Technicité	0.00178759947290532	-		+	+	+

Tableau 5 : Chi² entre les items cités et l'année de formation

Ce tableau met en évidence, d'une autre façon, des traits spécifiques déjà repérés en fonction de l'année de formation :

- la représentation quasi sociale des 1^{ères} années avec la spécificité de l'item **nouveau né**
- la **vocation** chez les 3^{èmes} années
- le **stress** chez les 4^{èmes} années
- l'**autonomie** pour les 5^{èmes} années

Des points communs apparaissent entre promotions :

- l'**accompagnement** pour les 3^{èmes}, 4^{èmes} et 5^{èmes} années
- le **relationnel** pour les 2^{èmes} et 4^{èmes} années
- la **profession médicale** pour les 3^{èmes} et 4^{èmes} années
- la **responsabilité médicale** pour les 2^{èmes}, 3^{èmes} et 4^{èmes} années
- la **technicité** pour les 3^{èmes}, 4^{èmes} et 5^{èmes} années

Quelques pistes de réflexion apparaissent :

- pourquoi des items tels que **responsabilité médicale** et **profession médicale** ne sont pas aussi spécifiques de la 5^{ème} année ? Est-ce que la notion d'**autonomie** mise en avant englobe ces deux items dans la réflexion de ces étudiants ?

- la **technicité** émerge pour la 1^{ère} fois dans cette étude avec les années de formation, même si cet item est peu fréquent : elle fait partie intégrante des compétences à acquérir au cours

de la formation. Elle n'apparaît pas dans les 10 items les plus cités ni dans l'analyse prototypique. Chez les professionnelles sages-femmes, elle n'est pas prépondérante. Les étudiants la perçoivent donc comme spécifique de la formation à partir de la 3^{ème} année.

- la faible proportion des étudiants de 3^{ème} année citant le **relationnel** est-elle due à la préoccupation de rentrer dans les notions cœur de métier comme l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie ?

5.3.5 Chi² entre les items cités et le fait d'être étudiants ou sage-femme

Item	p	5 années de formation	Sages-femmes
Nouveau né	< 0.0001	+	-
Accouchement	< 0.0001	+	-
Disponibilité	< 0.0001	-	+
Accompagnement	< 0.0001	-	+
Responsabilité médicale	< 0.0001	-	+
Vocation	< 0.0001	-	+
Patience	0.000121408627935348	-	+
Plus beau métier au monde	0.000156559568682756	-	+
Hôpital	0.000245818704883394	+	-
Femme	0.000319850765784324	+	-
Ecoute	0.00146265201000998	-	+
Technicité	0.00473851871621233	-	+
Autonomie	0.00673348072434413	-	+
Compétence	0.0113254038801922	-	+
Maternité	0.0117579248316282	+	-
Obstétrique	0.0138759261708233	+	-
Partage	0.0295829803261188	+	-
Famille	0.0378235266870621	+	-
Grossesse	0.0400791116479642	+	-
Travail	0.049199678163432	+	-

Tableau 6 : 1^{er} cas : 5 années d'études (n=358) / sages-femmes (n=122)

Item	p	4 années de formation	Sages-femmes
Accouchement	< 0.0001	+	-
Nouveau né	0.000420296070893994	+	-
Disponibilité	0.00188781435152014	-	+
Grossesse	0.00194045198769548	+	-
Obstétrique	0.00523638976121446	+	-
Empathie	0.00571527101012964	-	+
Femme	0.00607177218462967	+	-
Vocation	0.00636027014661341	-	+
Partage	0.0145081447807043	+	-
Famille	0.0330080423083627	+	-
Humanité	0.0377563224331933	-	+
Plus beau métier au monde	0.0437658141214481	-	+
Gynécologie	0.0239774294766361	+	-

En orange sont soulignés les items spécifiques de chaque tableau.

Tableau 7 : 2^{ème} cas : 4 années en école (n=126) / sages-femmes (n=122)

Pour certains items, il est nécessaire de réaliser les Chi² en fonction de chaque année de formation.

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	Sages-femmes
Accompagnement	< 0.0001	-	-	+	+	+	+
Accouchement	< 0.0001	+	+		+	-	-
Femme	0.00779327343145803	+					-
Grossesse	0.0110767298971287	-		+	+	+	+
Nouveau né	< 0.0001	+			-		-

Tableau 8 : Chi² des items en fonction de chaque année de formation

Les items **responsabilité médicale** et **compétence, patience** et **écoute, autonomie** et **technicité** sont plus présents chez les professionnelles que chez toutes les années de formation réunies. Par ailleurs, les items **empathie, vocation, disponibilité, humanité** et **plus beau métier au monde** sont significativement plus fréquents chez les professionnelles que chez les étudiants en école de sages-femmes et corroborent les éléments retrouvés dans l'analyse prototypique. Le terme de **travail**¹⁰ est plus présent chez les étudiants ce qui est le signe d'une forme d'idéalisation par les étudiants et est remplacé chez les professionnelles par une concrétisation liée aux items caractéristiques de la profession en elle-même (**compétence, responsabilité médicale...**). Les items **accompagnement** et **grossesse** prennent de l'importance au fur et à mesure de la formation contrairement à **accouchement, femme** et **nouveau né** qui perdent de l'importance dès la fin de la 1^{ère} année.

Au travers de ces comparaisons, nous pouvons voir apparaître une dimension chez les professionnelles quasi inexistante chez les étudiants, celle des qualités relationnelles : **écoute, empathie...** Les étudiants sont pour le moment dans une dimension professionnalisante avec une élaboration du vocabulaire différente selon les années de formation.

5.3.6 Les items associés à un lien négatif

Items	1 ^{ère} année (927 items)	2 ^{ème} année (160 items)	3 ^{ème} année (156 items)	4 ^{ème} année (154 items)	5 ^{ème} année (159 items)	Sages-femmes (573 items)
Lien_0	134 ; 4.45%	12 ; 7.5%	12 ; 7.69%	23 ; 14.9%	23 ; 14.46%	70 ; 12.21%
Lien_n	78 ; 8.41%	14 ; 8.75%	7 ; 4.48%	18 ; 11.68%	6 ; 3.77%	41 ; 7.15%
Lien_p	715 ; 77.13%	134 ; 83.75%	137 ; 87.82%	113 ; 73.37%	130 ; 81.76%	462 ; 80.62%

Tableau 9 : Les items cités pour la profession de sage-femme associé et lien associé

¹⁰ L'item travail regroupe des éléments positifs de la profession : travail (2) travail tranquille (1) métier indispensable (1) indispensable (3) essentiel (1) métier complet (1) métier noble (1) riche (1) privilège (1) intéressant (1) épanouissement (1) gratification (1) gratitude (1) gratification humainement (1) activité (1) importance (1) bénéfique (1) utile (1)

Ces items auxquels les étudiants ont associé un lien négatif touchent des domaines particuliers en fonction des années d'études. Cependant, **problème de reconnaissance** et **stress** sont communs à toutes les promotions et même aux professionnelles. En 2^{ème} année, **sang**, **émotion** et **compétence** témoignent de la découverte d'une profession et des situations complexes à gérer. En 3^{ème} année, **disponibilité** et **urgence** apparaissent en lien avec la découverte de l'obstétrique et de la mise en action des savoirs. En 4^{ème} année, **compétence**, **formation**, **responsabilité médicale** et **urgence** témoignent de la complexification des apprentissages. En 5^{ème} année, **équipe** et **formation** confirment la difficulté de se positionner au sein d'un groupe de professionnels avec des relations d'interdépendance et l'acquisition de connaissances de plus en plus grandes dans le domaine spécifique de la sage-femme. Les professionnelles rencontrent de nombreuses situations difficiles mais contrairement aux étudiants de 1^{ère} année, l'ensemble des mots évoqués en lien négatif avec la profession le sont du fait de leur expérience professionnelle. A noter que les 4^{èmes} années donnent moins d'items positifs et plus d'items négatifs et neutres que les autres années de formation ainsi que les professionnelles (Chi² significatif).

Nous allons maintenant étudier les éléments de la représentation de la profession de médecin.

5.4 Association libre sur la profession de médecin

Nous avons procédé de même avec les associations faites pour la profession de médecin par les étudiants : la catégorisation a tenu compte de celles réalisées antérieurement et a permis de créer 65 groupes pour 1513 mots.

Le nombre moyen de mots cités par l'ensemble de la population est de 4,28 : 4,09 pour les 1^{ères} années, 4,56 pour les 2^{èmes}, 4,4 pour les 3^{èmes}, 4,52 pour les 4^{èmes} et 4,45 pour les 5^{èmes} années. Nous pouvons constater une répartition quasi linéaire dès l'entrée en école de sages-femmes.

5.4.1 Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de médecin

Nous allons observer la répartition des 10 premiers items cités en fonction des années de formation. Il apparaît que :

- les 10 items cités représentent la moitié des mots cités par les étudiants de 1^{ère} année pour atteindre quasiment les trois quarts pour les étudiants de 5^{ème} année avec une progression régulière pour les années intermédiaires. Les étudiants auraient une vision plus consensuelle de la

profession de médecin au fur et à mesure de la formation grâce au fait qu'ils les côtoient lors des stages et lors des cours.

- c'est le terme **soin** qui est cité en 1er par moins de la moitié des sujets de 1^{ère} année ; **responsabilité médicale** par moins de la moitié des sujets de 2^{ème} année ; enfin **maladie** par la moitié voire les deux tiers des sujets de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année. Le **soin** et la **responsabilité médicale** rejoignent la vision que nous avons évoquée plus haut sur la posture de l'étudiant au cours de ces temps de formation. La prépondérance croissante du mot **maladie** semble complètement liée à la transition entre l'apprentissage de la physiologie et de la pathologie.

En 1^{ère} année (n=232), mots (n=948)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Soin	95	10.02	40.95
Malade	76	8.02	32.76
Altruisme	64	6.75	27.59
Formation	57	6.01	24.57
Maladie	45	4.75	19.40
Compétence	38	4.01	16.38
Ecoute	35	3.69	15.09
Hôpital	35	3.69	15.09
Travail	30	3.16	12.93
Contraintes	29	3.06	12.5
Total	539	56.86	

En 2^{ème} année (n=32), mots (n=146)

En 3^{ème} année (n=30), mots (n=132)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets	Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Responsabilité_médicale	13	8.90	40.63	Maladie	15	11.36	50
Formation	10	6.85	31.25	Formation	10	7.58	33.33
Malade	9	6.16	28.13	Responsabilité_médicale	10	7.58	33.33
Maladie	9	6.16	28.13	Hiérarchie	7	5.30	23.33
Soin	9	6.16	28.13	Caractère	6	4.55	20
Consultations	7	4.79	21.88	Malade	6	4.55	20
Contraintes	7	4.79	21.88	Blouse	5	3.79	16.67
Diagnostic	7	4.79	21.88	Compétence	5	3.79	16.67
Altruisme	6	4.11	18.75	Diagnostic	5	3.79	16.67
Hiérarchie	6	4.11	18.75	Santé	4	3.03	13.33
Relationnel	6	4.11	18.75	Soin	4	3.03	13.33
Total	89	60.96		Total	77	58.33	

4^{ème} année (n=31) mots (n=140)5^{ème} année (n=33) mots (n=147)

Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets	Les 10 items les plus cités	En effectifs	% calculé en fonction du nombre de mots cités	% calculé en fonction du nombre de sujets
Maladie	21	15	67.74	Maladie	20	13.61	60.61
Compétence	13	9.29	41.94	Compétence	14	9.52	42.42
Formation	9	6.43	29.03	Formation	14	9.52	42.42
Responsabilité_médicale	9	6.43	29.03	Responsabilité_médicale	10	6.80	30.30
Hiérarchie	7	5	22.58	Diagnostic	9	6.12	27.27
Salaire	7	5	22.58	Profession_médicale	6	4.08	18.18
Soin	6	4.29	19.35	Indisponibilité	5	3.40	15.15
Contraintes	5	3.57	16.13	Médicament	5	3.40	15.15
Profession_médicale	5	3.57	16.13	Caractère	4	2.72	12.12
Chirurgien	4	2.86	12.90	Chirurgien	4	2.72	12.12
Equipe	4	2.86	12.90	Consultations	4	2.72	12.12
Travail	4	2.86	12.90	Spécialiste	4	2.72	12.12
				Suivi	4	2.72	12.12
				Technicité	4	2.72	12.12
Total	94	67.14		Total	107	72.79	

Tableau 10 : Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de médecin

5.4.2 Analyse prototypique de la profession de médecin (Annexe X)

Nous nous contenterons ici aussi d'étudier deux dimensions : la zone du noyau central et celle de la 1^{ère} périphérie.

Différences	Zone du noyau central	Zone de la 1 ^{ère} périphérie
1 ^{ère} année 948 mots	Soin (40.95% ; 1.43) Malade (32.76% ; 2.30) Altruisme (27.59% ; 2.66) Maladie (19.40% ; 2.43) Compétence (16.38% ; 3) Hôpital (15.09% ; 2.86) Ecoute (15.09% ; 2.62) Travail (12.93% ; 2.33) Responsabilité médicale (12.06% ; 2.15) Diagnostic (8.18% ; 2.71) Chirurgien (6.89% ; 2.78) Santé (6.89% ; 1.5)	Formation (24.57% ; 3.15) <u>Contraintes</u> (12.5% ; 3.09) Salaire (10.77% ; 3.73) Médicament (10.34% ; 3.78) Cabinet (7.75% ; 3.35)
2 ^{ème} année 146 mots	Responsabilité médicale (40.63% ; 2.46) Maladie (28.13% ; 1.88) Soin (28.13% ; 2.62) Malade (28.13% ; 2.44) Diagnostic	Formation (31.25% ; 4.12) <u>Contraintes</u> (21.88% ; 3.33) <u>Consultations</u> (21.88% ; 3.14) Médicament (12.5% ; 3.25) <u>Travail</u> (12.5% ; 4.66)

	(21.88% ; 2.71) Altruisme (18.75% ; 2.5) Hiérarchie (18.75% ; 2.6) Relationnel (18.75% ; 2.33) Ecoute (12.5% ; 2.75)	
3 ^{ème} année 132 mots	Maladie (50% ; 1.46) Responsabilité médicale (33.33% ; 2) Malade (20% ; 2.66) Compétence (16.67% ; 1.6) Soin (13.33% ; 2.5)	Formation (33.33% ; 3.1) Hiérarchie (23.33% ; 4) Caractère (20% ; 3.33) Diagnostic (16.67% ; 3.2) Blouse (16.67% ; 3.2) Santé (13.33% ; 3)
4 ^{ème} année 140 mots	Maladie (67.74% ; 2) Compétence (41.94% ; 2.69) Responsabilité médicale (29.03% ; 2) Formation (29.03% ; 2.88) Soin (19.35% ; 2.33) Profession médicale (16.13% ; 1.2) Travail (12.90% ; 2.75) Equipe (12.90% ; 2.5)	Salaire (22.58% ; 4) Hiérarchie (22.58% ; 3.57) Contraintes (16.13% ; 3.6) Chirurgien (12.90% ; 3.25)
5 ^{ème} année 147 mots	Maladie (60.61% ; 1.43) Compétence (42.42% ; 2.33) Formation (42.42% ; 2.72) Responsabilité médicale (30.30% ; 2.7) Diagnostic (27.27% ; 2.33) Profession médicale (18.18% ; 1.5) Indisponibilité (15.15% ; 3.2) Médicament (15.15% ; 3) Chirurgien (12.12% ; 3) Consultations (12.12% ; 3) Suivi (12.12% ; 2) Technicité (12.12% ; 3)	Caractère (12.12% ; 4) Spécialiste (12.12% ; 3.66)

Les mots grisés correspondent aux mots nouveaux entre l'année précédente et l'année observée. Le mot souligné est quasi commun à toutes les zones de la 1^{ère} périphérie

Tableau 11 : Analyse prototypique de la profession de médecin

5.4.2.1. La zone du noyau central

Il existe deux items communs à toutes les zones du noyau central quelle que soit l'année de formation : **maladie** et **responsabilité médicale**. Il semble être des éléments clés de cœur de profession de médecin (mais nous ne pouvons l'affirmer car nous n'avons pas utilisé de test de

centralité). Si nous étudions les différentes zones du noyau central, nous pouvons observer une évolution des termes en fonction de la progression des années d'études :

- en 1^{ère} année, nous retrouvons des éléments de représentation quasi sociale de la profession de médecin avec les acteurs en présence (le **malade**, le **chirurgien**), le lieu (l'**hôpital**), le domaine (la **santé**), l'action (le **soin**), les notions de **compétence**, d'**écoute** et d'**altruisme**. Or nous savons que la majorité de ces étudiants souhaite intégrer la faculté de médecine : cela pourrait expliquer la présence de termes professionnels comme compétence qui apparaissent plus tardivement pour la profession de sage-femme. Le prestige de la profession doit aussi avoir une influence sur sa représentation, ainsi que la connaissance directe d'un médecin puisque tous ces étudiants ont au moins vu une fois un médecin au cours de leur vie alors que très peu ont dû côtoyer une sage-femme.

- en 2^{ème} année, le terme de **relationnel** est présent comme dans la zone du noyau central de la profession de sage-femme. Il y aurait un lien direct entre les deux représentations de la profession au cours de cette année de formation. La notion de **hiérarchie** apparaît : l'entrée dans le monde du travail et des stages incite l'étudiant à percevoir les jeux de « pouvoir » entre les divers types de professionnels et notamment, au cours de cette année, où les étudiants sont dans l'apprentissage des soins prescrits (comme nous l'avons déjà vu).

- en 4^{ème} année, la **formation** est prégnante : c'est au cours de cette année de formation que les étudiants prennent en charge des patientes et des nouveaux nés présentant des pathologies au cours de leurs stages et qu'ils sont en contact direct en maternité avec les internes de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'anesthésie. Ils peuvent alors observer le travail d'équipe, se rendre compte du fait que médecin est une profession médicale mais aussi de l'investissement et de la durée des études de ces derniers.

- en 5^{ème} année, les étudiants associent les termes **suivi**, **consultations** et **médicament** ainsi que **indisponibilité** et **technicité**. Ils ont un regard plus critique sur la profession peut être par le lien qu'ils font du temps de présence des médecins assurant leurs cours en formation (4 heures de cours se transforment rapidement en 2 heures), leur direction de mémoire et leur observation en stage. Le changement de perception de la profession de sage-femme de l'**accouchement** vers l'**accompagnement** semble peut être se faire en opposition de l'accompagnement propre des médecins.

Nous pouvons percevoir une évolution de la perception de la profession de médecin par les étudiants au cours de la formation, en ce qui concerne la zone du noyau central. Qu'en est-il de la zone de 1^{ère} périphérie ?

5.4.2.2 La zone de 1ère périphérie

Le terme **contraintes** apparaît plusieurs fois et ce dès la 1^{ère} année de formation alors que pour la profession de sage-femme il intervient plus tardivement. Est-ce le fait que, au cours des études de sages-femmes, les étudiants valorisent au maximum leurs choix et n'évoquent que plus tardivement cette spécificité alors que, pour la profession de médecin, la notion de contraintes fait partie d'un tout : ainsi, il apparaîtrait une idéalisation de la profession de sage-femme de la part des étudiants contrairement à la profession de médecin et la connaissance qu'ils en auraient. Par ailleurs, nous pouvons observer :

- en 1^{ère} année, l'évocation du **cabinet**, du **salaire** et du **médicament**. Cela évoque essentiellement l'activité la plus représentative de la profession et la plus connue par les étudiants, celle de médecin généraliste mais aussi des « clichés » professionnels.

- en 2^{ème} année, comme pour la profession de sage-femme, apparaît la notion de **travail** : la contextualisation en serait à l'origine.

- en 3^{ème} année, la notion de **diagnostic**, de **santé**, de **blouse**, de **hiérarchie** et de **caractère** comme si cela représentait les attributs de la profession de médecin. Le terme **diagnostic** est en rapport avec le programme des études : c'est en effet en 3^{ème} année que cette notion est abordée.

- en 4^{ème} année, les items **salaire** et **hiérarchie** sont renforcés, peut être en lien avec la progression de la formation et la comparaison faite par les étudiants entre rapports professionnels vécus et valorisation de leur profession.

- en 5^{ème} année, l'approfondissement des thématiques professionnelles, tant du point de vue théorique que clinique, permet aux étudiants d'affiner leur perception de la profession de médecin par l'utilisation de termes adéquats. Cependant, le terme **spécialiste** peut être considéré sous différents aspects : la séparation des corps professionnels avec l'existence des spécialistes et des autres. Mais cela peut aussi venir du phénomène d'hyperspécialisation et ainsi faire le lien avec la perception de la profession de sage-femme comme spécialiste de la prise en charge globale eutocique de la femme et du nouveau né ; et celle du médecin obstétricien comme spécialiste de la naissance pathologique par exemple.

Si nous considérons à présent le terme de contraintes en fonction des événements que nous avons décrits, plusieurs significations peuvent lui être attribuées :

- en 1^{ère} année, ce seraient les contraintes de l'exercice professionnel
- en 2^{ème} année, les contraintes liées à la hiérarchie
- en 4^{ème} année, les contraintes liées à la formation

5.4.3 Analyse de similitude sur la profession de médecin

Comme précédemment, la schématisation suivante se base sur le modèle proposé par Piasser et Bataille (2011).

Nous retrouvons des éléments identiques à l'analyse prototypique : le passage de la notion de **soin** vers la **maladie**. De même que pour la représentation de la profession de sage-femme, la représentation de la profession de médecin évolue de **malade** et **soin** vers **responsabilité médicale**, **maladie** et **formation**. Des éléments distincts sont à noter :

- pour la profession de médecin, la **responsabilité médicale** est en lien avec la **formation** ou la **maladie**/le **malade** alors que, pour la profession de sage-femme, les actes sont en lien directs avec la responsabilité (**accouchement**, **naissance**...).

- comme **accouchement** est lié à **accompagnement** pour la profession de sage-femme, **formation** est lié directement ou indirectement à **maladie** selon les promotions.

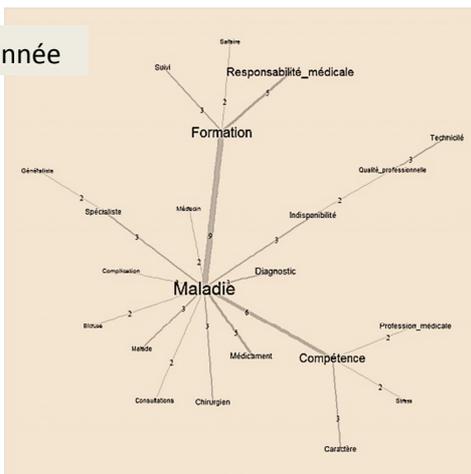
La complexification des branches et des ramifications est moindre que pour la profession de sage-femme, avec un vocabulaire moins spécifique ; cependant, nous observons tout de même une évolution dans la représentation de la profession de médecin. Les étudiants se sentent sûrement plus concernés par la profession qu'ils vont eux-mêmes exercer que par une profession dont ils ont eu du mal pour certains d'entre eux à faire le deuil.

Cependant, à l'image de la représentation de la profession de sage-femme, nous supposons que la représentation de la profession de médecin en 5^{ème} année n'est pas achevée même sans les résultats de la représentation des professionnels.

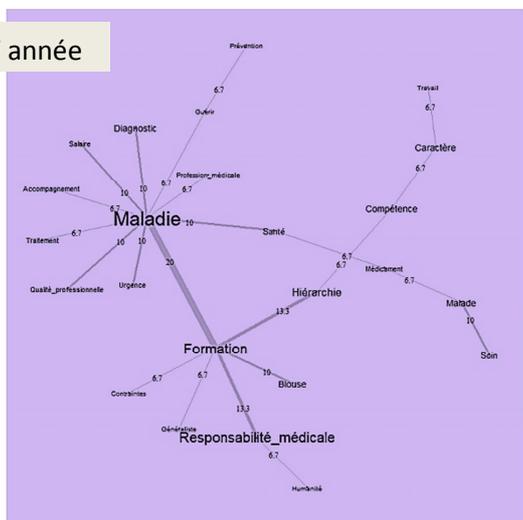
Professionalité des acteurs



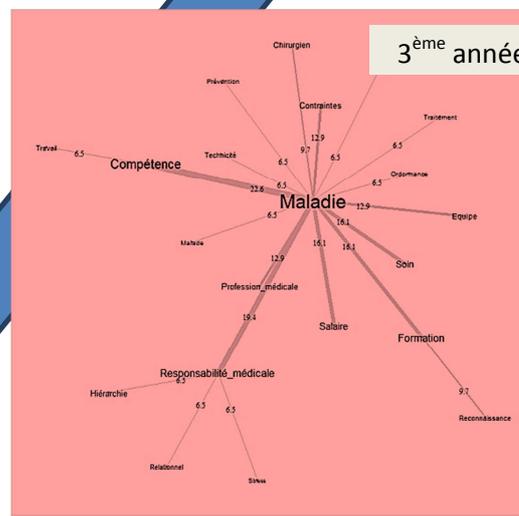
5^{ème} année



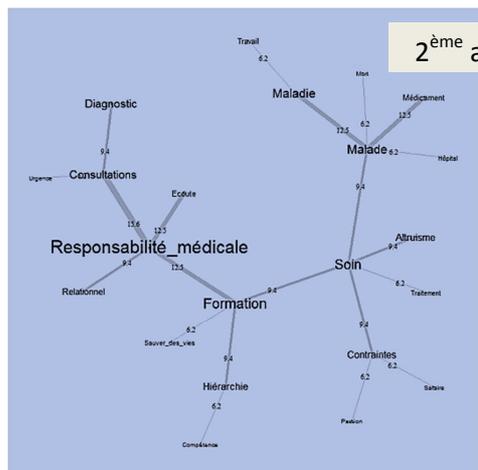
4^{ème} année



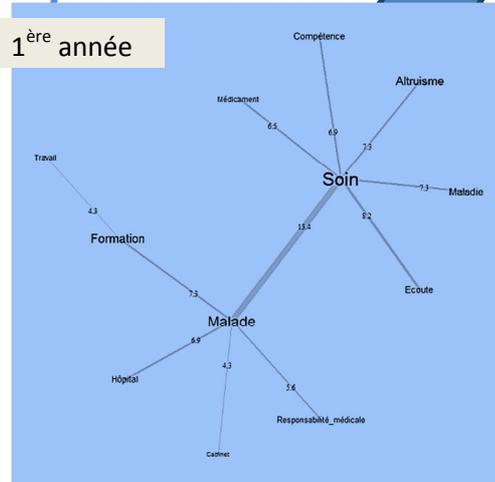
3^{ème} année



2^{ème} année



1^{ère} année



Technicité des objets

Schéma 6 : Analyse de similitude de la profession de médecin

5.4.4 Chi² entre les items cités et l'année de formation

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Maladie	< 0.0001	-		+	+	+
Responsabilité médicale	< 0.0001	-	+	+	+	+
Soin	0.000111953087449458	+		-	-	-
Compétence	0.00168923854222958	-	-		+	+
Malade	0.00665221336786848	+		-	-	-
Altruisme	0.000638593555908704	+		-	-	-
Hiérarchie	< 0.0001	-	+	+	+	
Hôpital	0.0252906897226732	+		-	-	-

Tableau 12 : Chi² entre les items cités et l'année de formation

Ce tableau met en évidence, d'une autre façon, des traits spécifiques déjà repérés en fonction de l'année de formation uniquement pour les 1^{ères} années : le **soin**, le **malade**, l'**altruisme** et l'**hôpital**. Ce qui tend à prouver que, ce que nous avons constaté précédemment, il existe une évolution dans la représentation au fur et à mesure des années mais elle est moins marquée que pour la profession de sage-femme. Des points communs sont plus présents :

- la **maladie** pour les 3^{èmes}, 4^{èmes} et 5^{èmes} années
- la **hiérarchie** pour les 2^{èmes}, 3^{èmes} et 4^{èmes} années
- la **compétence** pour les 3^{èmes} et 4^{èmes} années
- la **responsabilité médicale** pour les 2^{èmes}, 3^{èmes}, 4^{èmes} et 5^{èmes} années

L'ensemble de ces résultats montre qu'à partir de la 3^{ème} année, il y a une certaine stabilité de la représentation.

Quelques pistes de réflexion apparaissent :

- pourquoi des items tels que **hiérarchie** ne sont pas aussi significatifs en 5^{ème} année ? Est-ce que la notion d'autonomie mise en avant pour la profession de sage-femme interfère dans la représentation de la profession de médecin ?

- le seul item commun aux représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin et ayant un lien significatif entre les deux représentations est la **responsabilité médicale** évoquée par les 4 dernières années pour la profession de médecin et seulement par les 2^{èmes}, 3^{èmes} et 4^{èmes} années pour la profession de sage-femme. Les 5^{èmes} années sont apparemment centrés sur des préoccupations propres à leur entrée dans la profession.

5.4.5 Les items associés à un lien négatif

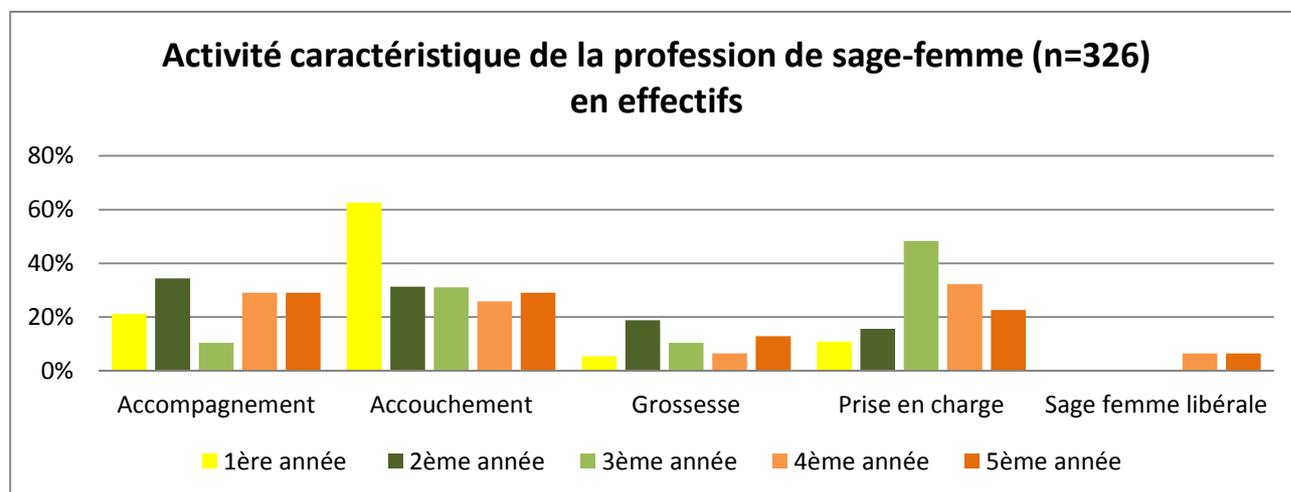
Items	1 ^{ère} année (871 items)	2 ^{ème} année (146 items)	3 ^{ème} année (132 items)	4 ^{ème} année (140 items)	5 ^{ème} année (147 items)
Lien_0	118 ; 13.54%	16 ; 10.95%	36 ; 27.27%	29 ; 20.71%	42 ; 28.57%
Lien_n	130 ; 14.92%	42 ; 28.76%	35 ; 26.51%	25 ; 17.85%	31 ; 21.08%
Lien_p	623 ; 71.52%	88 ; 60.27%	61 ; 46.21%	86 ; 61.42%	74 ; 50.34%

Tableau 13 : Les items cités pour la profession de médecin associé à un lien négatif

Dans l'ensemble du tableau, nous pouvons observer que les étudiants associent un lien négatif à plus d'items pour la profession de médecin que pour la profession de sage-femme (quasiment du simple au double voire au triple). Leur attitude est moins positive et plus stable que pour la profession de sage-femme. Il existe plus d'items négatifs en 5^{ème} année pour la profession de médecin que pour la profession de sage-femme. **Caractère, formation** et **maladie** sont des items communs à toutes les promotions. Nous retrouvons des notions déjà évoquées comme **hiérarchie, responsabilité médicale** et **stress**. **Vocation** apparaît en 1^{ère} année. Nous pouvons remarquer que les items **disponibilité** et **indisponibilité, qualité professionnelle...** peuvent être considérées de la même façon car ils sont porteurs du même sens.

Explorons à présent d'autres caractéristiques de la profession de sage-femme.

5.5 Activité caractéristique de la profession de sage-femme

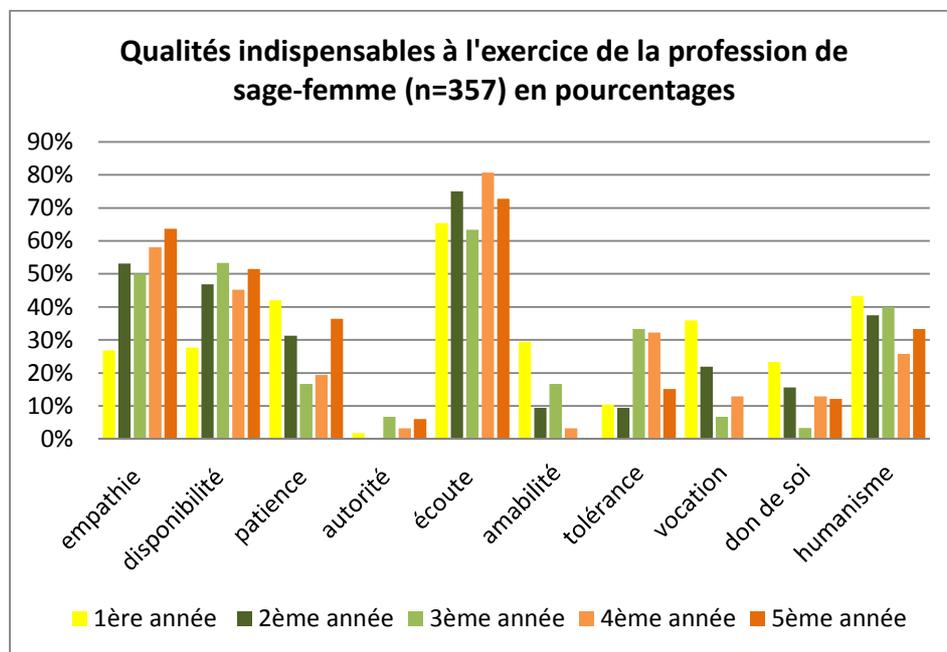


Graphique 8 : Activité caractéristique de la profession de sage-femme (n=326) en effectifs

L'évolution de la représentation n'est pas aussi franche : nous nous trouvons bien dans une phase de professionnalisation. En effet, les professionnelles citent préférentiellement le terme d'**accompagnement** comme activité caractéristique, en cohérence avec les items cités dans la

question d'association libre contrairement aux étudiants. La professionnalisation n'est donc pas achevée car l'accompagnement n'a pas pris la place qu'il aura plus tard.

5.6 Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme



Graphique 9 : Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme (n=357) en pourcentages

L'écoute est la seule des qualités considérées comme indispensables à la profession quelle que soit les promotions, qui avoisine plus des deux tiers des étudiants, ce qui n'est pas corrélé avec les items cités lors de l'association libre. L'écoute est aussi considérée par 90% des sages-femmes comme indispensable. L'humanisme est aussi attribuée à la profession de sage-femme mais en proportion moindre, soit autour d'un tiers de la population étudiée. Par ailleurs, l'autorité ne semble pas être une qualité adaptée.¹¹

Le tableau résume le test d'indépendance entre les années de formation et les fréquences des items.

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Empathie	< 0.0001	-	+	+	+	+
Disponibilité	0.00184631732935831	-	+	+	+	+
Patience	0.0144824347014811	+	-	-	-	-
Amabilité	< 0.0001	+	-	-	-	-
Vocation	< 0.0001	+	-	-	-	-
Don de soi	0.0469340008561698	+	-	-	-	-
Tolérance	0.00045016001607908	-	-	+	+	0

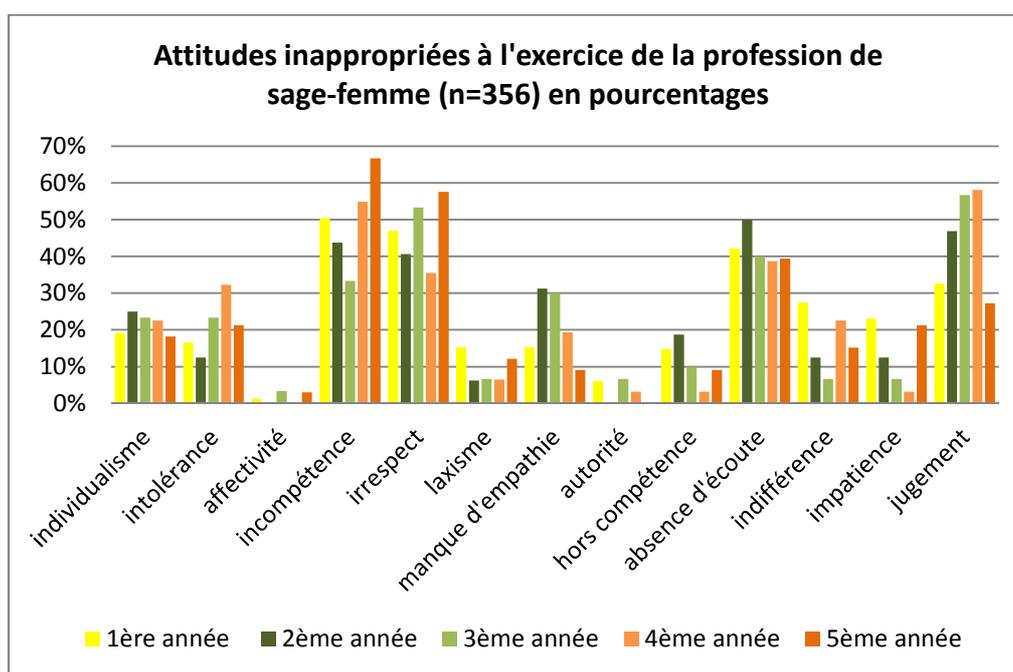
Tableau 14 : Qualités indispensables à la profession de sage-femme et année de formation

¹¹ Voir graphique 2 en annexe VIII

Les qualités indispensables à l'exercice de la profession ci-dessus sont liées à une ou plusieurs années de formation :

- la patience, l'amabilité, la vocation et le don de soi pour les 1ères années : ces qualités sont des attributs spécifiques des professions dont le genre féminin est très marqué.
- l'empathie et la disponibilité pour les 4 dernières années de formation c'est-à-dire pour les étudiants déjà entrées en formation : ces étudiants ont une vision plus concrète de la profession.
- la tolérance pour les 3èmes et 4èmes années.

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



Graphique 10 : Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme (n=356) en pourcentages

Les attitudes considérées comme inappropriées pour toutes les promotions sont l'incompétence, l'irrespect, l'absence d'écoute (au-delà de 40%), l'individualisme (environ 20%), l'intolérance et le hors compétence (10%), le laxisme (<10%). En revanche, l'affectivité et l'autorité ne sont pas considérées comme inappropriées : ainsi l'autorité est une qualité vue « neutre ».¹²

Le tableau résume le test d'indépendance entre les années de formation et les fréquences des items.

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Manque d'empathie	0.0428376587907535	-	+	+	0	-
Indifférence	0.0367016076841295	+	-	-	-	-
Impatience	0.0216679254581473	+	-	-	-	0
Jugement	0.00413502574392803	-	+	+	+	-

Tableau 15 : Attitudes inappropriées et année de formation

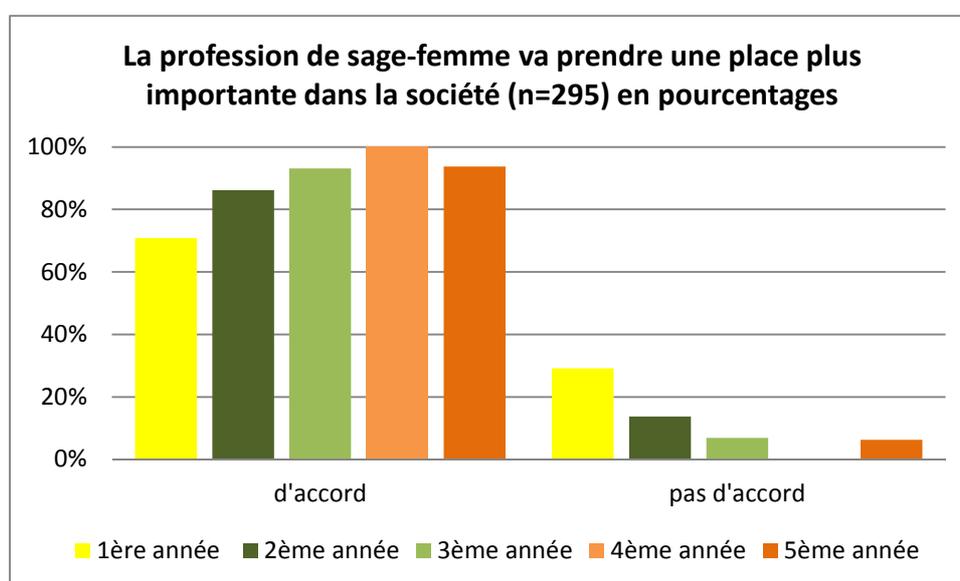
¹² Voir graphique 3 en annexe

Il existe une dépendance entre les qualités inappropriées ci-dessus et le niveau de formation :

- l'indifférence et l'impatience pour les 1ères années, ce qui est en cohérence avec le fait que la patience soit considérée comme essentielle.
- le manque d'empathie pour les 2èmes et 3èmes années mais pas pour les 4èmes et les 5èmes années comme nous aurions pu l'imaginer au vu de la question précédente.
- le jugement pour les 2èmes, 3èmes et 4èmes années alors que les 2èmes années ne mettent pas en avant la tolérance, contrairement aux 3èmes et 4èmes années.

5.8 Les affirmations sur l'ancrage de la représentation

5.8.1 La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (ancrage sociétal)



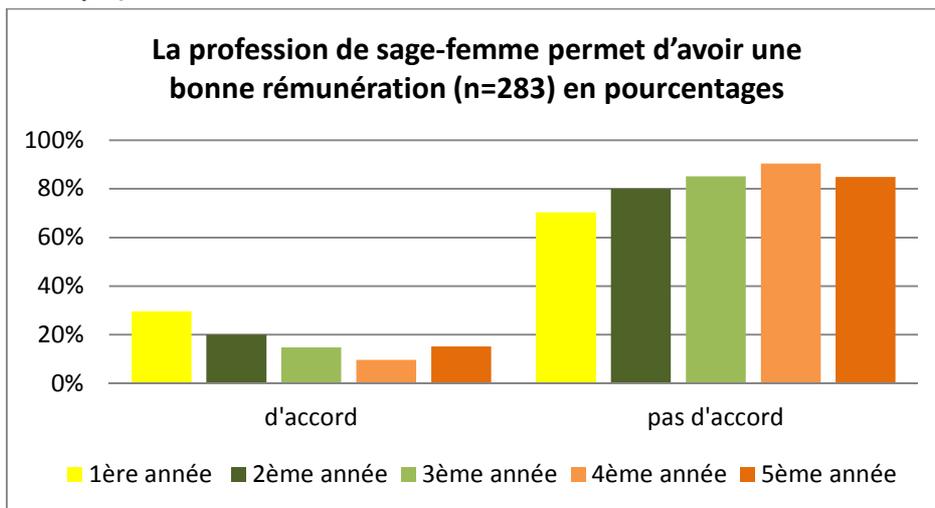
Graphique 11 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (n=295) en pourcentages

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Société	< 0.0001	-		+	+	+

Tableau 16 : Ancrage sociétal et année de formation

Les étudiants, qui font l'apprentissage du cœur de métier, c'est-à-dire les trois dernières années de formation, considèrent que la profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société, contrairement aux deux premières années qui ne perçoivent pas les enjeux actuels de la profession.

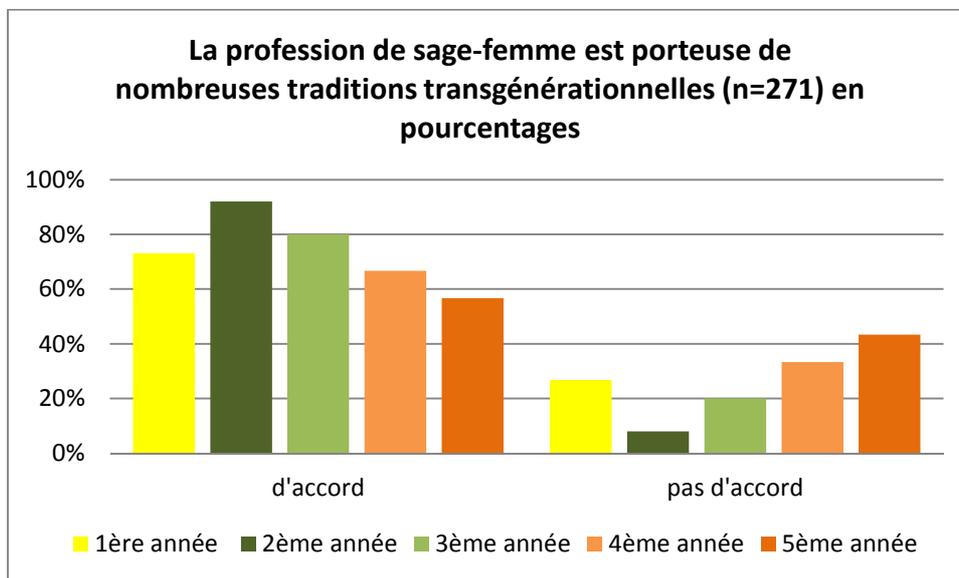
5.8.2 La profession de sage-femme permet d’avoir une bonne rémunération (ancrage économique)



Graphique 12 : La profession de sage-femme permet d’avoir une bonne rémunération (n=283) en pourcentages

Toutes les années sont d’accord pour dire que la profession ne permet pas d’avoir une bonne rémunération.

5.8.3 La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions transgénérationnelles (ancrage historique)



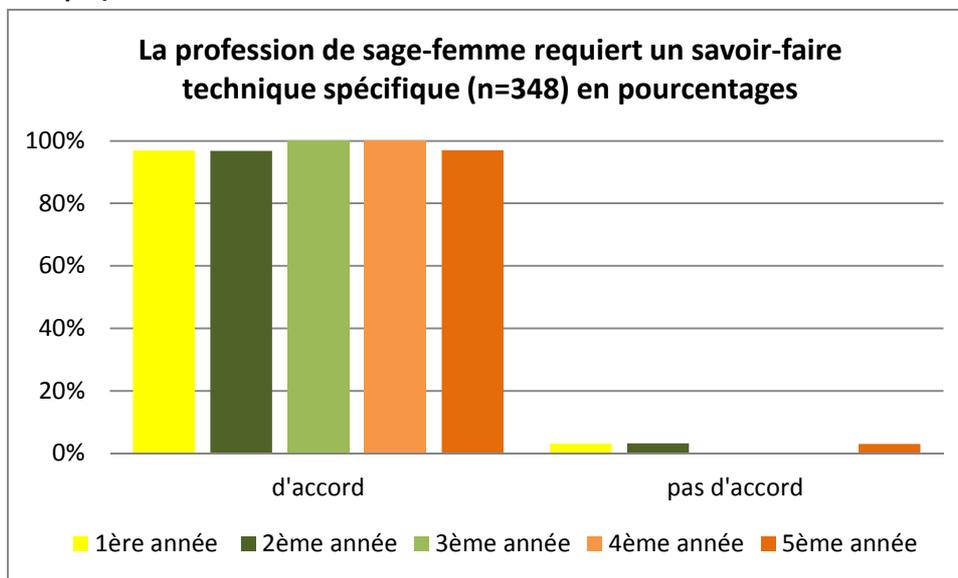
Graphique 13 : La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions transgénérationnelles (n=271) en pourcentages

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Traditions	0.0434501510253773		+		-	-

Tableau 17 : Ancrage traditionnel et année de formation

Seules les 2èmes années considèrent que la profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions intergénérationnelles : l'entrée en école et la part d'anthropologie enseignée à ce temps de la formation pourraient en être l'origine.

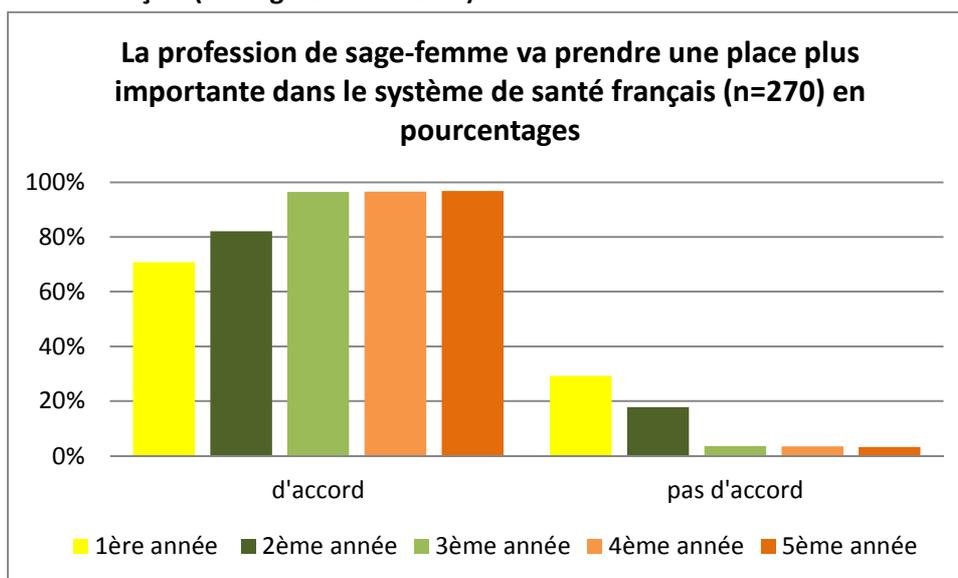
5.8.4 La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (ancrage technique)



Graphique 14 : La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (n=348) en pourcentages

Toutes les promotions sont d'accord sur le fait que la profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique.

5.8.5 La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (ancrage dans la santé)



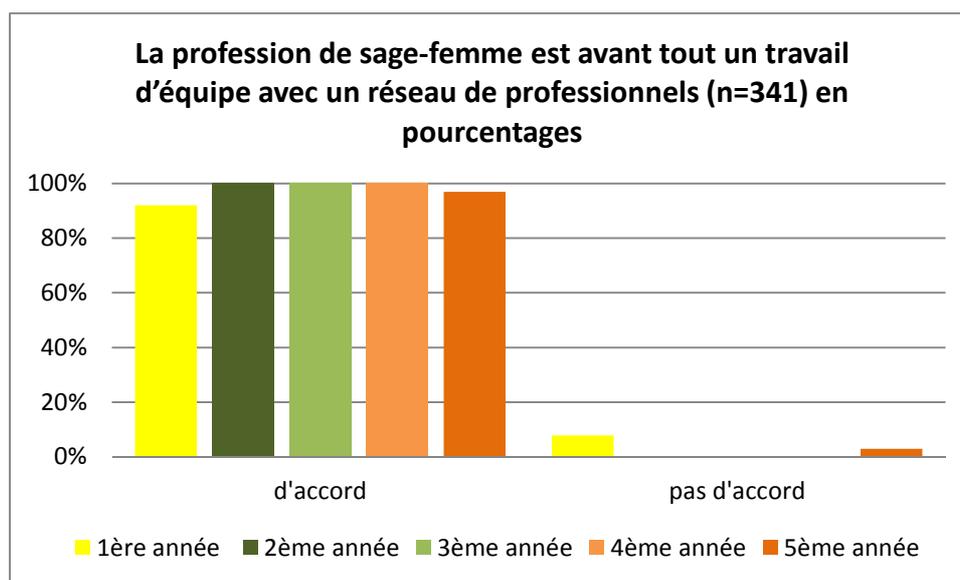
Graphique 15 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (n=270) en pourcentages

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Santé	< 0.0001	-		+	+	+

Tableau 18 : Ancrage dans le domaine de la santé et année de formation

Comme pour la place au sein de la société, ce sont les trois dernières années de formation qui sont en accord sur le fait que la profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français.

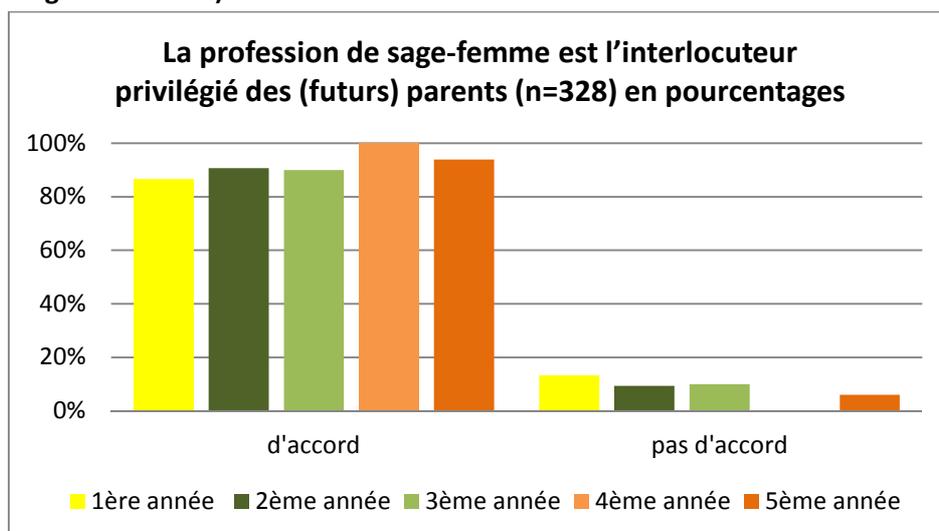
5.8.6 La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (ancrage interpersonnel)



Graphique 16 : La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (n=341) en pourcentages

Toutes les promotions sont en accord pour dire que la profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels : cet élément n'a pas été retrouvé au sein de l'association libre. Seules les sages-femmes l'ont évoqué dans la zone de la 1^{ère} périphérie.

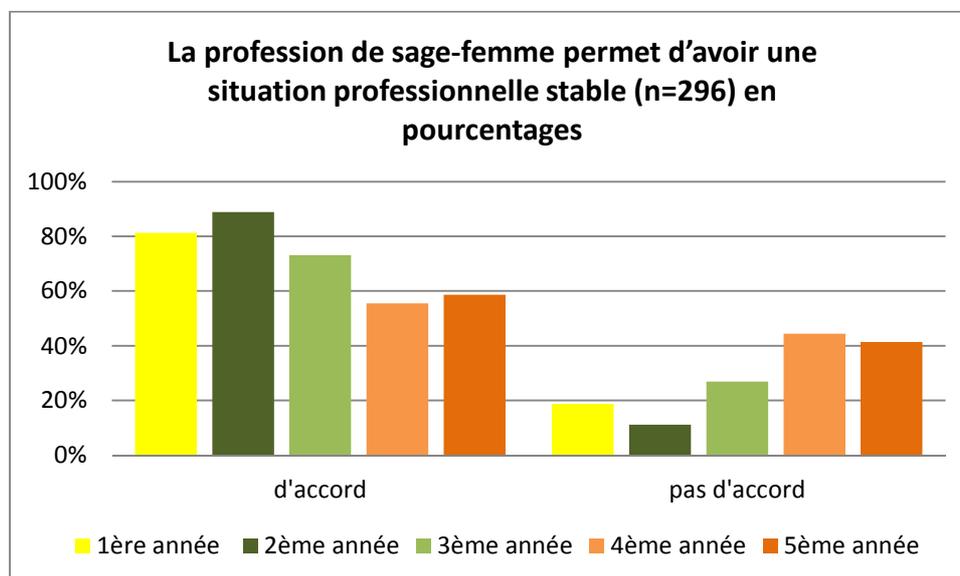
5.8.7 La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (ancrage relationnel)



Graphique 17 : La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (n=328) en pourcentages

Toutes les promotions sont d'accord sur le fait que la profession de sage-femme soit l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents.

5.8.8 La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (ancrage économique)



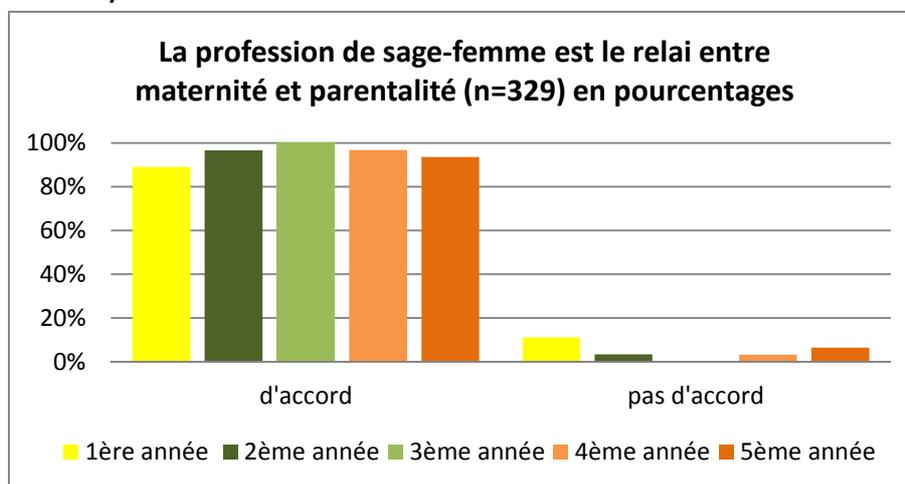
Graphique 18 : La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (n=296) en pourcentages

Item	p	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Situation	0.00222301709873932	+	+		-	-

Tableau 19 : Ancrage économique et année de formation

Les deux premières années pensent que la profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable, ce qui est en accord avec les contraintes répertoriées dans la zone de la 1^{ère} périphérie chez les 4^{èmes} années.

5.8.9 La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (ancrage psychosocial)



Graphique 19 : La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (n=329) en pourcentages

Toutes les promotions appuient le fait que la profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité.

En synthèse, voici un tableau sur les types d'ancrage de la représentation de la profession de sage-femme en fonction des années d'études :

Types d'ancrage	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Economique	+	+	-	-	-
Historique	-	+	-	-	-
Sociétal	-	-	+	+	+
Santé	-	-	+	+	+
Technique	+	+	+	+	+
Interpersonnel	+	+	+	+	+
Relationnel	+	+	+	+	+
Psychosocial	+	+	+	+	+

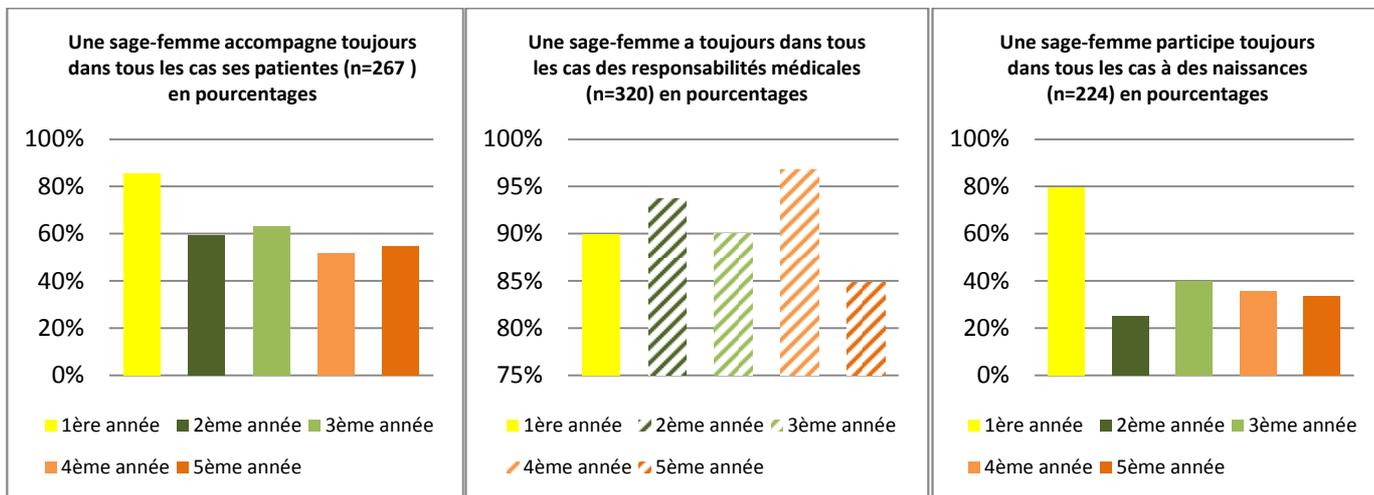
} Divergences
} Points communs

Tableau 20 : Types d'ancrage en fonction de l'année d'études

Ainsi, ce qui distingue les différentes années d'études relève d'un ancrage plutôt économique et historique pour les deux premières années et d'un ancrage plutôt sociétal et dans la santé pour les 3 dernières années.

5.9 Test d'indépendance au contexte ou de la centralité de certains items

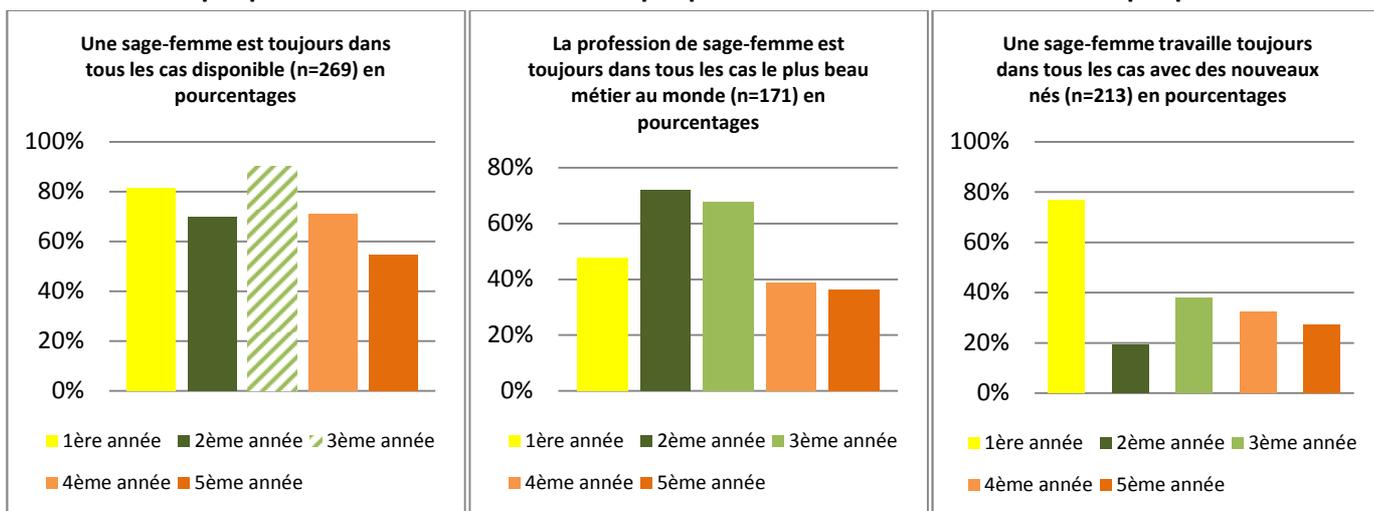
Nous avons choisi d'utiliser les résultats obtenus sur l'enquête précédente pour tester les termes classés dans la zone du noyau central et les 10 termes les plus cités dans le but de tester leur centralité (test de Kolmorov-Smirnov). Les colonnes striées sont les items appartenant au noyau central en fonction des différentes années de formation.



Graphique 20

Graphique 21

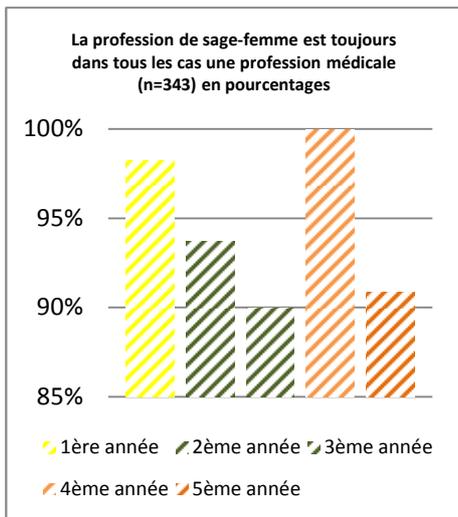
Graphique 22



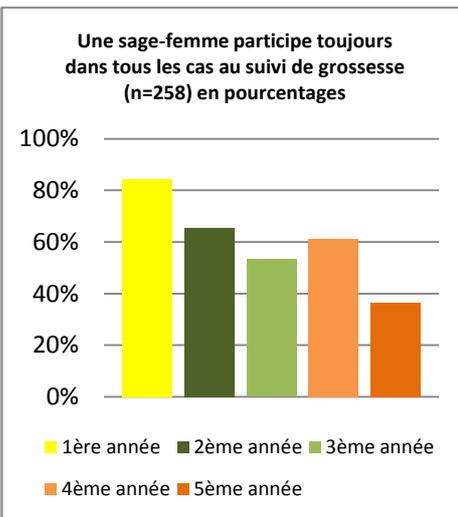
Graphique 23

Graphique 24

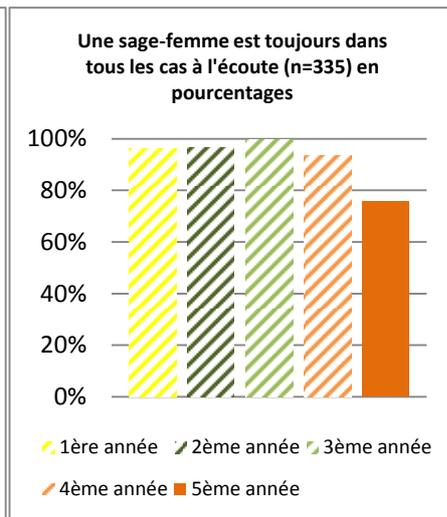
Graphique 25



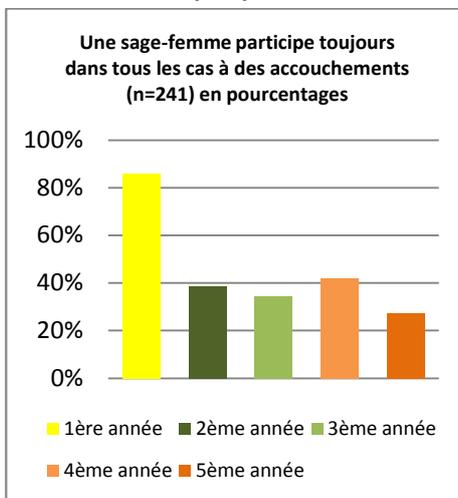
Graphique 26



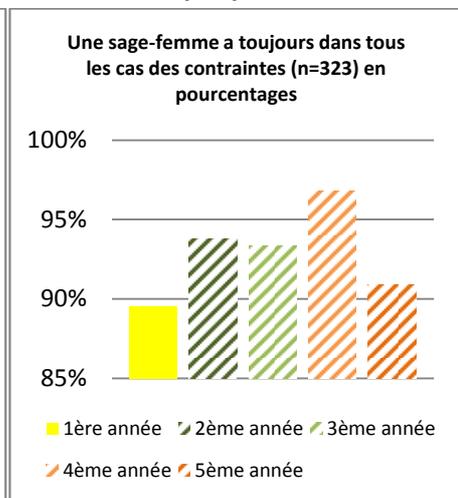
Graphique 27



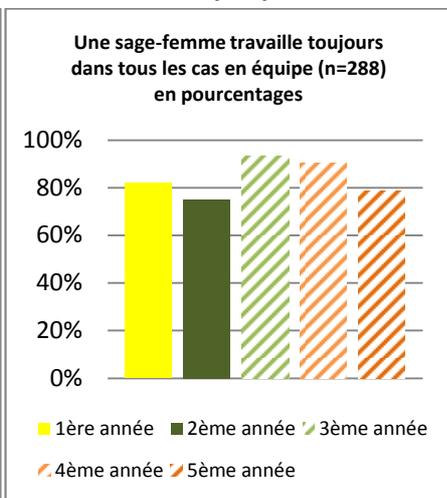
Graphique 28



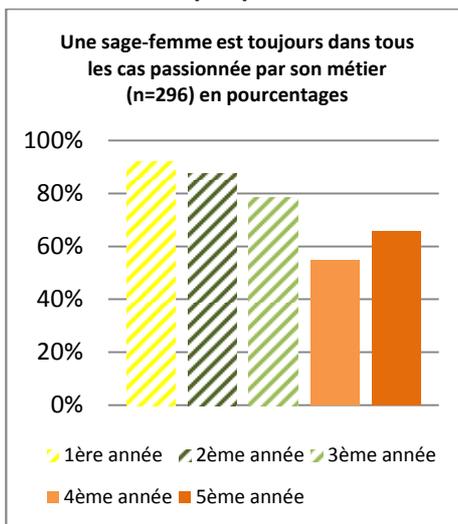
Graphique 29



Graphique 30



Graphique 31



Graphique 32

En observant les graphiques précédents, nous pouvons noter certains éléments :

- pour les 1ères années, la sage-femme accompagne toujours dans tous les cas ses patientes. Or l'accompagnement arrive en 10^{ème} position de l'association libre, appartient à la zone du noyau central (analyse prototypique) et est testé comme appartenant à la périphérie pour toutes les années. Elles pensent que la sage-femme participe toujours dans tous les cas à des naissances. Elles considèrent que la sage-femme travaille toujours dans tous les cas avec des nouveaux nés, ce qui est cohérent avec le fait que nouveau né apparaisse en 1^{er} item le plus cité. Elles considèrent que la sage-femme participe toujours dans tous les cas au suivi de grossesses (élément périphérique pour toutes les promotions). Elles appuient sur le fait qu'une sage-femme participe toujours dans tous les cas à des accouchements, ce qui est étonnant puisque les promotions 1, 2, 3 et 4 citent l'accouchement en 1^{er}. Seules les 1ères années pensent que la sage-femme est toujours dans tous les cas passionnée par son métier.

- toutes les promotions pensent qu'une sage-femme a toujours dans tous les cas des responsabilités médicales, ce qui est cohérent avec les mots cités lors de l'association libre : pour les 1ères années, ce terme n'apparaît pas dans l'analyse prototypique. Elles sont d'accord sur le fait que la profession de sage-femme est toujours dans tous les cas une profession médicale (Cf analyse prototypique) et qu'elle est toujours dans tous les cas à l'écoute, ce qui est cohérent avec la qualité indispensable à la profession. Elles considèrent que la sage-femme a toujours dans tous les cas des contraintes. Seules les 4èmes années l'évoquent dans la zone de 1^{ère} périphérie. Les contraintes dans l'enquête précédente apparaissent dans la zone muette après la question de substitution chez les sages-femmes. Il s'avère ici que les contraintes, alors que très peu évoquées (20), apparaissent comme un élément central de la représentation. Elles sont d'accord pour dire que la sage-femme travaille toujours dans tous les cas en équipe, notion qui n'apparaît pas, comme pour les représentations professionnelles des sages-femmes, ce qui est différent de celles des médecins.

- 1ères et 3èmes années affirment que la sage-femme est toujours dans tous les cas disponible, ce qui est cohérent pour les 3èmes années si nous considérons les qualités appropriées à l'exercice : qu'en est-il alors pour les 2èmes, 4èmes et 5èmes années qui ont aussi considéré cette qualité comme indispensable ? Pourquoi les 1ères années la citent ici ?

- les 2èmes et 3èmes années sont d'accord sur le fait que la profession de sage-femme est toujours dans tous les cas le plus beau métier au monde (or cet item est un élément périphérique pour toutes les promotions), ce qui est en cohérence avec les 10 items les plus cités pour les 2èmes années.

En synthèse, ce qui est central pour chaque année de formation :

- 1^{ère} année : profession médicale, écoute, passion

- 2^{ème} année : responsabilité médicale, profession médicale, écoute, contraintes, passion
- 3^{ème} année : responsabilité médicale, disponibilité, profession médicale, écoute, contraintes, équipe, passion
- 4^{ème} année : responsabilité médicale, profession médicale, écoute, contraintes
- 5^{ème} année : responsabilité médicale, profession médicale, contraintes, équipe

En conclusion, en école de sages-femmes, les termes comme responsabilité médicale, profession médicale (non dits par les sages-femmes lors de l'enquête précédente : implicite professionnel ?) et contraintes sont des éléments du noyau central. Cependant, pour ce qui est du reste des éléments du noyau central, ils varient en fonction des années, des mots comme écoute et passion sont remplacés par équipe : il existe donc un noyau central différent selon les années de formation. Finalement, les éléments centraux sont peu cités en association libre alors que les éléments périphériques le sont : il apparait bien là la distinction entre saillance et centralité.

5.10 CHD : Classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession sage-femme (Annexe XI)

En associant les variables illustratives et la question d'association libre concernant la profession de sage-femme, 358 UCE sur 358 ont été prises en compte.

4 classes apparaissent après analyse par le logiciel réparties comme suit sur le dendrogramme, avec un minimum de 45 individus par classe. Les classes 1 et 2 s'opposent aux classes 3 et 4 sur le facteur 1.

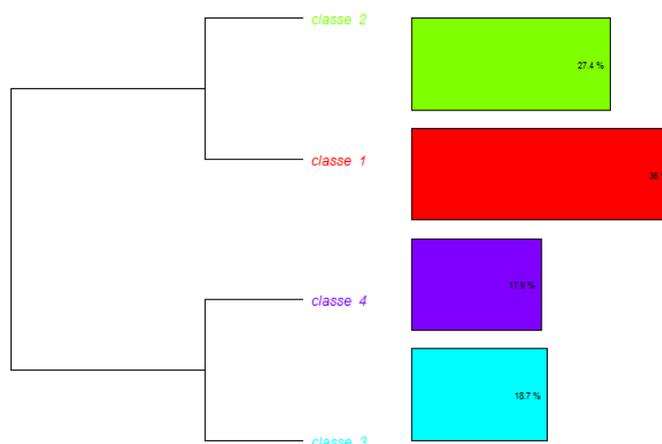


Schéma 7 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession de sage-femme

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 des UCE de la classe, de son pourcentage de représentativité, du Chi² et du seuil de significativité).

Classe 1 : Il y a significativement plus d'étudiants de 1^{ère} année dans cette classe que dans le reste du corpus qui ont une vision optimiste de la profession centrée autour de la relation qu'elle soit auprès des parents ou nouveau né ou qu'elle soit avec les membres d'une équipe. Nous la nommerons la classe « **des étudiants valorisant la profession** ».

Classe 2 : Il y a significativement plus d'étudiants hommes de 1^{ère} année dans cette classe que dans le reste du corpus qui ont une vision négative de la profession de sage-femme en la définissant par ce qu'elle n'est pas et les difficultés rencontrées du fait de sa formation et de son exercice. Nous la nommerons la classe « **des étudiants dévalorisant la profession** ».

Classe 3 : Il y a significativement plus d'étudiants de 4^{ème} et de 5^{ème} années dans cette classe que dans le reste du corpus qui attribuent de nombreuses compétences à la profession de sage-femme. Nous la nommerons la classe « **des compétences** ».

Classe 4 : Il y a significativement plus d'étudiants femmes de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} années dans cette classe que dans le reste du corpus qui attribuent de nombreuses qualités et émotions à la profession de sage-femme tout en y incluant la notion de contraintes et de responsabilité médicale. Ils ont une double perception et rationalisent les côtés négatifs de la profession par des effets positifs. Nous la nommerons la classe « **des réducteurs de dissonance cognitive** ».

5.11 AFC : Analyse Factorielle des Correspondances de la représentation de la profession de sage-femme (Annexe XII)

Les 2 facteurs retenus représentent à eux deux : 58% et 26.38% soit au total 84.38% de l'inertie.

Le facteur 1 oppose les classes 1 et 2 aux classes 3 et 4. Pour procéder à son étude, nous allons utiliser les modalités les plus représentatives. Nous constatons une forte opposition sur la conception de la profession : vocation / qualités professionnelles, formation / compétences professionnelles / technicité.

FACTEUR 1 : Professionnalisation



Vocation / Formation

Qualités professionnelles / Compétences / Technicité

Le facteur 2 oppose les classes 2 et 3 aux classes 1 et 4. Nous constatons une opposition entre la notion de travail en équipe associée au plus beau métier au monde et son inverse.

FACTEUR 2 : Relationnel



Pas d'équipe

Equipe
Plus beau métier au monde

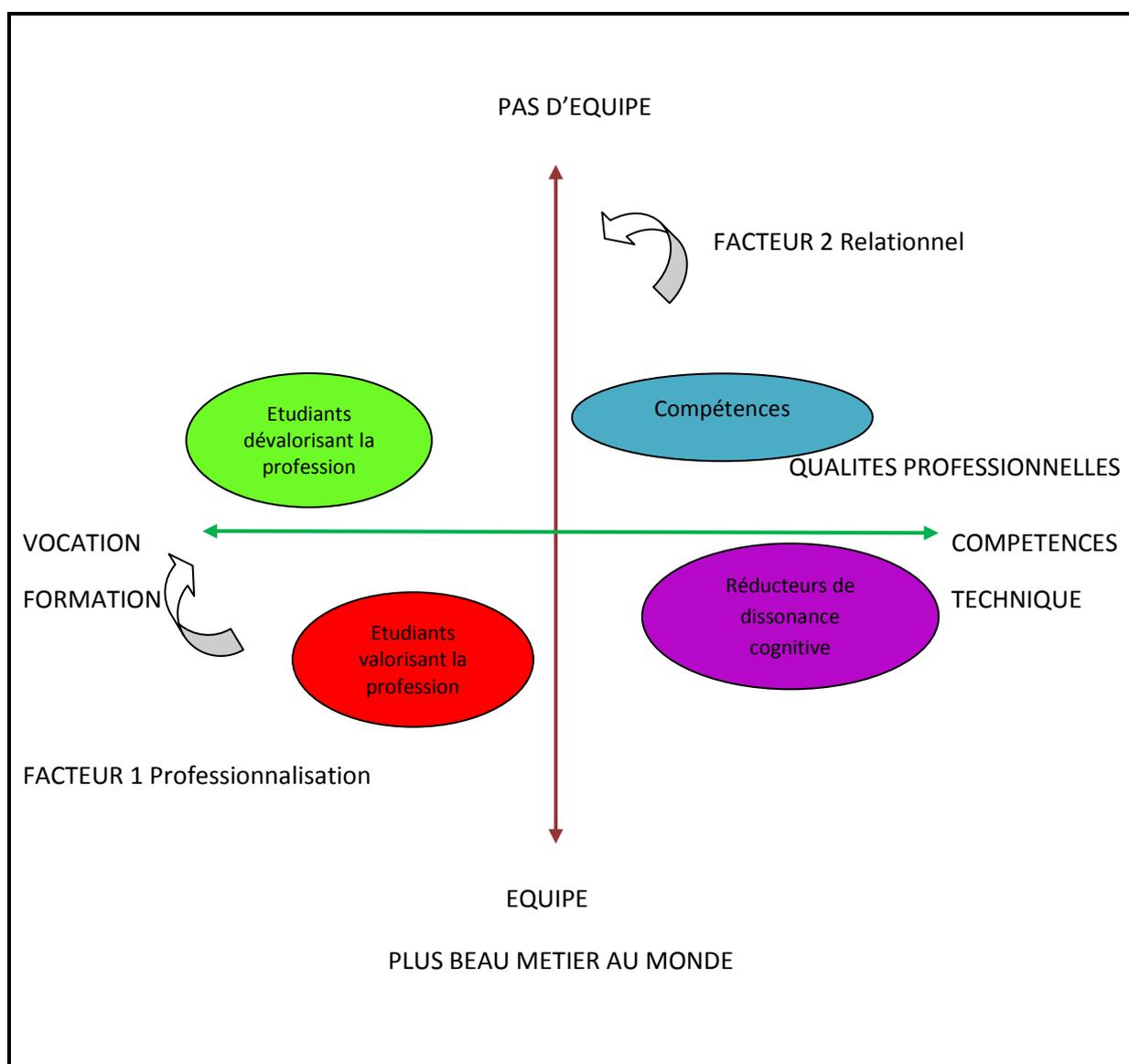


Schéma 8 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme

5.12 CHD : Classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession médecin (Annexe XIII)

En associant les variables illustratives et la question d'association libre concernant la profession de sage-femme, 354 UCE sur 358 ont été prises en compte : 3 classes apparaissent après analyse par le logiciel réparties comme suit sur le dendrogramme avec un minimum de 42 individus par classe. La classe 1 s'oppose aux classes 2 et 3 sur le facteur 1.

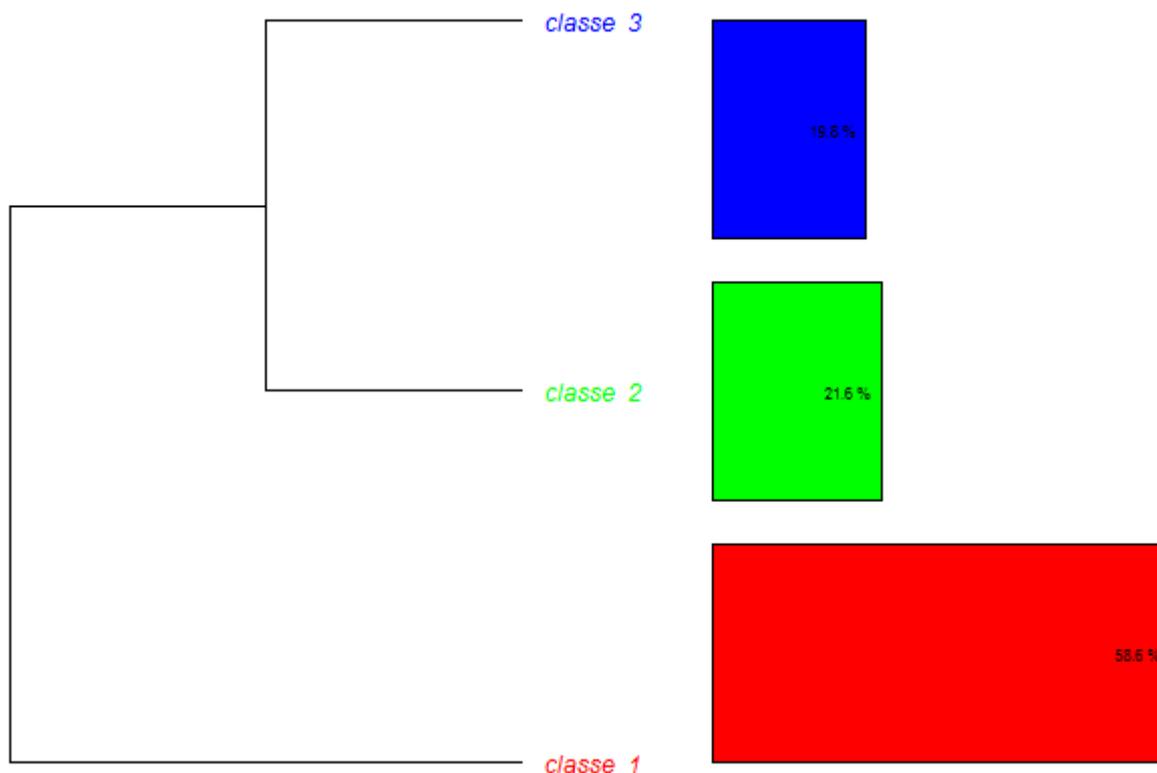


Schéma 9 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession de médecin

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 des UCE de la classe, de son pourcentage de représentativité, du χ^2 et du seuil de significativité).

Classe 1 : il y a significativement plus d'étudiants de 1^{ère} année dans cette classe que dans le reste du corpus qui décrivent le rôle propre de la profession de médecin et ses attributs physiques. Nous la nommerons la classe « **des attributs du médecin** ».

Classe 2 : Il y a significativement plus d'hommes dans cette classe que dans le reste du corpus qui ont une vision de la profession de médecin au travers de la perception faite par le grand public. Nous la nommerons la classe « **des perceptions du grand public** » de la profession de médecin.

Classe 3 : Il y a significativement plus d'étudiantes femmes de 3^{ème}, 4^{ème} et de 5^{ème} années dans cette classe que dans le reste du corpus qui attribuent de grandes capacités à la profession de médecin et notamment dans le rapport aux autres professionnels. Nous la nommerons la classe « **des rapports professionnels** ».

5.13 AFC : Analyse Factorielle des Correspondances de la représentation de la profession de médecin (Annexe XIV)

Les 2 facteurs retenus représentent à eux deux : 61.76% et 38.24% soit au total 100.00% de l'inertie.

Le facteur 1 oppose la classe 1 aux classes 2 et 3. Pour procéder à son étude, nous allons utiliser les modalités les plus représentatives. Nous constatons une forte opposition sur les attributs physiques (blouse, stéthoscope, ordonnance) de la profession et les compétences professionnelles (sauver des vies, technicité...).

FACTEUR 1 : Professionnalisation



Attributs physiques

Compétences professionnelles

Le facteur 2 oppose les classes 2 et 3 aux classes 1 et 4. Nous constatons une opposition entre la notion d'équipe professionnelle et de patient.

FACTEUR 2 : Relationnel



Equipe professionnelle

Patient

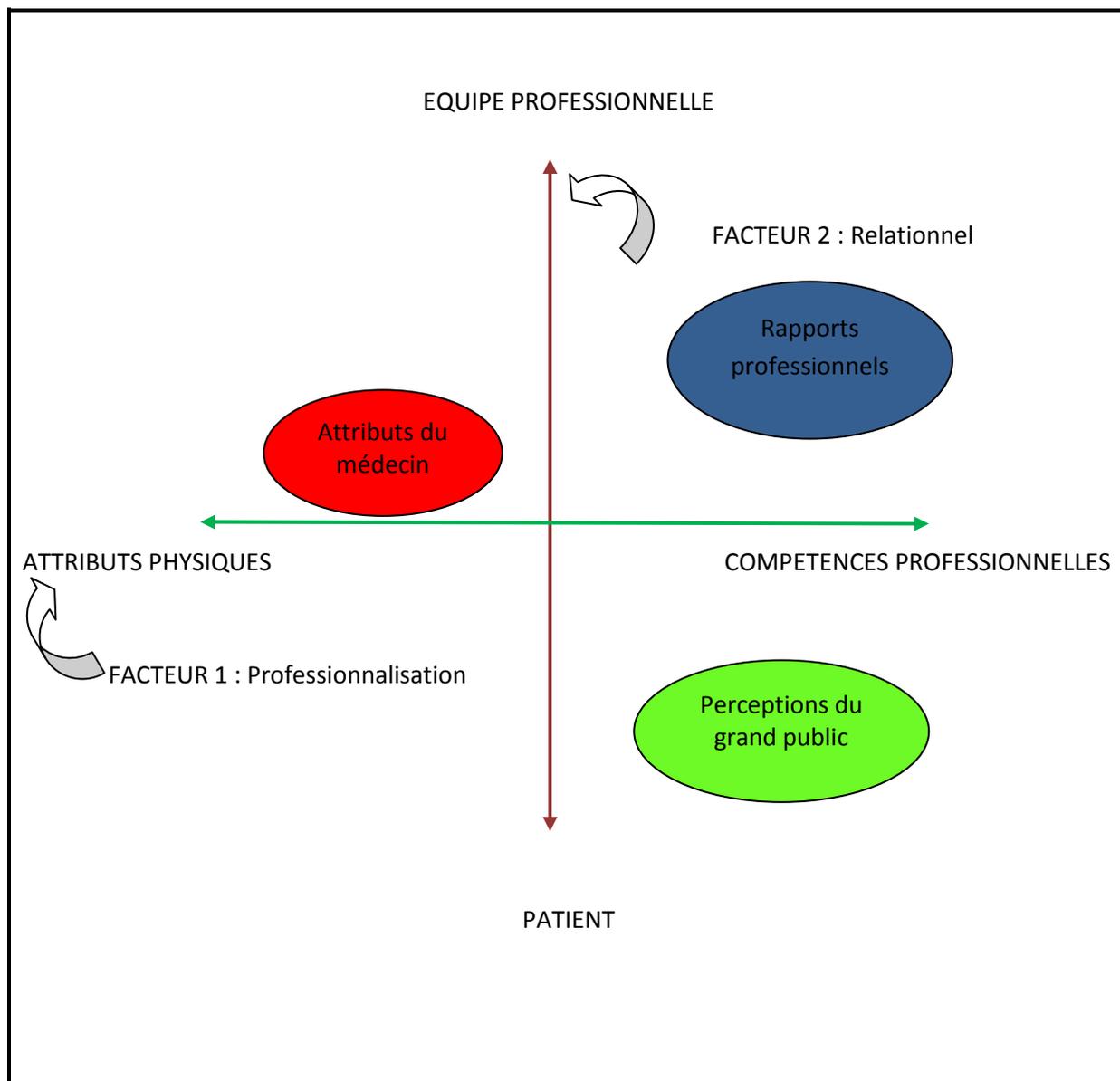


Schéma 10 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de médecin

En synthèse des deux analyses factorielles de la profession de sage-femme et de la profession de médecin, les facteurs principaux apparaissent communs (facteurs 1 et 2) : la professionnalisation et le relationnel, ce qui peut être cohérent car les perceptions des deux professions peuvent se faire sur le même mode de pensée pour chaque année de formation en fonction de leur évolution dans le processus de professionnalisation.

Après avoir décrit nos résultats au travers de différentes méthodologies propres à l'étude des représentations professionnelles, nous allons tenter d'entrevoir ce que nos données pourront éventuellement apporter dans la compréhension du processus de professionnalisation de la profession de sage-femme, et notamment au sein de la formation.

6. Discussion

L'objectif principal de cette recherche est de comprendre le processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes au travers de la dynamique des représentations. Nous avons posé l'hypothèse selon laquelle les étudiants des différentes promotions en école de sages-femmes n'ont pas les mêmes représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin. Dans la suite de notre exposé, nous allons tenter d'y apporter une réponse.

6.1 La représentation de la profession de sage-femme selon les différentes années de formation

6.1.1 Le constat

La population étudiante en école de sages-femmes ne déroge pas aux éléments originels de la formation avec une présence très majoritaire de femmes : seuls, environ 2% des étudiants sont des hommes.

La question de la vocation, au sens historique du terme, peut se poser : en effet, la majorité des étudiants ont pour ambition première celle de devenir médecin et ce n'est que secondairement que le choix se porte sur la profession de sage-femme. Il apparaît donc que devenir sage-femme n'est plus de l'ordre de la vocation pour certains mais de l'ordre d'un choix secondaire.

Il semble intéressant maintenant d'observer ces deux éléments au travers des représentations des étudiants mais aussi de tous les attributs de la profession de sage-femme.

6.1.2 Les perceptions des activités professionnelles

Dans une première partie de ce mémoire, nous avons pu mettre en évidence l'évolution de la profession de sage-femme. Les étudiants perçoivent la profession comme une profession médicale quelle que soit l'année de formation avec une centralité du terme (ce terme est par ailleurs saillant car il a été cité par 10,33% des étudiants en association libre). Le fait que la profession opère un changement vers une activité plus libérale apparaît peu dans les termes cités par les étudiants comme chez les professionnelles. Nous pourrions évoquer le fait qu'en fonction des stages effectués, les étudiants citeraient l'activité libérale ; or, 2 fois sur 3, ce sont des étudiants en 1^{ère} année qui citent le terme libéral. Ces étudiants connaissent donc les possibilités d'exercice d'une sage-femme et peut être les contraintes professionnelles actuelles (des étudiants de 5^{ème} année auraient peut-être pu nous confirmer cette impression car elles ont la préoccupation de rechercher un emploi mais ce n'est pas le cas). En effet, et ce de façon majoritaire, nous constatons que l'exercice salarié est

évoqué au travers de l'item **hôpital** cité par 11,7% des étudiants en association libre versus aucune fois chez les sages-femmes : les mêmes interrogations que précédemment se posent mais l'évocation vient de 15% des étudiants de 1^{ère} année (2 étudiants de 5^{ème} année l'évoquent peut-être du fait d'une recherche active d'un poste). Nous sommes aussi consciente que le terme **hôpital** évoque le lieu de la maternité et, par voie de conséquence, le lieu d'exercice professionnel, ce qui correspond à une lecture sociale de la représentation de l'hôpital. Les étudiants ont donc une vision juste de l'exercice professionnel même si contrairement aux sages-femmes, ils n'évoquent pas d'autres lieux spécifiques comme la PMI (cela pourrait être en lien avec la méconnaissance de ces secteurs).

6.1.3 Les qualités admises

Une première approche grâce à la méthode d'association libre montre que les étudiants ne citent pas spontanément beaucoup d'items de l'ordre du domaine des **qualités professionnelles** contrairement aux professionnelles sages-femmes. Seules, les 1^{ères} années citent l'**altruisme** parmi les 10 items les plus cités ; pour les autres années, aucune qualité ne transparait alors que l'**écoute** et la **disponibilité** sont présentes pour les sages-femmes.

Nous pouvons par ailleurs constater que le terme **écoute** est un élément central de la représentation pour quasiment toutes les années (sauf les 5^{èmes} années) et que plus des 2/3 des étudiants la considèrent comme une qualité indispensable à l'exercice professionnel. Dans ce cas, il existe une concordance entre saillance et centralité de l'item. L'item **disponibilité** est un élément du noyau central uniquement pour les 3^{èmes} années mais est spécifique des années de formation en école (p significatif) tout comme l'**empathie**. Pour les autres qualités évoquées, il existe une dépendance entre les termes de **patience**, **amabilité**, **vocation** et **don de soi** et le niveau de formation de 1^{ère} année. Ces éléments rejoignent la description historique de la profession avec les qualités attendues d'une sage-femme et surtout les qualités féminines.

La classe 1 « les étudiants valorisant la profession » et la classe 4 « les réducteurs de dissonance cognitive » attribuent les qualités de la profession autant dans le relationnel que dans le domaine des émotions, ce qui rejoint les données évoquées par Fougères (2010). Au sein de ces deux classes, des termes prégnants comme **altruisme**, **disponibilité**, **écoute**, **empathie**, **humanité**, **patience**, **émotion**...apparaissent.

Le processus de professionnalisation interviendrait donc sur la perception des qualités indispensables à la profession de sage-femme :

- contrairement à ce qu'évoque Desnoyers (2007), la **patience** n'est attribuée majoritairement que par les 1^{ères} années.

- l'**autorité**, quant à elle, citée par Gélis (1988), ne semble pas être une qualité admise chez les étudiants.

Or ces deux éléments sont retrouvés chez les professionnelles : le terme **patience** de façon significativement plus présente chez les sages-femmes et le terme **autorité** citée par 15% des sages-femmes en association libre.

6.1.4 Vocation

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. La notion de **vocation**, prégnante chez les professionnelles, n'est retrouvée de façon majoritaire que chez les 1^{ères} années et les 3^{èmes} années lors de l'association libre. Cet item disparaît des autres associations libres de la représentation de la profession de sage-femme. L'ambiguïté réside dans le fait que nous pourrions attribuer au terme de vocation deux significations : l'entrée dans la formation ou la difficulté d'exercer la profession par exemple.

Cependant, 2% des étudiants abandonnent en cours de formation : la question de la vocation est alors remise en question et la non adaptation à un parcours de formation secondaire à un autre choix pourrait en être l'origine.

En conclusion, les qualités diffèrent peu en fonction de l'année de formation en termes de représentativité : elles sont soit spécifiques de la 1^{ère} année ou soit spécifiques des années de formation en école sans distinction d'année contrairement aux attitudes inappropriées que nous allons tenter de décrypter.

6.1.5 Qualités inappropriées

L'**incompétence**, l'**irrespect**, le **manque d'écoute** sont pour plus de 40% des étudiants des qualités inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme ce qui est en adéquation avec ce que pensent les sages-femmes. La place importante du rapport à l'autre dans l'accompagnement peut être une des raisons qui fait que les étudiants très tôt dans leur formation sont dans cette dynamique. L'**incompétence** est sûrement en lien avec l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles compétences au cours du processus de professionnalisation.

Cependant, selon Jacques (2010), le rapport à l'affect déprécie la profession : la jeune génération tente de s'éloigner de cette conception et s'oriente vers la formation scientifique quitte à perdre la spécificité de la profession de sage-femme. Elle décrit notamment le cas de l'échographie

pour les hommes : dans notre étude, le terme **échographie** a été cité 5 fois en association libre (absent chez les sages-femmes) dont 4 fois par des femmes et 1 fois par un homme. En parlant de termes techniques, de nouvelles catégorisations de mots apparaissent qui n'existaient pas chez les sages-femmes comme **attention, blouse, césarienne, échographie, épisiotomie, gynécologie, hôpital, maïeutique, sang**. Cette observation pourrait autant s'expliquer par l'acquisition d'un nouveau vocabulaire au cours de la formation que par la volonté même inconsciente des étudiants de ne pas rester dans un modèle professionnel dominé par l'affect. Une autre observation pourrait conforter cet état de fait : certaines catégorisations de mots n'apparaissent pas chez les étudiants comme **engagement** et **investissement**, deux éléments qui nous semblent essentiels à l'entrée dans une formation et dans l'apprentissage d'une profession.

6.1.6 Les compétences

Le terme de **compétence** est sous-jacent tout au long du processus de professionnalisation. Avant d'utiliser le terme en tant que tel, les étudiants des différentes années de formation décrivent des compétences en termes d'activités.

Dans les items les plus cités lors de l'association libre, nous retrouvons les termes d'**accouchement**, de **naissance**, de **grossesse** en 1^{ère} année, de **famille**, de **relationnel**, de **responsabilité médicale** en 2^{ème} année, de **profession médicale** en 3^{ème} année, d'**obstétrique** et de **prévention** en 4^{ème} année, de **compétence** et d'**autonomie** en 5^{ème} année. Lors de l'analyse prototypique, nous remarquons l'apparition et l'évolution des compétences au travers des termes cités en zone du noyau central ou en zone de la 1^{ère} périphérie : l'item **obstétrique** est présent dès la 1^{ère} année, l'item **travail** dès la 2^{ème} année, l'item **prise en charge globale** dès la 3^{ème} année, les items **préparation, gynécologie, prévention** dès la 4^{ème} année et enfin l'item **compétence** dès la 5^{ème} année. Cette vision est sûrement corrélée aux enseignements autant théoriques que pratiques de la formation : l'alternance cours / stage participe de ce processus. Au sein de l'arbre maximum des 5^{èmes} années et des sages-femmes, le terme **compétence** est relié à **accompagnement**. La classe 3 « compétences » conforte cette perception en regroupant de nombreux termes techniques professionnels. Le test d'indépendance au contexte prouve une nouvelle fois l'évolution de la notion de compétence au fil des années avec la centralité de certains éléments en fonction des années de formation : de **profession médicale** en 1^{ère} année vers **responsabilité médicale** en 2^{ème} année puis **équipe** en 3^{ème} année, 4^{ème} et 5^{ème} années.

Le vocabulaire professionnel évolue et s'enrichit au fur et à mesure des années, de **travail** à **compétences** ; d'**accouchement** à des spécificités de la profession (**gynécologie, eutocie,**

responsabilité médicale...). Tout au long de la formation, nous constatons donc une évolution des termes employés pour décrire la profession de sage-femme.

Trois termes attirent notre attention : **accompagnement**, **corporatisme** et **technicité**. Si nous considérons le terme **accompagnement** et sa spécificité tout au long de cette étude, nous pouvons constater que de terme peu prégnant en début de formation, il devient fréquent en fin de formation sans pour autant devenir central. Il en est de même chez les professionnelles sages-femmes. Jacques (2010) et Schweyer (1996) avancent que les sages-femmes ont tendance à transformer tout élément en spécificité relationnelle, ce qui est une façon d'entrer dans un processus de professionnalisation. A noter que l'**accouchement** est aussi un acte caractéristique selon Schweyer (1996), ainsi que la **prise en charge globale** (citée par 5,8% des étudiants en association libre contre 3,2% des sages-femmes). Or l'**accouchement** n'a pas été considéré comme l'activité caractéristique de la profession de sage-femme même si nous pouvons constater que ce terme est prégnant au cours des 4 premières années de formation ; il en est de même pour l'**accompagnement** avec une augmentation de la fréquence au fur et à mesure des années de formation.

La notion de **corporatisme** ne transparaît pas chez les étudiants : cette orientation peut être envisagée comme une étape plus avancée dans le processus de professionnalisation avec l'intégration d'une situation professionnelle.

La **technicité** est très peu citée en tant que telle mais les étudiants utilisent de nombreux mots qui pourraient être regroupés sous le terme générique de technicité. Seul, l'ancrage technique de la profession est consensuel dans toutes les promotions. En effet, l'aspect technique de la profession de sage-femme était évoqué majoritairement par les médecins lors de notre précédente enquête par rapport aux sages-femmes. L'entrée dans un exercice professionnel pourrait changer la perception de la profession : le corporatisme serait alors un élément apparaissant avec l'expérience.

Les compétences évoquées participent de la construction de l'identité professionnelle.

6.1.7 Identité professionnelle

Elle passe par la dynamique propre de la profession avec 3 éléments comme :

- la notion d'**autonomie** : elle est limitée dans le code de santé publique qui précise le rôle de la sage-femme dans le cadre de l'eutocie. Pour Freidson (1984), c'est un trait distinctif d'une profession. Le terme apparaît seulement au cours de la 5^{ème} année de formation dans les 10 items les plus cités en association libre. Cette dernière année de formation est une année charnière préprofessionnalisante avec tous les enjeux inhérents. L'autonomie pourrait alors être considérée comme la compétence essentielle de la dernière année de formation pour savoir gérer des situations en toute connaissance de cause.

- le domaine d'expertise : il permet de définir une profession. La **gynécologie** est une nouvelle compétence mais aussi une nouvelle catégorie apparue avec les étudiants (cité par 2,2% d'entre eux en association libre) qui n'existait pas chez les professionnelles. Les étudiants s'approprieraient donc plus rapidement que les professionnelles cette nouvelle compétence du fait de la formation ou bien les professionnelles ne se reconnaîtraient pas dans cette nouvelle compétence et donc ne l'auraient pas évoquée.

- le **problème de reconnaissance** (cité par 13,12% des étudiants et 12,29% des sages-femmes en association libre) touche le domaine de la féminisation de la profession¹³, la méconnaissance des compétences, la confusion de la profession de sage-femme avec la profession d'infirmière par exemple et la dévalorisation du salaire. La reconnaissance de la profession de sage-femme participe de la construction identitaire.

La notion d'**équipe** fait partie intégrante de cette construction identitaire mais elle est cependant absente des propos des professionnelles sages-femmes. Pourtant équipe est un élément central en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années (cité par 4,5% des étudiants) : le processus de professionnalisation participe de la construction de cette notion. Le terme de **gynécologue obstétricien** est cité en tant que tel par les étudiants : ils perçoivent donc les interactions entre les groupes professionnels, nous pourrions alors penser que les sages-femmes, ne l'ayant pas du tout évoqué, ont intégré cette notion dans l'implicite professionnel.

Les **contraintes** sont mises en évidence grâce à la méthode de substitution, comme un élément faisant partie de la zone muette de la représentation des professionnelles. Le test d'indépendance au contexte est venu conforter le fait que cet item est mesuré comme central à partir de la 1^{ère} année en école de sages-femmes, malgré sa faible fréquence en association libre (5,5%). Cet élément peu cité participe du noyau central de la représentation et confirme que la notion de saillance et la notion de centralité sont indépendantes. L'apparition de ce terme chez les étudiants pourrait venir de la mise en situation, la confrontation aux réalités de terrain : les contraintes horaires puisqu'ils suivent les mêmes horaires que les professionnels mais aussi les contraintes comme l'imprévisibilité de la profession, les situations difficiles, l'épuisement professionnel.

Nous venons de voir des éléments de la représentation de la profession de sage-femme mais regardons de plus près l'approche structurale des deux représentations étudiées.

¹³ Problème de reconnaissance inclut des items comme : métier trop féminin, métier pour femme, uniquement des femmes, peu d'hommes, profession féminine...

6.2 Représentation de la profession de sage-femme et représentation de la profession de médecin : approche structurale.

Cette étude nous a permis de mettre en évidence comme nous l'avions supposé lors de la présentation de la théorie l'existence de 5 groupes d'étudiants qui ont leurs propres représentations de la profession de sage-femme et de celle de médecin. Rateau & Rouquette (1998) ont proposé que deux représentations sont différentes si et seulement si les deux noyaux centraux sont différents. Abric (2003) affirme que les pratiques sociales interviennent dans la transformation des représentations

6.2.1 Structure de la représentation de la profession de sage-femme

Grâce au test d'indépendance au contexte, il apparaît une évolution du noyau central en fonction des années de formation et selon les items testés (non exhaustifs du fait de la prise en considération des éléments cités pour les représentations professionnelles de la profession de sage-femme). Aucune des années ne comporte exactement les mêmes éléments dans le noyau central de la représentation. Ainsi, nous trouvons en :

- 1^{ère} année : **profession médicale, écoute, passion**
- 2^{ème} année : **responsabilité médicale, profession médicale, écoute, contraintes, passion**
- 3^{ème} année : **responsabilité médicale, disponibilité, profession médicale, écoute, contraintes, équipe, passion**
- 4^{ème} année : **responsabilité médicale, profession médicale, écoute, contraintes**
- 5^{ème} année : **responsabilité médicale, profession médicale, contraintes, équipe**

Comme le proposent Rateau & Rouquette (1998), nous avons bien plusieurs représentations différentes de la profession de sage-femme. De plus, nous pouvons également supposer que les pratiques et notamment le processus de l'alternance participe de cette transformation.

De plus, nous pouvons tenter d'observer des phases de transformation de la représentation. En effet, les étudiants de 1^{ère} année présentent une diversité de termes dans leur discours qui pourrait être un indicateur de phase émergente de la représentation (Moliner, 2001). Nous pouvons aussi percevoir qu'entre l'arbre maximum de la représentation de la 1^{ère} année et celui de la 5^{ème} année, les liens entre les items ont tendance à être plus forts, ce qui augurerait une transformation vers une phase de stabilité. Cependant en 5^{ème} année, tout semble se transformer à nouveau : le passage vers une représentation plus professionnelle pourrait en être l'origine.

6.2.2 Structure de la représentation de la profession de médecin

Nous pouvons observer dans nos résultats le même profil évolutif de la représentation de la profession de médecin au cours des 5 années de formation que ce soit au niveau de la zone du noyau central qu'au niveau des arbres maximums. Cependant, il serait nécessaire pour conclure fermement à une transformation de la représentation de réaliser un test d'indépendance au contexte comme pour la représentation de la profession de sage-femme.

6.2.3 Points communs entre les représentations des professions de sage-femme et de médecin

L'étude des deux classifications hiérarchiques descendantes ainsi que celle des deux analyses factorielles montrent des éléments communs :

- les deux facteurs ont la même dénomination c'est-à-dire qu'ils traitent de la même thématique pour le facteur 1 celle de la professionnalisation et pour le facteur 2 celle du relationnel. La fait de retrouver ces deux éléments semble cohérent car ce sont les mêmes groupes d'étudiants qui décrivent les représentations de deux objets : la profession de sage-femme et la profession de médecin qui sont des enjeux évidents du processus de professionnalisation.

- l'existence de deux classes de discours portant sur les compétences professionnelles des deux professions : la classe 3 « compétences » pour la représentation de la profession de sage-femme et la classe 3 « rapports professionnels » pour la représentation de la profession de médecin.

Une projection de ces deux représentations fait également apparaître des éléments communs aux deux représentations grâce à une catégorisation similaire des termes cités en association libre pour les deux professions (Annexe XV).

6.2.4 Divergences

Les deux classes évoquées précédemment ne sont pas situées pour autant sur le même côté de l'axe relationnel : pour la profession de sage-femme, elle se situe du côté de l'absence d'équipe ce qui n'est pas le cas pour ce qui est de la profession de médecin. Nous retrouvons de nouveau cette ambiguïté dans le rapport à la notion d'équipe dans cette étude et dans l'étude précédente.

Nous pouvons constater que de nettes oppositions existent notamment sur des thèmes qui touchent directement à l'identité professionnelle. La catégorie **problème de reconnaissance** pour la profession de sage-femme n'existe pas en tant que telle pour la profession de médecin : elle apparaît sur un versant positif celui de la **reconnaissance**. Le **problème de reconnaissance** (cité par 13,12% des étudiants et 12,29% des sages-femmes en association libre) est d'autant plus présent chez les sages-femmes par rapport aux médecins mieux rémunérés et mieux reconnus socialement ce qui

peut nous faire reconsidérer la notion de profession selon la définition de Wittorski (2005) : « c'est un métier socialement organisé et reconnu » et percevoir l'écart entre les deux professions.

Au travers des items cités par les étudiants sur leurs conceptions des deux représentations, nous pouvons nous demander si les étudiants n'ont pas tendance à exprimer de façon indirecte les oppositions franches entre les attributs de la profession de sage-femme et les attributs de la profession de médecin : « ce que je suis », « ce que vont être mes compétences par opposition à l'autre », « ce que je veux être », « ce que je ne veux pas être ».

Ainsi, la comparaison des catégorisations de termes fait apparaître :

- les catégories spécifiques de la représentation des médecins : **attente, cabinet, complication, diagnostic, docteur, généraliste, guérir, héros, hiérarchie, indisponibilité, malade, maladie, manque de médecin, médecin, médicament, mort, ordonnance, recherche, reconnaissance, respect, salaire, sauver des vies, spécialiste, stéthoscope, suivi, traitement, vie.**

- les catégories spécifiques de la représentation des sages-femmes (uniquement citées par les étudiants) : **accouchement, allaitement, attention, autonomie, césarienne, clinique, déontologie, douceur, échographie, émotion, épisiotomie, eutocie, femme, grossesse, gynécologie, lien mère enfant, maïeutique, maternité, motivation, naissance, nouveau né, obstétrique, organisation, préparation, prise en charge globale, problème de reconnaissance, rééducation périnéale, rigueur, sang.**

Hormis les termes techniques professionnels, nous voyons apparaître des oppositions comme **reconnaissance, salaire et problème de reconnaissance, attente et attention, maladie et eutocie...**

Ainsi, cette étude montre qu'une représentation exprime les attentes mais aussi les craintes de groupes par rapport à un objet (Moliner, 2001), élément qui paraît pertinent au cours du processus de professionnalisation et de l'apprentissage des compétences grâce aux cours et aux stages.

Ainsi, notre hypothèse : il y a une transformation au sens structural du terme de la représentation profession de sage-femme et de médecin au cours de la formation chez les étudiants paraît confortée.

6.3 La formation de sage-femme

Le terme **formation** est cité par 7,8% des étudiants et par 4% des sages-femmes en association libre ; les connaissances ressortent (comme **obstétrique** cité par 11,45% des étudiants en association libre) grâce à l'utilisation de termes techniques jusque-là non utilisés par les sages-femmes (soit par implicite professionnel soit par regroupement sous un terme générique) puisque

les groupes n'ont pas les mêmes préoccupations professionnelles en fonction de la place d'où ils parlent.

6.3.1 L'entrée en formation ou se conforter dans un choix : le plus beau métier au monde

La notion de **plus beau métier au monde** apparaît significativement plus chez les 2^{èmes} années que chez les autres promotions. L'item reçoit des scores forts au test d'indépendance au contexte surtout en 2^{ème} année mais il est peu verbalisé par les étudiants en association libre (5.58%) contrairement aux sages-femmes (19.67%) ; puis, ces scores diminuent au fur et à mesure de la progression de la formation. Les sages-femmes utilisent cet élément pour contrebalancer des réalités professionnelles difficiles. Les étudiants n'ont qu'une connaissance encore partielle des réalités professionnelles et ne les gèrent sûrement pas sur le même versant. Les 2^{èmes} années semblent investir ce terme pour conforter leur choix d'entrée dans cette formation.

6.3.2 Les ancrages

Tous les étudiants perçoivent des ancrages spécifiques à la profession de sage-femme comme le technique, l'interpersonnel, le relationnel et le psychosocial.

Cependant, lorsque les étudiants s'inscrivent dans la formation, leur perception de la profession diffère de par leurs ancrages économique et historique alors qu'une fois en école les étudiants appuient sur les caractéristiques sociétales et de santé. Le processus de professionnalisation intervient encore dans cette dimension par la prise de conscience des étudiants du rôle que la profession peut avoir au sein de la société. Ils évoluent sur ce point après leur entrée en formation. Leur représentation de la profession de sage-femme ne s'ancre plus sur des critères personnels mais sur la promotion même de la profession.

6.3.3 Savoir être et passion

Micaud (2000) dit que les étudiants doivent prendre du plaisir au cours de leur formation ; cependant cet élément ne transparait pas au cours des associations libres. Selon elle, les sages-femmes doivent mettre en place des liens émotionnels et affectifs avec ceux qu'elles accompagnent et notamment les patientes, les couples, les nouveaux nés. La classe 4 conforte l'apprentissage que les étudiants font en stage puisque cette classe traite des émotions. Les étudiants ont évoqué le terme émotions de façon plus fréquente que les sages-femmes en association libre (cité par 4,1% des étudiants et 2,45% des sages-femmes).

Desnoyers (2007) suppose que la souffrance chez les étudiants mais aussi chez les professionnelles viendrait de la frontière non claire entre travail et non travail : seuls les étudiants de

2^{ème} année ont évoqué le terme de **travail** qui peut être utilisé ici par manque de notions plus précises. Ce manque de distinction interviendrait d'autant plus si la notion de passion n'était pas présente. Le test d'indépendance au contexte a montré que la **passion** (citée par 3% des étudiants en association libre) est un élément du noyau central en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année et est présente chez les sages-femmes. Les deux dernières années de formation tiennent moins compte de ce critère. Le **dévouement** (cité 1 seule fois chez les étudiants et par 5% des sages-femmes en association libre) n'est plus de mise chez les étudiants : apparemment, ils ne consentent pas à faire autant d'effort que les professionnelles face aux contraintes notamment économiques que suscite la profession de sage-femme.

6.3.4 Le stress

Toutes les années de formation font part de cet item que ce soit pour la profession de sage-femme que pour la profession de médecin. Le **stress** peut être bénéfique pour gérer certaines situations dans l'urgence ; cependant, il peut être paralysant dans le processus de professionnalisation s'il est vécu négativement, ce qui est le cas comme nous l'avons vu avec les liens négatifs associés. C'est un enjeu d'amélioration pour la formation des sages-femmes comme pour celle des médecins, d'autant plus que nous pouvons constater que cet élément perdure chez les professionnelles (cité par 3,9% des étudiants et 6,5% des sages-femmes en association libre).

Le poids des responsabilités mais aussi l'enjeu de certaines situations, l'urgence sont des phénomènes que les étudiants ont du mal à gérer. Deux pistes pourraient participer de l'amélioration du stress :

- l'organisation de séance de sophrologie ou de yoga (participant aussi de l'enseignement de techniques de relaxation chez la femme enceinte) dans le but de détendre les étudiants et de leur permettre dans un second temps de participer à
- des séances d'analyse des pratiques à partir des retours de stage, du vécu d'expérience ou de l'exposé de faits marquants pour un partage collectif ou individuel et ainsi permettre un accompagnement juste des situations vécues.

6.3.5 Le cas de la 5^{ème} année de formation

Tout au long de l'étude, la 5^{ème} année de formation ne répondait pas forcément aux critères attendus : ainsi, la représentation redevenait plus complexe à saisir. Or, cette année de formation est une année de transition importante entre la formation et le monde professionnel. Les préoccupations de ces étudiants semblent plus porter sur des éléments concrets de la pratique professionnelle (évocation d'**accouchement**, de **grossesse**, de **nouveau né**) pour aboutir à une

autonomie nécessaire à l'insertion professionnelle. Cependant, il faudra sûrement quelques années d'expérience professionnelle à ces étudiants pour stabiliser leurs représentations professionnelles de la profession de sage-femme, ce qui peut expliquer les différences constatées avec la représentation professionnelle des sages-femmes. Cette année est aussi la prise de conscience de la responsabilité d'encadrer des étudiants en formation en tant que jeunes professionnelles : un module semblerait donc nécessaire à l'encadrement des étudiants en stage, ce qui apparaît dans les prérogatives du programme de master.

6.3.6 Le processus de professionnalisation en questions

Tavignot (2005) détermine trois dimensions de l'espace social de professionnalisation : la dimension affective, la dimension cognitive et la dimension sociale. Chacune d'entre elles présente trois composantes : une composante identitaire, une composante transformation de soi et une composante transformation de l'environnement. Au cours de notre étude, nous avons pu observer que l'étude des représentations touche ces trois domaines.

Il apparaît que chaque étudiant, en fonction de son année de formation et de son évolution dans la compréhension même de la profession, a une approche particulière. Ainsi, pour Oudet (2010), il faut faire une distinction entre le parcours formalisé dans l'ingénierie de l'alternance dont le but est d'aider les étudiants à apprendre et la notion de trajectoire qui, comme Hughes la définit (cf. introduction chapitre 2), fait partie intégrante du processus de professionnalisation car elle renvoie à des dimensions plus subjectives, sociopsychopédagogiques, « ce qui fait que le jeune va effectivement apprendre » (Oudet, 2010, p.86). « Celui qui construit l'alternance est amené, quelle que soit la forme d'alternance qu'il privilégie, à construire des parcours et induire des trajectoires au travers des questions qu'il se pose » (Oudet, 2010, p.87). Il apparaît essentiel de construire la formation en ce sens. Plusieurs éléments sont apparus pour élaborer une approche plus adaptée de la formation.

6.3.7 Mise en cohérence d'un programme de formation avec la connaissance du domaine des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin

L'évocation de la **vie** et de la **mort** au sein des deux représentations témoignent, au-delà de la différence de prise en charge de pathologies entre médecin et sage-femme, de l'impact des situations rencontrées sur les terrains de stage auprès des étudiants. Comme Micaud (2000) le suggère, il semble essentiel d'organiser des temps où les étudiants puissent évoquer ces deux éléments, autant de façon collective lors des régulations post stages que de façon individuelle lors d'entretiens si l'étudiant en ressent le besoin ou si le formateur juge insuffisante la séance collective.

Ce sont souvent des situations où la notion de juste et d'injuste transparait d'autant plus lorsque nous nous trouvons dans le champ de la périnatalité.

La construction d'une identité professionnelle renforcée, au-delà des éléments évoqués plus haut, passe aussi par une analyse des situations professionnelles vécues, comme le suggère Champy-Remoussenard & Rothan (1999). La compréhension des situations permettrait sûrement de comprendre pour les étudiants la frontière entre travail et non travail et de ne pas se sentir en souffrance. La réforme des études avec la mise en place d'un stage de six mois en fin de cursus semble être l'opportunité pour accompagner l'étudiant autour d'un projet professionnel seulement si ce stage ne se trouve pas en clôture de formation sans rétroaction possible et sans analyse de l'expérience : en effet, au vu de l'état de déstabilisation des étudiants de la 5^{ème} année, il apparaît essentiel de pouvoir évaluer avec eux les bénéfices perçus et les difficultés rencontrées afin d'adopter une posture de remédiation selon les besoins de chaque étudiant.

Il apparaîtrait intéressant de choisir d'autres méthodes que la verbalisation orale des situations et de s'appuyer sur l'écriture sur et pour l'activité à travers différents supports comme le mémoire professionnel, le port folio et le récit de vie (Wittorski, 2008).

Dans ce sens, l'alternance est un vecteur central avec des échanges nécessaires sur :

- la mise en œuvre des apprentissages théoriques sur le terrain mais aussi
- le possible retour d'expériences partagées grâce aux représentations qui « s'enrichissent de l'irremplaçable implication des expériences accumulées au fil du temps dans l'exercice professionnel » (Bataille, 2000, p.186). Pour Tavignot (2005), la place de l'expérience est nécessaire pour permettre de conceptualiser et de construire des compétences (Piot, 2009). Or cet apprentissage est essentiel pour le reste de la vie professionnelle car adopter cette posture réflexive doit perdurer au-delà de la formation tout au long de la vie professionnelle.

- l'intégration des professionnels de terrain à la formation grâce à leur participation aux outils propres de la formation et par un accompagnement personnalisé des étudiants sur le terrain par les professionnels en complémentarité avec les formateurs en école.

Donner du sens à la formation et faire sens permettent de combiner les différentes voies de la professionnalisation. Par exemple, la notion de responsabilité professionnelle qui apparaît dès la 2^{ème} année de formation semble être le point de départ pour formaliser l'unité d'enseignement portant sur la législation professionnelle. Cet enseignement pour être acquis doit faire sens aux étudiants et correspondre à des situations rencontrées et suscitant un intérêt en fonction de l'évolution des compétences. Cette constatation peut aussi être notée pour la profession de médecin

et peut être permettre à terme un enseignement mutualisé sur des apports théoriques communs à deux professions médicales.

Il faut rester cependant lucide sur le fait que ces propositions se basent sur des représentations des étudiants actuellement évoluant sur un programme de formation mais le changement de programme ne va-t-il pas lui-même être vecteur de nouvelles transformations des représentations des professions de sage-femme et de médecin puisque les pratiques agissent sur les représentations et inversement ?

La connaissance de la dynamique des représentations de la profession de sage-femme et de médecin ont permis de conforter des éléments du processus de professionnalisation mais aussi des stratégies de formation inhérentes à une formation professionnalisante par l'alternance comme la formation en école de sages-femmes.

Voici une synthèse des différents résultats concernant notre étude sur la dynamique des représentations de la profession de sage-femme, représentés sur le modèle proposé par Piasser & Bataille (2011), avec :

- les analyses de similitude des 5 années de formation et des sages-femmes
- les qualités admises pour la profession de sage-femme en fonction des années de formation et des professionnelles (écriture noire)
- les termes clés pour certaines années de formation (en vert)
- les éléments prégnants comme le stress et le problème de reconnaissance, communs à tous les acteurs
- les éléments du noyau central pour chaque année de formation (éléments et fléchages gris).

S
T
R
E
S
S

P
R
O
B
L
E
M
E
D
E
R
E
C
O
N
N
A
I
S
S
A
N
C
E

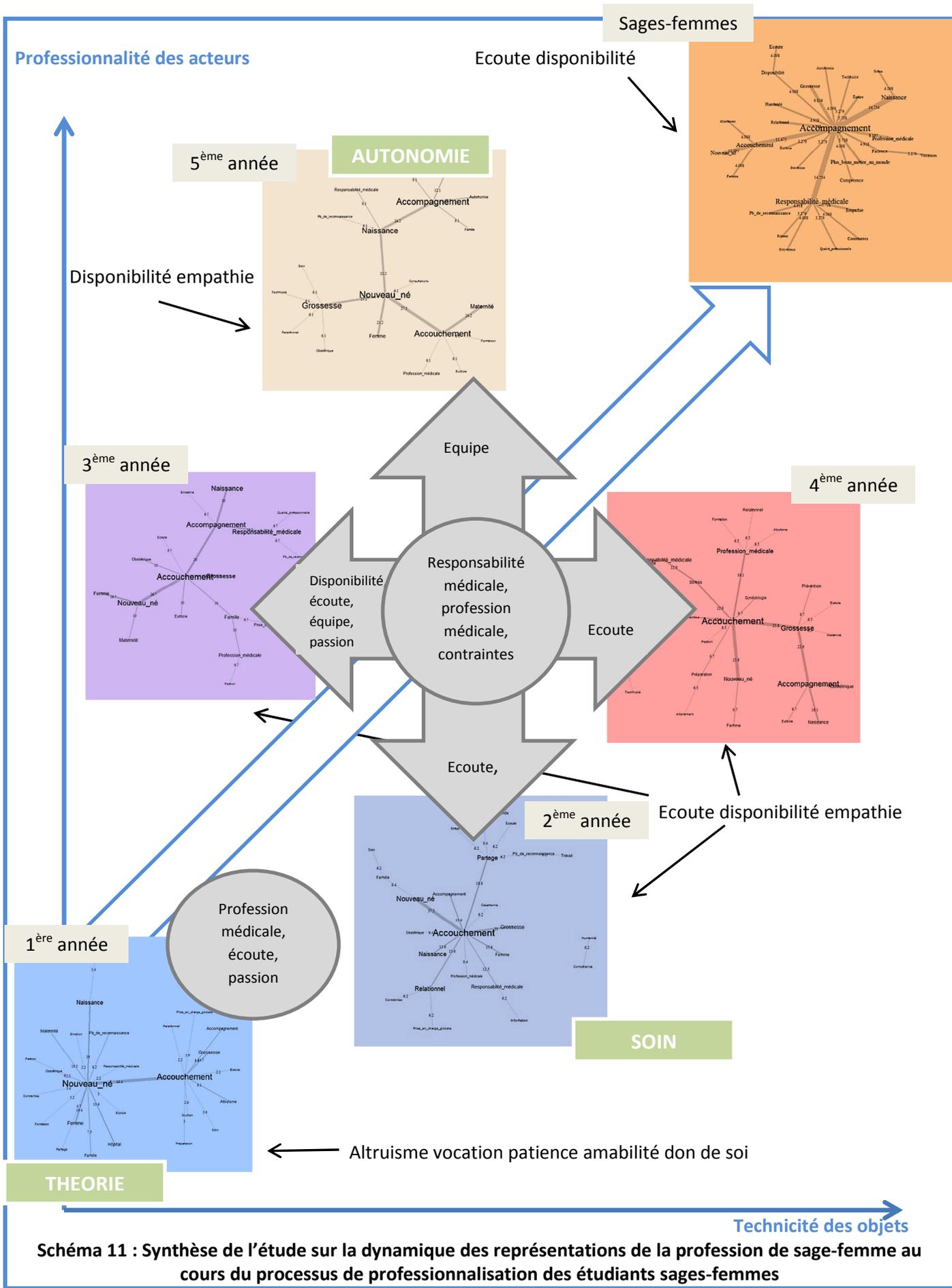


Schéma 11 : Synthèse de l'étude sur la dynamique des représentations de la profession de sage-femme au cours du processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes

Conclusion

L'objectif de ce mémoire a été de comprendre le processus de professionnalisation des étudiants de sages-femmes au travers de la dynamique des représentations de deux objets : la profession de sage-femme et la profession de médecin.

Le processus de professionnalisation en école de sage-femme est complexe et 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. L'analyse structurale de la représentation de la profession de sage-femme a en été l'axe principal.

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. 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.

L'approfondissement de cette enquête par une approche plus personnalisée de la formation apporterait peut être une dimension plus précise sur les attitudes et comportements des étudiants au cours du processus de professionnalisation autour d'une théorie en lien avec ce processus de

professionnalisation nous semble-t-il, celle de l'implication de Mias (1998) avec le tryptique sens, repère et contrôle. Nous pourrions alors tenter, au cours d'une étude longitudinale, de percevoir quels événements de la formation seraient à l'origine ou déclencheurs de prises de position des étudiants. Il serait aussi intéressant de percevoir ce que les étudiants ont comme représentations de certains items comme accompagnement par exemple en fonction des années de formation.

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.

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.

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.

Bergeron, A. (2003). Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002). *Recherches féminines*, 2 (16), 139-165. Article disponible sur <http://www.erudit.org>.

Bonardi, C., Roussiau, N. (2008). *Les représentations sociales*. Les topos. Paris : Dunod.

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.

Broussal, D. (2009). Valeurs et normes dans la formation des élèves sages-femmes. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2009 (22), 121-138.

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.

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^{ème} 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 National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Démographie et statistiques*. 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]

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.

De Landsheere, G. (1979). *Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation*. Paris : PUF.

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.

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]

Dictionnaire : *Larousse en couleurs*. (1991). Paris : Larousse.

Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet et J-F. Richard, *Traité de psychologie cognitive* (3). Paris : Dunod.

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^{er} janvier 2011*, 157. Document 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. Document 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, 8p.

Dubar, C. (2001). *La socialisation*. Paris : PUF.

Fischer, G-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod.

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. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet, *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 204-219.

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]

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]

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.

Freidson, E. (1985). La profession médicale. *Revue française de sociologie*, 26-4, p 720-722. Article disponible sur www.persee.fr.

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.

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>.

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'éthos professionnel en formation. *Travail et apprentissage*, 3, 13-25.

Jorro, A., De Ketele, J-M. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.

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.

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.

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 : SPSX9400133L) : 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 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L) : 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>.

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.

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.

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 : Harvard 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.

Ministère 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'éducation 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>.

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>.

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>.

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., 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.

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.

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.

Rapport Thuillez, C. (2006). *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*.

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]

Remoussenard, P. (2010). Des liens entre besoin de connaissance du travail et perspectives de professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation* 2010 (24), 13-27.

Rey, A. (1999). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.

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., Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales. La psychologie en plus*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.

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.

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 Kervasdoué, *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod.

Simmel, G. (1993). *La tragédie de la culture*. Paris : Rivages.

Simmel, G. (1999). Sociologie. *Études 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.

Tsafak, G. (2001). Comprendre les sciences de l'éducation. Paris : L'Harmattan.

Vanhulle, S. (2007). Alternances en formation. Bruxelles : De Boeck.

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.

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

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

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition de la population en fonction du niveau de formation (n=358) en pourcentages	74
Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge (n=357) en pourcentages	74
Graphique 3 : Répartition de la population en fonction du sexe (n=356) en pourcentages	76
Graphique 4 : Répartition de la population en fonction du choix initial (n=353) en pourcentages	76
Graphique 5 : Répartition de la population en fonction de la connaissance d'une personne dans le domaine de la santé (n=353) en pourcentages.....	77
Graphique 6 : Répartition de la population en fonction du domaine d'activité de la personne connue dans le domaine de la santé (n=242) en pourcentages	77
Graphique 7 : Répartition de la population en fonction de la participation à des actions en lien avec la profession de sage-femme (n=352) en pourcentages	78
Graphique 8 : Activité caractéristique de la profession de sage-femme (n=326) en effectifs.....	99
Graphique 9 : Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme (n=357) en pourcentages.....	100
Graphique 10 : Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme (n=356) en pourcentages.....	101
Graphique 11 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (n=295) en pourcentages	102
Graphique 12 : La profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération (n=283) en pourcentages.....	103
Graphique 13 : La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions trans générationnelles (n=271) en pourcentages	103
Graphique 14 : La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (n=348) en pourcentages.....	104
Graphique 15 : La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (n=270) en pourcentages	104
Graphique 16 : La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (n=341) en pourcentages.....	105
Graphique 17 : La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (n=328) en pourcentages.....	106

Graphique 18 : La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (n=296) en pourcentages	106
Graphique 19 : La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (n=329) en pourcentages.....	107
Graphique 20 : Une sage-femme accompagne toujours dans tous les cas ses patientes (n=267) en pourcentages.....	108
Graphique 21 : Une sage-femme a toujours dans tous les cas des responsabilités médicales (n=320) en pourcentages.....	108
Graphique 22 : Une sage-femme participe toujours dans tous les cas à des naissances (n=224) en pourcentages.....	108
Graphique 23 : Une sage-femme est toujours dans tous les cas disponible (n=269) en pourcentages	108
Graphique 24 : La profession de sage-femme est toujours dans tous les cas le plus beau métier du monde (n=171) en pourcentages.....	108
Graphique 25 : Une sage-femme travaille toujours dans tous les cas avec des nouveaux nés (n=213) en pourcentages.....	108
Graphique 26 : La profession de sage-femme est toujours dans tous les cas une profession médicale (n=343) en pourcentages	109
Graphique 27 : Une sage-femme participe toujours dans tous les cas au suivi de grossesse (n=258) en pourcentages.....	109
Graphique 28 : Une sage-femme est toujours dans tous les cas à l'écoute (n=335) en pourcentages.....	109
Graphique 29 : Une sage-femme participe toujours dans tous les cas à des accouchements (n=241) en pourcentages.....	109
Graphique 30 : Une sage-femme a toujours dans tous les cas des contraintes (n=323) en pourcentages.....	109
Graphique 31 : Une sage-femme travaille toujours dans tous les cas en équipe (n=288) en pourcentages.....	109
Graphique 32 : Une sage-femme est toujours dans tous les cas passionnée par son métier (n=296) en pourcentages.....	109

Liste des schémas

Schéma 1 : Hiérarchie des formations cognitives (d'après Rouquette, 1998, p.53).....	43
Schéma 2 : Coexistence de deux ordres de représentations d'après Piaser & Bataille (2011)	53
Schéma 3 : Du passage des représentations sociales aux représentations professionnelles d'après Piaser & Bataille (2011)	53
Schéma 4 : Synthèse de l'enquête	73
Schéma 5 : Analyse de similitude de la profession de sage-femme	86
Schéma 6 : Analyse de similitude de la profession de médecin.....	97
Schéma 7 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession de sage-femme	111
Schéma 8 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de sage-femme	113
Schéma 9 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession de médecin	114
Schéma 10 : Représentation des deux facteurs de l'AFC de la profession de médecin.....	116
Schéma 11 : Synthèse de l'étude sur la dynamique des représentations de la profession de sage-femme au cours du processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes	131

Liste des tableaux

Tableau 1 : 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	59
Tableau 2 : Analyse prototypique	66
Tableau 3 : Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de sage-femme	81
Tableau 4 : Analyse prototypique de Vergès de la profession de sage-femme	81-82
Tableau 5 : Chi ² entre les items cités et l'année de formation	87
Tableau 6 : 1 ^{er} cas : 5 années d'études (n=358) / sages-femmes (n=122)	88
Tableau 7 : 2 ^{ème} cas : 4 années en école (n=126) / sages-femmes (n=122)	88
Tableau 8 : Chi ² des items en fonction de chaque année de formation	89
Tableau 9 : Les items cités pour la profession de sage-femme associé à un lien négatif	89
Tableau 10 : Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de médecin	91-92
Tableau 11 : Analyse prototypique de Vergès de la profession de médecin	92-93
Tableau 12 : Chi ² entre les items cités et l'année de formation	98
Tableau 13 : Les items cités pour la profession de médecin associé à un lien négatif	99
Tableau 14 : Qualités indispensables à la profession de sage-femme et année de formation	100
Tableau 15 : Attitudes inappropriées et année de formation.....	101
Tableau 16 : Ancrage sociétal et année de formation	102
Tableau 17 : Ancrage traditionnel et année de formation.....	103
Tableau 18 : Ancrage dans le domaine de la santé et année de formation.....	105
Tableau 19 : Ancrage économique et année de formation.....	106
Tableau 20 : Types d'ancrage en fonction de l'année d'études.....	107

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction.....	3
1. Sage-femme et formation sage-femme	5
1.1 Qu'est-ce qu'être sage-femme aujourd'hui ?	5
1.1.1 Un paradoxe	5
1.1.2 L'exercice sage-femme aujourd'hui	5
1.1.3 Retour aux définitions	5
1.1.4 Pour quelles compétences ?	6
1.1.5 Sage-femme : entre métier et profession	7
1.1.6 Des attributs spécifiques à la profession de sage-femme.....	9
1.1.6.1 La féminisation	9
1.1.6.2 L'autonomie au cœur du débat ou comprendre les relations inter professionnelles et le rapport au public	10
1.1.6.3 Question de l'identité professionnelle	12
1.1.6.4 Problème de reconnaissance ?.....	13
1.2 La formation des sages-femmes.....	14
1.2.1 Historique	14
1.2.1.1 Le contexte	14
1.2.1.2 L'organisation de la formation	15
1.2.1.3 Les conditions d'admission ou critères de sélection	15
1.2.1.4 Le contenu de la formation	15
1.2.1.5 La durée de la formation	16
1.2.1.6 La validation	17
1.2.1.7 Les avantages conférés.....	17
1.2.1.8 La scission	17
1.2.2 Et depuis ce temps ?.....	18
1.2.3 Histoire de vocation	20
1.2.4 La question du savoir être : quel impact sur le futur professionnel ?.....	21
1.2.5 Comprendre les valeurs et les enjeux pour quelle transmission ?.....	23
1.2.5.1 Le référentiel métier	23

1.2.5.2 Le Code de Déontologie	23
1.2.5.3 Le programme des études.....	24
1.2.5.4 Transmettre les valeurs de la profession	25
1.2.6 2011 : le nouveau programme des études de sage-femme : entre mutation et résistances	26
1.2.7 Bilan sur la formation aujourd’hui	26
2. La professionnalisation.....	28
2.1 Définition « s » poly « s » émiques.....	28
2.2 La formation au cœur de la professionnalisation	32
2.3 Formation professionnalisante et formation professionnelle	34
2.4 L’alternance	35
2.5 Représentations et construction identitaire	37
2.6 La réflexivité	37
2.7 La place de l’expérience	38
2.8 L’analyse des pratiques	39
2.9 Les voies de professionnalisation	40
2.10 La place des formateurs	41
3. Les représentations	43
3.1 Qu’est-ce qu’une représentation sociale ?	44
3.1.1 Historique	44
3.1.2 Définition	44
3.1.3 La genèse des représentations sociales	45
3.1.4 Les fonctions des représentations sociales	46
3.1.5 Les approches théoriques	47
3.1.5.1 La théorie du noyau central	47
3.1.5.1.1 Le noyau central	47
3.1.5.1.2 Le système périphérique	48
3.1.5.2 La zone muette	49
3.1.5.3 Les principes générateurs de prise de position.....	50
3.1.5.4 La théorie revue par Bataille	50
3.2. Les représentations professionnelles.....	51
3.2.1 Définition	51
3.2.2 Les caractéristiques et les fonctions des représentations professionnelles.....	52
3.3 Des représentations sociales aux représentations professionnelles : la professionnalisation sous ses aspects représentationnels	53

3.4 La dynamique des représentations	55
3.4.1 Le rôle des pratiques sociales sur l'évolution ou le changement des représentations	55
3.4.2 Phases, indicateurs et méthodes de recherche sur la dynamique des représentations	57
3.4.2.1 Les différentes phases	57
3.4.2.2 Les différents types d'indicateurs	57
3.5 Représentations de la profession de sage-femme dans la littérature	59
4. Méthodologie	62
4.1 De l'objet de recherche...	62
4.2 ... à la problématisation	63
4.3 Choix méthodologiques.....	63
4.4 Le questionnaire	64
4.5 Les méthodes de recueil de données.....	64
4.5.1 La méthode dite d'association libre	64
4.5.2 Le test d'indépendance au contexte	65
4.5.3 L'identification des points d'ancrage	65
4.6 Population et lieu d'enquête.....	65
4.7 Les méthodes d'analyse des données	66
4.7.1 L'analyse prototypique.....	66
4.7.2 L'analyse de similitude	67
4.7.3 Classification Hiérarchique Descendante (CHD) et Analyse Factorielle des Correspondances (AFC)	67
4.8 Réflexions sur les Sciences de l'Education et la posture de chercheur.....	68
4.8.1 Le choix des Sciences de l'Education ?	68
4.8.2 Notre posture de chercheur	69
4.8.3 Observation et expériences de terrain.....	70
4.9 Les limites de l'enquête.....	71
4.9.1 La création d'une situation artificielle d'enquête	71
4.9.2 Notre posture	71
4.10 Les points forts de l'enquête.....	72
4.10.1 Le retour des questionnaires.....	72
4.10.2 L'originalité du sujet	72
5. Résultats	73
5.1 Le retour	73
5.2 Caractéristiques de la population	74

5.2.1 Le stade de formation	74
5.2.2 L'âge.....	74
5.2.3 Le genre	75
5.2.4 Le choix initial.....	76
5.2.5 La connaissance d'une personne exerçant une profession dans le domaine de la santé....	77
5.2.6 La participation à des actions ou des associations en lien avec la promotion de la formation de sage-femme (question 17)	78
5.3 Association libre sur la profession de sage-femme.....	78
5.3.1 Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de sage-femme	79
5.3.2 L'analyse prototypique de la profession de sage-femme (Annexe IX).....	81
5.3.2.1 La zone du noyau central	82
5.3.2.2 La zone de la 1ère périphérie.....	84
5.3.3 Analyse de similitude sur la profession de sage-femme	85
5.3.4 Chi ² entre les items cités et l'année de formation	87
5.3.5 Chi ² entre les items cités et le fait d'être étudiants ou sage-femme.....	88
5.3.6 Les items associés à un lien négatif.....	89
5.4 Association libre sur la profession de médecin.....	90
5.4.1 Les 10 items les plus cités pour évoquer la profession de médecin	90
5.4.2 Analyse prototypique de la profession de médecin (Annexe X)	92
5.4.2.1. La zone du noyau central	93
5.4.2.2 La zone de 1ère périphérie.....	95
5.4.3 Analyse de similitude sur la profession de médecin	96
5.4.4 Chi ² entre les items cités et l'année de formation	98
5.4.5 Les items associés à un lien négatif.....	99
5.5 Activité caractéristique de la profession de sage-femme	99
5.6 Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme	100
5.7 Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme	101
5.8 Les affirmations sur l'ancrage de la représentation.....	102
5.8.1 La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société (ancrage sociétal)	102
5.8.2 La profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération (ancrage économique)	103
5.8.3 La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions transgénérationnelles (ancrage historique).....	103

5.8.4 La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique (ancrage technique)	104
5.8.5 La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français (ancrage dans la santé)	104
5.8.6 La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels (ancrage interpersonnel)	105
5.8.7 La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents (ancrage relationnel)	106
5.8.8 La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable (ancrage économique)	106
5.8.9 La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité (ancrage psychosocial)	107
5.9 Test d'indépendance au contexte ou de la centralité de certains items	108
5.10 CHD : Classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession sage-femme (Annexe XI)	111
5.11 AFC : Analyse Factorielle des Correspondances de la représentation de la profession de sage-femme (Annexe XII)	112
5.12 CHD : Classification hiérarchique descendante de la représentation de la profession médecin (Annexe XIII)	114
5.13 AFC : Analyse Factorielle des Correspondances de la représentation de la profession de médecin (Annexe XIV)	115
6. Discussion	117
6.1 La représentation de la profession de sage-femme selon les différentes années de formation	117
6.1.1 Le constat	117
6.1.2 Les perceptions des activités professionnelles	117
6.1.3 Les qualités admises	118
6.1.4 Vocation.....	119
6.1.5 Qualités inappropriées	119
6.1.6 Les compétences	120
6.1.7 Identité professionnelle	121
6.2 Représentation de la profession de sage-femme et représentation de la profession de médecin : approche structurale.	123
6.2.1 Structure de la représentation de la profession de sage-femme	123
6.2.2 Structure de la représentation de la profession de médecin.....	124
6.2.3 Points communs entre les représentations des professions de sage-femme et de médecin	124

6.2.4 Divergences	124
6.3 La formation de sage-femme	125
6.3.1 L'entrée en formation ou se conforter dans un choix : le plus beau métier au monde	126
6.3.2 Les ancrages	126
6.3.3 Savoir être et passion	126
6.3.4 Le stress	127
6.3.5 Le cas de la 5 ^{ème} année de formation	127
6.3.6 Le processus de professionnalisation en questions	128
6.3.7 Mise en cohérence d'un programme de formation avec la connaissance du domaine des représentations de la profession de sage-femme et de la profession de médecin.....	128
Conclusion	132
Bibliographie.....	134
Glossaire	144
Liste des graphiques	145
Liste des schémas	147
Liste des tableaux	148
Table des matières	149
Annexes : Tome II	

Résumé

La recherche porte sur le processus de professionnalisation des étudiants sages-femmes dans un contexte de réforme. Au cours de cette formation initiale par alternance, il s'agira de mettre au jour leur cheminement au plan de la dynamique des représentations professionnelles. Cette étude s'inscrit dans le champ de la psychologie sociale et mobilise la théorie des représentations, à partir de la modélisation de Bataille (2000).

La visée de la recherche est 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.

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) a mis en évidence l'évolution des représentations au cours du processus de professionnalisation. Les résultats ont permis de réaliser des adaptations du parcours de formation.

Mots clés : professionnalisation, représentations sociales et professionnelles, formation initiale par alternance, étudiants sages-femmes

Summary

The research deals with the process of professionalization of midwifery students in a context of reform. During this initial work-linked training, the issue will be to bring to light their progress as far as the dynamics of professional representations is concerned. This study belongs in the field of the social psychology and uses the theory of the representations, based on Bataille's modeling (2000).

The aim of the research is to question the transition from the social to the professional representations of the profession of midwife and the profession of doctor with the midwifery students.

A transverse study by questionnaires with 358 students of Toulouse in different stages of their training (a total of 5 years, from the year of the exam to the fourth year in midwives' school) highlighted the evolution of the representations of every promotion of the students during the process of professionalization. The results have led to changes in the training scheme.

Key words : professionalization, social and professional representations, initial work-linked training, midwifery students

Titre : 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

Auteur : Coralie FREGONESE

Année : 2013



UNIVERSITE DE TOULOUSE II - LE MIRAIL

MEMOIRE DE MASTER 2 RECHERCHE

SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

**LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION DE LA
PROFESSION DE SAGE-FEMME AU TRAVERS DE LA
DYNAMIQUE DES REPRESENTATIONS DE 2
OBJETS : LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA
PROFESSION DE MEDECIN**

TOME II ANNEXES

Mémoire présenté par

Coralie FREGONESE

Sous la direction de

Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Université de Toulouse II – Le Mirail

Membres du jury

Christine MIAS, Professeur en Sciences de l'Éducation
Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Dominique BROUSSAL, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation

Session 2013



UNIVERSITE DE TOULOUSE II - LE MIRAIL

MEMOIRE DE MASTER 2 RECHERCHE

SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

**LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION DE LA
PROFESSION DE SAGE-FEMME AU TRAVERS DE LA
DYNAMIQUE DES REPRESENTATIONS DE 2
OBJETS : LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA
PROFESSION DE MEDECIN**

TOME II ANNEXES

Mémoire présenté par

Coralie FREGONESE

Sous la direction de

Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Université de Toulouse II – Le Mirail

Membres du jury

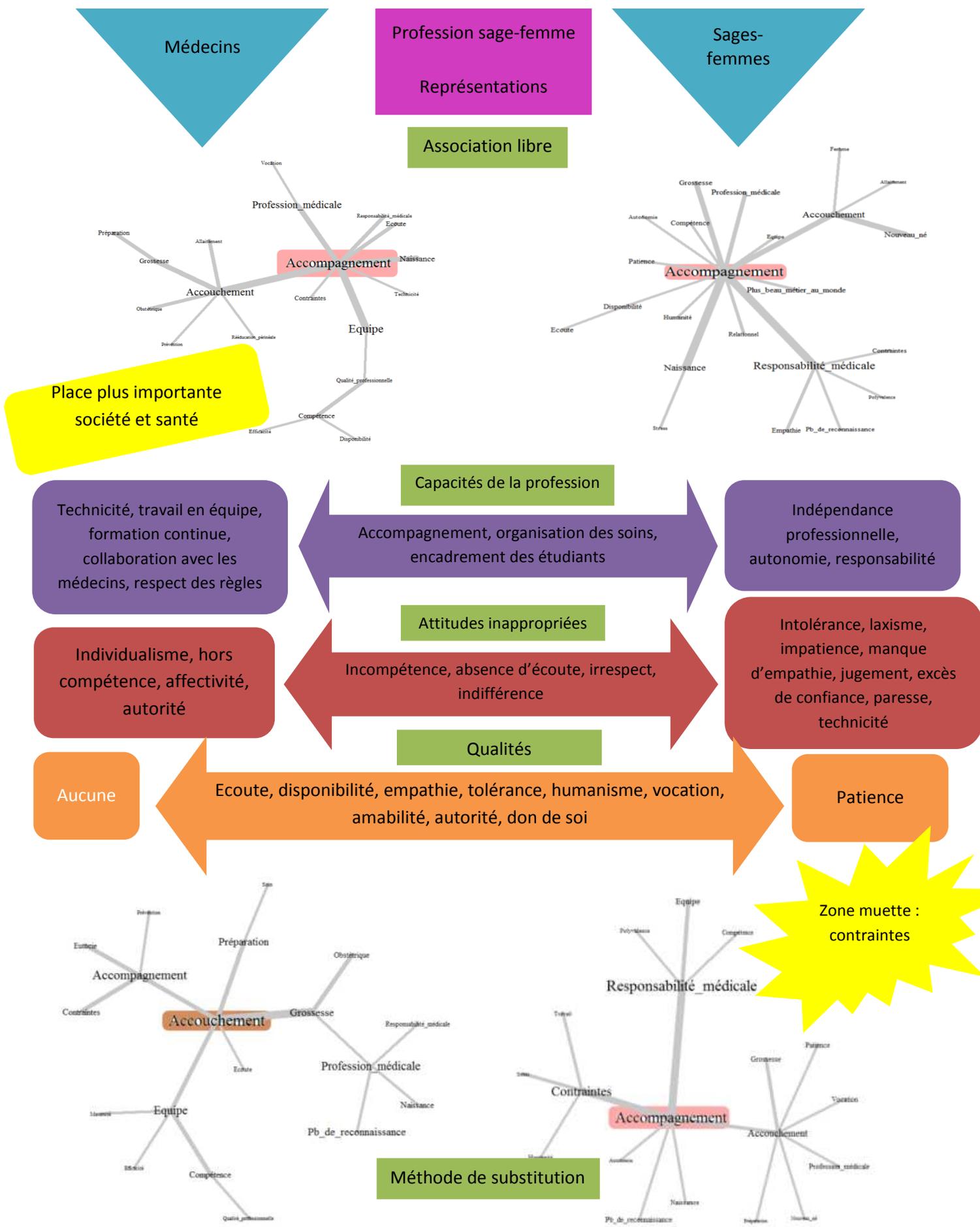
Christine MIAS, Professeur en Sciences de l'Éducation
Pierre RATINAUD, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Dominique BROUSSAL, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation

Session 2013

Liste des annexes

Annexe I : Synthèse de l'étude des représentations professionnelles de la profession de sage-femme	2
Annexe II : Questionnaire	3
Annexe III : Lexique	6
Annexe IV : Calendrier de réalisation de l'enquête.....	12
Annexe V : Chi ²	13
Annexe VI : Kolmorov-Smirnov	151
Annexe VII : Catégorisations.....	156
Annexe VIII : Graphiques	186
Annexe IX : Tableau de synthèse analyse prototypique Profession de sage-femme.....	188
Annexe X : Tableau de synthèse analyse prototypique Profession de médecin.....	190
Annexe XI : CHD profession de sage-femme	192
Annexe XII : AFC profession de sage-femme.....	198
Annexe XIII : CHD profession de médecin	199
Annexe XIV : AFC profession de médecin.....	202
Annexe XV : Projection des deux représentations en fonction des années de formation	203

Annexe I Synthèse de l'étude des représentations professionnelles de la profession de sage-femme



Annexe II Questionnaire

Madame, Monsieur,

Etudiante en Master 2R en Sciences de l'Education, je réalise, dans le cadre de cette formation, un mémoire de fin d'études sur la profession de sage-femme.

Vous trouverez ci-dessous un questionnaire anonyme que je vous propose de compléter.

Je vous remercie par avance de bien vouloir y consacrer quelques minutes. Vos réponses me permettront de mener à bien mon étude. Merci de respecter l'ordre de remplissage des questions pour une meilleure scientificité des résultats.

Coralie FREGONESE

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

1. Quels sont les 4 ou 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand on évoque la profession de sage-femme ?

Mots ou Expressions	Rang	Lien				
		--	-	0	+	++

2. Classez vos réponses de 1 à 5 dans la colonne « rang » en accordant le rang 1 à la réponse qui est pour vous la plus caractéristique de la profession de sage-femme et le rang 5 à la réponse la moins caractéristique.

3. Pour chacune de vos réponses, cochez dans la colonne « lien » le symbole « ++ » si votre réponse présente un aspect très positif de la profession de sage-femme (« - - » si c'est un aspect très négatif) et « + » si elle présente un aspect positif (« - » si c'est un aspect négatif). Cochez 0 si vous ne pouvez pas estimer le rapport de votre réponse à la profession de sage-femme en termes de négatif / positif.

4. Quels sont les 4 ou 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand on évoque la profession de médecin ?

Mots ou Expressions	Rang	Lien				
		--	-	0	+	++

5. Classez vos réponses de 1 à 5 dans la colonne « rang » en accordant le rang 1 à la réponse qui est pour vous la plus caractéristique de la profession de médecin et le rang 5 à la réponse la moins caractéristique.

6. Pour chacune de vos réponses, cochez dans la colonne « lien » le symbole « ++ » si votre réponse présente un aspect très positif de la profession de médecin (« - - » si c'est un aspect très négatif) et « + » si elle présente un aspect positif (« - » si c'est un aspect négatif). Cochez 0 si vous ne pouvez pas estimer le rapport de votre réponse à la profession de médecin en termes de négatif / positif.

7. Pour vous, quelle est l'activité qui caractérise le plus la profession de sage-femme ?

- l'accouchement la sage-femme libérale la grossesse
 l'accompagnement la prise en charge d'une patiente autre :

8. Selon vous, quelles sont les 3 qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme ? (cochez les cases correspondantes)

- l'empathie la disponibilité la patience
 l'autorité l'écoute l'amabilité
 la tolérance avoir la vocation le don de soi
 l'humanisme autres :

9. Selon vous, quelles sont les 3 attitudes qui vous semblent les plus inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme ? (cochez les cases correspondantes)

- l'individualisme l'intolérance l'affectivité
 l'incompétence l'irrespect le laxisme
 le manque d'empathie l'autorité le hors compétence
 l'absence d'écoute l'indifférence l'impatience
 le jugement autres :

10. Pour les affirmations suivantes, donnez votre avis en cochant la case correspondante :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas
La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société.					
La profession de sage-femme permet d'avoir une bonne rémunération.					
La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions intergénérationnelles.					
La profession de sage-femme requiert un savoir-faire technique spécifique.					
La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français.					
La profession de sage-femme est avant tout un travail d'équipe avec un réseau de professionnels.					
La profession de sage-femme est l'interlocuteur privilégié des (futurs) parents.					
La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable					
La profession de sage-femme est le relai entre maternité et parentalité.					

11. Pour les affirmations suivantes, donnez votre avis en cochant la case correspondante.

	Certainement non	Plutôt non	Plutôt oui	Certainement oui
Une sage-femme accompagne toujours, dans tous les cas, ses patientes.				
Une sage-femme a toujours, dans tous les cas, des responsabilités médicales.				
Une sage-femme participe toujours, dans tous les cas, à des naissances.				
Une sage-femme est toujours, dans tous les cas, disponible.				

Annexe III Lexique

Question 3 et 6

lien_o : lien neutre

lien_n : lien négatif

lien_p : lien positif

Question 7

Prise_en_charge : prise en charge d'une patiente

Sage_femme_libérale : sage-femme libérale

Question 8

emp_n : empathie absente

emp_o : empathie présente

dispo_n : disponibilité absente

dispo_o : disponibilité présente

pat_n : patience absente

pat_o : patience présente

autor_n : autorité absente

autor_o : autorité présente

écout_n : écoute absente

écout_o : écoute présente

amab_n : amabilité absente

amab_o : amabilité présente

tolér_n : tolérance absente

tolér_o : tolérance présente

voc_n : vocation absente

voc_o : vocation présente

don_n : don de soi absent

don_o : don de soi présente

huma_n : humanité absente

huma_o : humanité présente

Question 9

indiv_n : individualisme absent

indiv_o : individualisme présent

intol_n : intolérance absente

intol_o : intolérance présente

affect_n : affectivité absente

affect_o : affectivité présente

incomp_n : incompetence absente

incomp_o : incompetence présente

irresp_n : irrespect absent

irresp_o : irrespect présent

lax_n : laxisme absent

lax_o : laxisme présent
 manqemp_n : manque d'empathie absent
 manqemp_o : manque d'empathie présent
 autor_n : autorité absente
 autor_o : autorité présente
 horscomp_n : hors compétence absente
 horscomp_o : horscompétence présente
 absécout_n : absence d'écoute absente
 absécout_o : absence d'écoute présente
 indif_n : indifférence absente
 indif_o : indifférence présente
 impat_n : impatience absente
 impat_o : impatience présente
 jug_n : jugement absent
 jug_o : jugement présent

Question 10

soc_tfdac : tout à fait d'accord avec une place plus importante dans la société de la profession de sage-femme
 soc_dac : d'accord avec une place plus importante dans la société de la profession de sage-femme
 soc_nsp : ne se prononce pas pour une place plus importante dans la société de la profession de sage-femme
 soc_ppdac : plutôt pas d'accord avec une place plus importante dans la société de la profession de sage-femme
 soc_pdac : pas d'accord avec une place plus importante dans la société de la profession de sage-femme

rém_tfdac : tout à fait d'accord avec une bonne rémunération de la profession de sage-femme
 rém_dac : d'accord avec une bonne rémunération de la profession de sage-femme
 rém_nsp : ne se prononce pas pour une bonne rémunération de la profession de sage-femme
 rém_ppdac : plutôt pas d'accord avec une bonne rémunération de la profession de sage-femme
 rém_pdac : pas d'accord avec une bonne rémunération de la profession de sage-femme

trad_tfdac : tout à fait d'accord avec le fait que la sage-femme soit porteuse de traditions intergénérationnelles
 trad_dac : d'accord avec le fait que la sage-femme soit porteuse de traditions intergénérationnelles
 trad_nsp : ne se prononce pas sur le fait que la sage-femme soit porteuse de traditions intergénérationnelles
 trad_ppdac : plutôt pas d'accord avec le fait que la sage-femme soit porteuse de traditions intergénérationnelles
 trad_pdac : pas d'accord avec le fait que la sage-femme soit porteuse de traditions intergénérationnelles

tech_tfdac : tout à fait d'accord avec un savoir-faire technique de la profession de sage-femme
 tech_dac : d'accord avec un savoir-faire technique de la profession de sage-femme
 tech_nsp : ne se prononce pas pour un savoir-faire technique de la profession de sage-femme
 tech_ppdac : plutôt pas d'accord avec un savoir-faire technique de la profession de sage-femme
 tech_pdac : pas d'accord avec un savoir-faire technique de la profession de sage-femme

sant_tfdac : tout à fait d'accord avec une place plus importante dans le système de santé français de la profession de sage-femme

sant_dac : d'accord avec une place plus importante dans le système de santé français de la profession de sage-femme

sant_nsp : ne se prononce pas pour une place plus importante dans le système de santé français de la profession de sage-femme

sant_ppdac : plutôt pas d'accord avec une place plus importante dans le système de santé français de la profession de sage-femme

sant_pdac : pas d'accord avec une place plus importante dans le système de santé français de la profession de sage-femme

équip_tfdac : tout à fait d'accord avec un travail d'équipe avec un réseau de professionnels de la profession de sage-femme

équip_dac : d'accord avec un travail d'équipe avec un réseau de professionnels de la profession de sage-femme

équip_nsp : ne se prononce pas sur un travail d'équipe avec un réseau de professionnels de la profession de sage-femme

équip_ppdac : plutôt pas d'accord avec un travail d'équipe avec un réseau de professionnels de la profession de sage-femme

équip_pdac : pas d'accord avec un travail d'équipe avec un réseau de professionnels de la profession de sage-femme

interl_tfdac : tout à fait d'accord avec le fait que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié des (futurs) parents

interl_dac : d'accord avec le fait que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié des (futurs) parents

interl_nsp : ne se prononce pas sur le fait que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié des (futurs) parents

interl_ppdac : plutôt pas d'accord avec le fait que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié des (futurs) parents

interl_pdac : pas d'accord avec le fait que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié des (futurs) parents

sit_tfdac : tout à fait d'accord avec le fait que la profession de sage-femme permette d'avoir une situation professionnelle stable

sit_dac : d'accord avec le fait que la profession de sage-femme permette d'avoir une situation professionnelle stable

sit_nsp : ne se prononce pas sur le fait que la profession de sage-femme permette d'avoir une situation professionnelle stable

sit_ppdac : plutôt pas d'accord avec le fait que la profession de sage-femme permette d'avoir une situation professionnelle stable

sit_pdac : pas d'accord avec le fait que la profession de sage-femme permette d'avoir une situation professionnelle stable

relai_tfdac : tout à fait d'accord avec le fait que la profession de sage-femme soit le relai entre maternité et parentalité

relai_dac : d'accord avec le fait que la profession de sage-femme soit le relai entre maternité et parentalité

relai_nsp : ne se prononce pas sur le fait que la profession de sage-femme soit le relai entre maternité et parentalité

relai_ppdac : plutôt pas d'accord avec le fait que la profession de sage-femme soit le relai entre maternité et parentalité

relai_pdac : pas d'accord avec le fait que la profession de sage-femme soit le relai entre maternité et parentalité

Question 11

accomp_n : accompagnement non
accomp_cn : accompagnement certainement non
accomp_pn : accompagnement plutôt non
accomp_po : accompagnement plutôt oui
accomp_co : accompagnement certainement oui
accomp_o : accompagnement oui

respmed_n : responsabilités médicales non
respmed_cn : responsabilités médicales certainement non
respmed_pn : responsabilités médicales plutôt non
respmed_po : responsabilités médicales plutôt oui
respmed_co : responsabilités médicales certainement oui
respmed_o : responsabilités médicales oui

naiss_n : naissances non
naiss_cn : naissance certainement non
naiss_pn : naissances plutôt non
naiss_po : naissances plutôt oui
naiss_co : naissances certainement oui
naiss_o : naissances oui

dispo_n : disponible non
dispo_cn : disponible certainement non
dispo_pn : disponible plutôt non
dispo_po : disponible plutôt oui
dispo_co : disponible certainement oui
dispo_o : disponible oui

plusbeaumet_n : plus beau métier non
plusbeaumet_cn : plus beau métier certainement non
plusbeaumet_pn : plus beau métier plutôt non
plusbeaumet_po : plus beau métier plutôt oui
plusbeaumet_co : plus beau métier certainement oui
plusbeaumet_o : plus beau métier oui

nné_n : nouveaux nés non
nné_cn : nouveaux nés certainement non
nné_pn : nouveaux nés plutôt non
nné_po : nouveaux nés plutôt oui
nné_co : nouveaux nés certainement oui
nné_o : nouveaux nés oui

profméd_n : profession médicale non
profméd_cn : profession médicale certainement non
profméd_pn : profession médicale plutôt non
profméd_po : profession médicale plutôt oui
profméd_co : profession médicale certainement oui
profméd_o : profession médicale oui

gross_n : grossesses non

gross_cn : grossesses certainement non
 gross_pn : grossesses plutôt non
 gross_po : grossesses plutôt oui
 gross_co : grossesses certainement oui
 gross_o : grossesses oui

écout_n : écoute non
 écout_cn : écoute certainement non
 écout_pn : écoute plutôt non
 écout_po : écoute plutôt oui
 écout_co : écoute certainement oui
 écout_o : écoute oui

accouch_n : accouchements non
 accouch_cn : accouchements certainement non
 accouch_pn : accouchements plutôt non
 accouch_po : accouchements plutôt oui
 accouch_co : accouchements plutôt oui
 accouch_o : accouchements oui

contr_n : contraintes non
 contr_cn : contraintes certainement non
 contr_pn : contraintes plutôt non
 contr_po : contraintes plutôt oui
 contr_co : contraintes certainement oui
 contr_o : contraintes oui

équip_n : équipe non
 équip_cn : équipe certainement non
 équip_pn : équipe plutôt non
 équip_po : équipe plutôt oui
 équip_co : équipe certainement oui
 équip_o : équipe oui

pass_n : passionnée non
 pass_cn : passionnée certainement non
 pass_pn : passionnée plutôt non
 pass_po : passionnée plutôt oui
 pass_co : passionnée certainement oui
 pass_o : passionnée oui

Question 13

*sex_f : sexe femme

*sex_h : sexe homme

Question 14

niv_PACES : niveau Première Année Commune En Santé
 niv_DFGSMa2 : niveau Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques 2
 niv_DFGSMa3 : niveau Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques 3
 niv_DP1 : niveau 1^{ère} année de Deuxième Phase
 niv_DP2 : niveau 2^{ème} année de Deuxième Phase

Question 15

choix_dent : choix dentaire
choix_méd : choix médecine
choix_pharma : choix pharmacie
choix_sf : choix sage-femme
choix_pasdéter : choix pas déterminé
choix_kiné : choix kinésithérapeute

dent_n : pas de choix en dentaire
dent_o : choix dentaire
méd_n : pas de choix en médecine
méd_o : choix en médecine
pharma_n : pas de choix en pharmacie
pharma_o : choix en pharmacie
sf_n : pas de choix en sage-femme
sf_o : choix en sage-femme
kiné_n : pas de choix kinésithérapeute
kiné_o : choix kinésithérapeute
pasdéter_n : choix déterminé
pasdéter_o : choix pas encore déterminé

Question 16

perssant_n : pas de connaissance d'une personne exerçant une profession dans le domaine de la santé dans son entourage
perssant_o : connaissance d'une personne exerçant une profession dans le domaine de la santé dans son entourage

Question 17

act_n : pas de participation à des actions ou associations en lien avec la promotion de la formation de sage-femme
act_o : participation à des actions ou associations en lien avec la promotion de la formation de sage-femme

Nom

prés_n : pas de présence du nom du sujet d'enquête
prés_o : présence du nom du sujet d'enquête

Annexe IV Calendrier de réalisation de l'enquête

N°	SEMAINES	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
36	03/09 - 09/09					
37	10/09 - 16/09					
38	17/09 - 23/09					
39	24/09 - 30/09					
40	01/10 - 07/10		04/10/2012	04/10/2012		
41	08/10 - 14/10				08/10/2012	
42	15/10 - 21/10					
43	22/10 - 28/10	25/10/2012				23/10/2012
44	29/10 - 04/11					
45	05/11 - 11/11					
46	12/11 - 18/11					
47	19/11 - 25/11					
48	26/11 - 02/12					
49	03/12 - 09/12					
50	10/12 - 16/12					
51	17/12 - 23/12					
52	24/12 - 30/12					
01	31/12 - 06/01					
02	07/01 - 13/01					
03	14/01 - 20/01					
04	21/01 - 27/01					
05	28/01 - 03/02					
06	04/02 - 10/02					
07	11/02 - 17/02					
08	18/02 - 24/02					
09	25/02 - 03/03					
10	04/03 - 10/03					
11	11/03 - 17/03					
12	18/03 - 24/03					
13	25/03 - 31/03					
14	01/04 - 07/04					
15	08/04 - 14/04					
16	15/04 - 21/04					
08	22/04 - 28/04					
08	29/04 - 05/05					
19	06/05 - 12/05					
20	13/05 - 19/05					
21	20/05 - 26/05					
22	27/05 - 02/06					
23	03/06 - 09/06					
24	10/06 - 16/06					
25	17/06 - 23/06					
26	24/06 - 30/06					
27	01/07 - 07/07					
28	08/07 - 14/07					
29	15/07 - 21/07					
32	légende		STAGES	COURS	VACANCES	

Annexe V Chi²

1. Association libre profession de sage-femme

1.1 Niveau/accompagnement

p= 4.20093378718089e-08

Résultats

Chi= 40.0627799930227

p=4.20093378718089e-08

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	203	29	232
*niv_2	27	5	32
*niv_3	18	12	30
*niv_4	17	14	31
*niv_5	18	15	33
total	283	75	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	183.4	48.6	232
*niv_2	25.3	6.7	32
*niv_3	23.72	6.28	30
*niv_4	24.51	6.49	31
*niv_5	26.09	6.91	33
total	283	75	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	5.33	-5.33
*niv_2	0.78	-0.78
*niv_3	-2.68	2.68
*niv_4	-3.47	3.47
*niv_5	-3.63	3.63

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	87.5	12.5	100
*niv_2	84.38	15.62	100
*niv_3	60	40	100
*niv_4	54.84	45.16	100
*niv_5	54.55	45.45	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	71.73	38.67
*niv_2	9.54	6.67
*niv_3	6.36	16
*niv_4	6.01	18.67
*niv_5	6.36	20
total	100	100

1.2 Niveau/nouveau né

p=2.13927715959469e-05

Résultats

Chi=26.8423071947196

p=2.13927715959469e-05

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	81	151	232
*niv_2	19	13	32
*niv_3	18	12	30
*niv_4	23	8	31
*niv_5	18	15	33
total	159	199	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	103.04	128.96	232
*niv_2	14.21	17.79	32
*niv_3	13.32	16.68	30
*niv_4	13.77	17.23	31
*niv_5	14.66	18.34	33
total	159	199	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-4.91	4.91
*niv_2	1.79	-1.79
*niv_3	1.8	-1.8
*niv_4	3.49	-3.49
*niv_5	1.23	-1.23

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	34.91	65.09	100
*niv_2	59.38	40.62	100
*niv_3	60	40	100
*niv_4	74.19	25.81	100
*niv_5	54.55	45.45	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	50.94	75.88
*niv_2	11.95	6.53
*niv_3	11.32	6.03
*niv_4	14.47	4.02
*niv_5	11.32	7.54
total	100	100

1.3 Niveau/relationnel

p=1.16442671638151e-08

Résultats

Chi=42.7529228899973

p=1.16442671638151e-08

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	223	9	232
*niv_2	21	11	32
*niv_3	30	0	30
*niv_4	27	4	31
*niv_5	31	2	33
total	332	26	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	215.15	16.85	232
*niv_2	29.68	2.32	32
*niv_3	28.75	2.18	30
*niv_4	28.75	2.25	31
*niv_5	30.6	2.4	33
total	332	26	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	3.35	-3.35
*niv_2	-6.19	6.19
*niv_3	1.6	-1.6
*niv_4	-1.27	1.27
*niv_5	0.28	-0.28

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	96.12	3.88	100
*niv_2	65.62	34.38	100
*niv_3	100	0	100
*niv_4	87.1	12.9	100
*niv_5	93.94	6.06	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	67.17	34.62
*niv_2	6.33	42.31
*niv_3	9.04	0
*niv_4	8.13	15.38
*niv_5	9.34	7.69
total	100	100

1.4 Niveau/profession médicale

p=4.11843114204409e-05

Résultats

Chi=25.4320349468792

p=4.11843114204409e-05

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	219	13	232
*niv_2	29	3	32
*niv_3	24	6	30
*niv_4	21	10	31
*niv_5	29	4	33
total	322	36	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	208.67	23.33	232
*niv_2	28.78	3.22	32
*niv_3	26.98	3.02	30
*niv_4	27.88	3.12	31
*niv_5	29.68	3.32	33
total	322	36	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	3.8	-3.8
*niv_2	0.13	-0.13
*niv_3	-1.89	1.89
*niv_4	-4.3	4.3
*niv_5	-0.41	0.41

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	94.4	5.6	100
*niv_2	90.62	9.38	100
*niv_3	80	20	100
*niv_4	67.74	32.26	100
*niv_5	87.88	12.12	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	68.01	36.11
*niv_2	9.01	8.33
*niv_3	7.45	16.67
*niv_4	6.52	27.78
*niv_5	9.01	11.11
total	100	100

1.5 Niveau/responsabilité médicale

p=4.81319138805795e-07

Résultats

Chi=34.9249512483615

p=4.81319138805795e-07

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	221	11	232
*niv_2	25	7	32
*niv_3	20	10	30
*niv_4	23	8	31
*niv_5	29	4	33
total	318	40	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	206.08	25.92	232
*niv_2	28.42	3.58	32
*niv_3	26.65	3.35	30
*niv_4	27.54	3.46	31
*niv_5	29.31	3.69	33
total	318	40	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	5.24	-5.24
*niv_2	-2.01	2.01
*niv_3	-4.03	4.03
*niv_4	-2.71	2.71
*niv_5	-0.18	0.18

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	95.26	4.74	100
*niv_2	78.12	21.88	100
*niv_3	66.67	33.33	100
*niv_4	74.19	25.81	100
*niv_5	87.88	12.12	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	69.5	27.5
*niv_2	7.86	17.5
*niv_3	6.29	25
*niv_4	7.23	20
*niv_5	9.12	10
total	100	100

1.6 Niveau/autonomie

p=3.9650367655285e-06

Résultats

Chi=30.4490381000589

p=3.9650367655285e-06

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	231	1	232
*niv_2	32	0	32
*niv_3	30	0	30
*niv_4	31	0	31
*niv_5	29	4	33
total	353	5	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	228.76	3.24	232
*niv_2	31.55	0.45	32
*niv_3	29.58	0.42	30
*niv_4	30.57	0.43	31
*niv_5	32.54	0.46	33
total	353	5	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	2.11	-2.11
*niv_2	0.71	-0.71
*niv_3	0.68	-0.68
*niv_4	0.69	-0.69
*niv_5	-5.51	5.51

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	99.57	0.43	100
*niv_2	100	0	100
*niv_3	100	0	100
*niv_4	100	0	100
*niv_5	87.88	12.12	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	65.44	20
*niv_2	9.07	0
*niv_3	8.5	0
*niv_4	8.78	0
*niv_5	8.22	80
total	100	100

1.7 Niveau/stress

p=0.000116027103402687

Résultats

Chi=23.1899710058224

p=0.000116027103402687

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	228	4	232
*niv_2	30	2	32
*niv_3	29	1	30
*niv_4	25	6	31
*niv_5	32	1	33
total	344	14	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	222.93	9.07	232
*niv_2	30.75	1.25	32
*niv_3	28.83	1.17	30
*niv_4	29.79	1.21	31
*niv_5	31.71	1.29	33
total	344	14	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	2.9	-2.9
*niv_2	-0.72	0.72
*niv_3	0.17	-0.17
*niv_4	-4.64	4.64
*niv_5	0.27	-0.27

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	98.28	1.72	100
*niv_2	93.75	6.25	100
*niv_3	96.67	3.33	100
*niv_4	80.65	19.35	100
*niv_5	96.97	3.03	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	66.28	28.57
*niv_2	8.72	14.29
*niv_3	8.43	7.14
*niv_4	7.27	42.86
*niv_5	9.3	7.14
total	100	100

1.8 Niveau/vocation

p=0.0480591958295717

Résultats

Chi=9.58351516332229

p=0.0480591958295717

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	230	2	232
*niv_2	32	0	32
*niv_3	28	2	30
*niv_4	31	0	31
*niv_5	33	0	33
total	354	4	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	229.41	2.59	232
*niv_2	31.64	0.36	32
*niv_3	29.66	0.34	30
*niv_4	30.65	0.35	31
*niv_5	32.63	0.37	33
total	354	4	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	0.62	-0.62
*niv_2	0.63	-0.63
*niv_3	-3.02	3.02
*niv_4	0.62	-0.62
*niv_5	0.64	-0.64

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	99.14	0.86	100
*niv_2	100	0	100
*niv_3	93.33	6.67	100
*niv_4	100	0	100
*niv_5	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	64.97	50
*niv_2	9.04	0
*niv_3	7.91	50
*niv_4	8.76	0
*niv_5	9.32	0
total	100	100

1.9 Niveau/technicité

p=0.00178759947290532

Résultats

Chi=17.1746467608638

p=0.00178759947290532

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	232	0	232
*niv_2	32	0	32
*niv_3	28	2	30
*niv_4	29	2	31
*niv_5	31	2	33
total	352	6	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	228.11	3.89	232
*niv_2	31.46	0.54	32
*niv_3	29.5	0.5	30
*niv_4	30.48	0.52	31
*niv_5	32.45	0.55	33
total	352	6	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	3.35	-3.35
*niv_2	0.77	-0.77
*niv_3	-2.22	2.22
*niv_4	-2.17	2.17
*niv_5	-2.06	2.06

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	100	0	100
*niv_2	100	0	100
*niv_3	93.33	6.67	100
*niv_4	93.55	6.45	100
*niv_5	93.94	6.06	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	65.91	0
*niv_2	9.09	0
*niv_3	7.95	33.33
*niv_4	8.24	33.33
*niv_5	8.81	33.33
total	100	100

2. Association libre profession de médecin

2.1 Niveau/maladie

$p=1.58704142499231e-11$

Résultats

Chi=56.4843530970014

$p=1.58704142499231e-11$

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	189	43	232
*niv_2	24	8	32
*niv_3	15	15	30
*niv_4	10	21	31
*niv_5	13	20	33
total	251	107	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	162.66	69.34	232
*niv_2	22.44	9.56	32
*niv_3	21.03	8.97	30
*niv_4	21.73	9.27	31
*niv_5	23.14	9.86	33
total	251	107	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	6.37	-6.37
*niv_2	0.63	-0.63
*niv_3	-2.51	2.51
*niv_4	-4.82	4.82
*niv_5	-4.05	4.05

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	81.47	18.53	100
*niv_2	75	25	100
*niv_3	50	50	100
*niv_4	32.26	67.74	100
*niv_5	39.39	60.61	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	75.3	40.19
*niv_2	9.56	7.48
*niv_3	5.98	14.02
*niv_4	3.98	19.63
*niv_5	5.18	18.69
total	100	100

2.2 Niveau/responsabilité médicale

p=4.77854957918522e-05

Résultats

Chi=25.1111744035631

p=4.77854957918522e-05

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	204	28	232
*niv_2	19	13	32
*niv_3	20	10	30
*niv_4	22	9	31
*niv_5	23	10	33
total	288	70	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	186.64	45.36	232
*niv_2	25.74	6.26	32
*niv_3	24.13	5.87	30
*niv_4	24.94	5.87	31
*niv_5	26.55	6.45	33
total	288	70	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	4.84	-4.84
*niv_2	-3.15	3.15
*niv_3	-1.99	1.99
*niv_4	-1.39	1.39
*niv_5	-1.63	1.63

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	87.93	12.07	100
*niv_2	59.38	40.62	100
*niv_3	66.67	33.33	100
*niv_4	70.97	29.03	100
*niv_5	69.7	30.3	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	70.83	40
*niv_2	6.6	18.57
*niv_3	6.94	14.29
*niv_4	7.64	12.86
*niv_5	7.99	14.29
total	100	100

2.3 Niveau/soin

p=0.000111953087449458

Résultats

Chi=23.2676138970424

p=0.000111953087449458

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	141	91	232
*niv_2	23	9	32
*niv_3	26	4	30
*niv_4	25	6	31
*niv_5	31	2	33
total	246	112	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	159.42	72.58	232
*niv_2	21.99	10.01	32
*niv_3	20.61	9.39	30
*niv_4	21.3	9.7	31
*niv_5	22.68	10.32	33
total	246	112	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-4.4	4.4
*niv_2	0.4	-0.4
*niv_3	2.22	-2.22
*niv_4	1.5	-1.5
*niv_5	3.28	-3.28

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	60.78	39.22	100
*niv_2	71.88	28.12	100
*niv_3	86.67	13.33	100
*niv_4	80.65	19.35	100
*niv_5	93.94	6.06	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	57.32	81.25
*niv_2	9.35	8.04
*niv_3	10.57	3.57
*niv_4	10.16	5.36
*niv_5	12.6	1.79
total	100	100

2.4 Niveau/compétence

p=0.00168923854222958

Résultats

Chi=17.3009713196799

p=0.00168923854222958

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	195	37	232
*niv_2	30	2	32
*niv_3	25	5	30
*niv_4	19	12	31
*niv_5	22	11	33
total	291	67	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	188.58	43.42	232
*niv_2	26.01	5.99	32
*niv_3	24.39	5.61	30
*niv_4	25.2	5.8	31
*niv_5	26.82	6.18	33
total	291	67	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	1.82	-1.82
*niv_2	1.89	-1.89
*niv_3	0.3	-0.3
*niv_4	-2.99	2.99
*niv_5	-2.26	2.26

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	84.05	15.95	100
*niv_2	93.75	6.25	100
*niv_3	83.33	16.67	100
*niv_4	61.29	38.71	100
*niv_5	66.67	33.33	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	67.01	55.22
*niv_2	10.31	2.99
*niv_3	8.59	7.46
*niv_4	6.53	17.91
*niv_5	7.56	16.42
total	100	100

2.5 Niveau/hôpital

p=0.0252906897226732

Résultats

Chi=11.1160109132031

p=0.0252906897226732

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	198	34	232
*niv_2	29	3	32
*niv_3	29	1	30
*niv_4	31	0	31
*niv_5	32	1	33
total	319	39	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	206.73	25.27	232
*niv_2	28.51	3.49	32
*niv_3	26.73	3.27	30
*niv_4	27.62	3.38	31
*niv_5	29.41	3.59	33
total	319	39	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-3.1	3.1
*niv_2	0.29	-0.29
*niv_3	1.39	-1.39
*niv_4	2.04	-2.04
*niv_5	1.52	-1.52

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	85.34	14.66	100
*niv_2	90.62	9.38	100
*niv_3	96.67	3.33	100
*niv_4	100	0	100
*niv_5	96.97	3.03	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	62.07	87.18
*niv_2	9.09	7.69
*niv_3	9.09	2.56
*niv_4	9.72	0
*niv_5	10.03	2.56
total	100	100

2.6 Niveau/altruisme

p=0.000638593555908704

Résultats

Chi=19.4584250668122

p=0.000638593555908704

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	181	51	232
*niv_2	26	6	32
*niv_3	29	1	30
*niv_4	30	1	31
*niv_5	33	0	33
total	299	59	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	193.77	38.23	232
*niv_2	26.73	5.27	32
*niv_3	25.06	4.94	30
*niv_4	25.89	5.11	31
*niv_5	27.56	5.44	33
total	299	59	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-3.81	3.81
*niv_2	-0.36	0.36
*niv_3	2.03	-2.03
*niv_4	2.08	-2.08
*niv_5	2.68	-2.68

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	78.02	21.98	100
*niv_2	81.25	18.75	100
*niv_3	96.67	3.33	100
*niv_4	96.77	3.23	100
*niv_5	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	60.54	86.44
*niv_2	8.7	10.17
*niv_3	9.7	1.69
*niv_4	10.03	1.69
*niv_5	11.04	0
total	100	100

2.7 Niveau/hiérarchie

p=1.77976593146937e-10

Résultats

Chi=51.4707119120043

p=1.77976593146937e-10

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	232	0	232
*niv_2	26	6	32
*niv_3	23	7	30
*niv_4	26	5	31
*niv_5	32	1	33
total	339	19	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	219.69	12.31	232
*niv_2	30.3	1.7	32
*niv_3	28.41	1.59	30
*niv_4	29.35	1.65	31
*niv_5	31.25	1.75	33
total	339	19	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	6.08	-6.08
*niv_2	-3.55	3.55
*niv_3	-4.6	4.6
*niv_4	-2.81	2.81
*niv_5	0.61	-0.61

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	100	0	100
*niv_2	81.25	18.75	100
*niv_3	76.67	23.33	100
*niv_4	83.87	16.13	100
*niv_5	96.97	3.03	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	68.44	0
*niv_2	7.67	31.58
*niv_3	6.78	36.84
*niv_4	7.67	26.32
*niv_5	9.44	5.26
total	100	100

2.8 Niveau/malade

p=0.00665221336786848

Résultats

Chi=14.2106543245598

p=0.00665221336786848

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	163	69	232
*niv_2	24	8	32
*niv_3	25	5	30
*niv_4	29	2	31
*niv_5	30	3	33
total	271	87	358

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	175.62	56.38	232
*niv_2	24.22	7.78	32
*niv_3	22.71	7.29	30
*niv_4	23.47	7.53	31
*niv_5	24.98	8.02	33
total	271	87	358

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-3.26	3.26
*niv_2	-0.1	0.1
*niv_3	1.02	-1.02
*niv_4	2.42	-2.42
*niv_5	2.14	-2.14

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	70.26	29.74	100
*niv_2	75	25	100
*niv_3	83.33	16.67	100
*niv_4	93.55	6.45	100
*niv_5	90.91	9.09	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	60.15	79.31
*niv_2	8.86	9.2
*niv_3	9.23	5.75
*niv_4	10.7	2.3
*niv_5	11.07	3.45
total	100	100

3. Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme

3.1 Niveau/empathie

$p=2.08197739506592e-06$

Résultats

Chi=31.8202074861021

$p=2.08197739506592e-06$

Valeurs observées

Nom_col	emp_n	emp_o	total
*niv_1	169	62	231
*niv_2	15	17	32
*niv_3	15	15	30
*niv_4	13	18	31
*niv_5	12	21	33
total	224	133	357

Valeurs théoriques

Nom_col	emp_n	emp_o	total
*niv_1	144.94	86.06	231
*niv_2	20.08	11.92	32
*niv_3	18.82	11.18	30
*niv_4	19.45	11.55	31
*niv_5	20.71	12.29	33
total	224	133	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	emp_n	emp_o
*niv_1	5.51	-5.51
*niv_2	-1.95	1.95
*niv_3	-1.51	1.51
*niv_4	-2.51	2.51
*niv_5	-3.29	3.29

Pourcentages en ligne

Nom_col	emp_n	emp_o	total
*niv_1	73.16	26.84	100
*niv_2	46.88	53.12	100
*niv_3	50	50	100
*niv_4	41.94	58.06	100
*niv_5	36.36	63.64	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	emp_n	emp_o
*niv_1	75.45	46.62
*niv_2	6.7	12.78
*niv_3	6.7	11.28
*niv_4	5.8	13.53
*niv_5	5.36	15.79
total	100	100

3.2 Niveau/disponibilité

p=0.00184631732935831

Résultats

Chi=17.1024649114733

p=0.00184631732935831

Valeurs observées

Nom_col	qdispo_n	qdispo_o	total
*niv_1	167	64	231
*niv_2	17	15	32
*niv_3	14	16	30
*niv_4	17	14	31
*niv_5	16	17	33
total	231	126	357

Valeurs théoriques

Nom_col	qdispo_n	qdispo_o	total
*niv_1	149.47	81.53	231
*niv_2	20.71	11.29	32
*niv_3	19.41	10.59	30
*niv_4	20.06	10.94	31
*niv_5	21.35	11.65	33
total	231	126	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	qdispo_n	qdispo_o
*niv_1	4.06	-4.06
*niv_2	-1.44	1.44
*niv_3	-2.16	2.16
*niv_4	-1.2	1.2
*niv_5	-2.05	2.05

Pourcentages en ligne

Nom_col	qdispo_n	qdispo_o	total
*niv_1	72.29	27.71	100
*niv_2	53.12	46.88	100
*niv_3	46.67	53.33	100
*niv_4	54.84	45.16	100
*niv_5	48.48	51.52	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	qdispo_n	qdispo_o
*niv_1	72.29	50.79
*niv_2	7.36	11.9
*niv_3	6.06	12.7
*niv_4	7.36	11.11
*niv_5	6.93	13.49
total	100	100

3.3 Niveau/patience

p=0.0144824347014811

Résultats

Chi=12.4206680895486

p=0.0144824347014811

Valeurs observées

Nom_col	pat_n	pat_o	total
*niv_1	134	97	231
*niv_2	22	10	32
*niv_3	25	5	30
*niv_4	25	6	31
*niv_5	21	12	33
total	227	130	357

Valeurs théoriques

Nom_col	pat_n	pat_o	total
*niv_1	146.88	84.12	231
*niv_2	20.35	11.65	32
*niv_3	19.08	10.92	30
*niv_4	19.71	11.29	31
*niv_5	20.98	12.02	33
total	227	130	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	pat_n	pat_o
*niv_1	-2.96	2.96
*niv_2	0.64	-0.64
*niv_3	2.35	-2.35
*niv_4	2.07	-2.07
*niv_5	0.01	-0.01

Pourcentages en ligne

Nom_col	pat_n	pat_o	total
*niv_1	58.01	41.99	100
*niv_2	68.75	31.25	100
*niv_3	83.33	16.67	100
*niv_4	80.65	19.35	100
*niv_5	63.64	36.36	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	pat_n	pat_o
*niv_1	59.03	74.62
*niv_2	9.69	7.69
*niv_3	11.01	3.85
*niv_4	11.01	4.62
*niv_5	9.25	9.23
total	100	100

3.4 Niveau/amabilité

p=2.0498803896194e-05

Résultats

Chi=26.934030538285

p=2.0498803896194e-05

Valeurs observées

Nom_col	amab_n	amab_o	total
*niv_1	163	68	231
*niv_2	29	3	32
*niv_3	25	5	30
*niv_4	30	1	31
*niv_5	33	0	33
total	280	77	357

Valeurs théoriques

Nom_col	amab_n	amab_o	total
*niv_1	181.18	49.82	231
*niv_2	25.1	6.9	32
*niv_3	23.53	6.47	30
*niv_4	24.31	6.69	31
*niv_5	25.88	7.12	33
total	280	77	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	amab_n	amab_o
*niv_1	-4.89	4.89
*niv_2	1.76	-1.76
*niv_3	0.68	-0.68
*niv_4	2.6	-2.6
*niv_5	3.16	-3.16

Pourcentages en ligne

Nom_col	amab_n	amab_o	total
*niv_1	70.56	29.44	100
*niv_2	90.62	9.38	100
*niv_3	83.33	16.67	100
*niv_4	96.77	3.23	100
*niv_5	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	amab_n	amab_o
*niv_1	58.21	88.31
*niv_2	10.36	3.9
*niv_3	8.93	6.49
*niv_4	10.71	1.3
*niv_5	11.79	0
total	100	100

3.5 Niveau/vocation

p=2.44761611248941e-06

Résultats

Chi=31.4761650742513

p=2.44761611248941e-06

Valeurs observées

Nom_col	voc_n	voc_o	total
*niv_1	148	83	231
*niv_2	25	7	32
*niv_3	28	2	30
*niv_4	27	4	31
*niv_5	33	0	33
total	261	96	357

Valeurs théoriques

Nom_col	voc_n	voc_o	total
*niv_1	168.88	62.12	231
*niv_2	23.39	8.61	32
*niv_3	21.93	8.07	30
*niv_4	22.66	8.34	31
*niv_5	24.13	8.87	33
total	261	96	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	voc_n	voc_o
*niv_1	-5.22	5.22
*niv_2	0.67	-0.67
*niv_3	2.61	-2.61
*niv_4	1.84	-1.84
*niv_5	3.66	-3.66

Pourcentages en ligne

Nom_col	voc_n	voc_o	total
*niv_1	64.07	35.93	100
*niv_2	78.12	21.88	100
*niv_3	93.33	6.67	100
*niv_4	87.1	12.9	100
*niv_5	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	amab_n	amab_o
*niv_1	56.7	86.46
*niv_2	9.58	7.29
*niv_3	10.73	2.08
*niv_4	10.34	4.17
*niv_5	12.64	0
total	100	100

3.6 Niveau/don de soi

p=0.0469340008561698

Résultats

Chi=9.64075626401587

p=0.0469340008561698

Valeurs observées

Nom_col	don_n	don_o	total
*niv_1	177	54	231
*niv_2	27	5	32
*niv_3	29	1	30
*niv_4	27	4	31
*niv_5	29	4	33
total	289	68	357

Valeurs théoriques

Nom_col	don_n	don_o	total
*niv_1	187	44	231
*niv_2	25.9	6.1	32
*niv_3	24.29	5.71	30
*niv_4	25.1	5.9	31
*niv_5	26.71	6.29	33
total	289	68	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	don_n	don_o
*niv_1	-2.82	2.82
*niv_2	0.52	-0.52
*niv_3	2.29	-2.29
*niv_4	0.91	-0.91
*niv_5	1.06	-1.06

Pourcentages en ligne

Nom_col	don_n	don_o	total
*niv_1	76.62	23.38	100
*niv_2	84.38	15.62	100
*niv_3	96.67	3.33	100
*niv_4	87.1	12.9	100
*niv_5	87.88	12.12	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	don_n	don_o
*niv_1	61.25	79.41
*niv_2	9.34	7.35
*niv_3	10.03	1.47
*niv_4	9.34	5.88
*niv_5	10.03	5.88
total	100	100

3.7 Niveau/tolérance

p=0.00045016001607908

Résultats

Chi=20.2282483934297

p=0.00045016001607908

Valeurs observées

Nom_col	tolér_n	tolér_o	total
*niv_1	207	24	231
*niv_2	29	3	32
*niv_3	20	10	30
*niv_4	21	10	31
*niv_5	28	5	33
total	305	52	357

Valeurs théoriques

Nom_col	tolér_n	tolér_o	total
*niv_1	197.35	33.65	231
*niv_2	27.34	4.66	32
*niv_3	25.63	4.37	30
*niv_4	26.48	4.52	31
*niv_5	28.19	4.81	33
total	305	52	357

Contributions a posteriori

Nom_colresi	tolér_n	tolér_o
*niv_1	3.03	-3.03
*niv_2	0.87	-0.87
*niv_3	-3.04	3.04
*niv_4	-2.92	2.92
*niv_5	-0.1	0.1

Pourcentages en ligne

Nom_col	tolér_n	tolér_o	total
*niv_1	89.61	10.39	100
*niv_2	90.62	9.38	100
*niv_3	66.67	33.33	100
*niv_4	67.74	32.26	100
*niv_5	84.85	15.15	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	tolér_n	tolér_o
*niv_1	67.87	46.15
*niv_2	9.51	5.77
*niv_3	6.56	19.23
*niv_4	6.89	19.23
*niv_5	9.18	9.62
total	100	100

4. Les attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme

4.1 Niveau/manque empathie

p=0.0428376587907535

Résultats

Chi=9.86087060407841

p=0.0428376587907535

Valeurs observées

Nom_col	manqemp_n	manqemp_o	total
*niv_1	195	35	230
*niv_2	22	10	32
*niv_3	21	9	30
*niv_4	25	6	31
*niv_5	30	3	33
total	293	63	356

Valeurs théoriques

Nom_col	manqemp_n	manqemp_o	total
*niv_1	189.3	40.7	230
*niv_2	26.34	5.66	32
*niv_3	24.69	5.31	30
*niv_4	25.51	5.49	31
*niv_5	27.16	5.84	33
total	293	63	356

Contributions a posteriori

Nom_colresi	manqemp_n	manqemp_o
*niv_1	1.66	-1.66
*niv_2	-2.11	2.11
*niv_3	-1.85	1.85
*niv_4	-0.25	0.25
*niv_5	1.36	-1.36

Pourcentages en ligne

Nom_col	manqemp_n	manqemp_o	total
*niv_1	84.78	15.22	100
*niv_2	68.75	31.25	100
*niv_3	70	30	100
*niv_4	80.65	19.35	100
*niv_5	90.91	9.09	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	manqemp_n	manqemp_o
*niv_1	66.55	55.56
*niv_2	7.51	15.87
*niv_3	7.17	14.29
*niv_4	8.53	9.52
*niv_5	10.24	4.76
total	100	100

4.2 Niveau/indifférence

p=0.0367016076841295

Résultats

Chi=10.2316246391551

p=0.0367016076841295

Valeurs observées

Nom_col	indif_n	indif_o	total
*niv_1	167	63	230
*niv_2	28	4	32
*niv_3	28	2	30
*niv_4	24	7	31
*niv_5	28	5	33
total	275	81	356

Valeurs théoriques

Nom_col	indif_n	indif_o	total
*niv_1	177.67	52.33	230
*niv_2	24.72	7.28	32
*niv_3	23.17	6.83	30
*niv_4	23.95	7.05	31
*niv_5	25.49	7.51	33
total	275	81	356

Contributions a posteriori

Nom_colresi	indif_n	indif_o
*niv_1	-2.82	2.82
*niv_2	1.45	-1.45
*niv_3	2.2	-2.2
*niv_4	0.02	-0.02
*niv_5	1.09	-1.09

Pourcentages en ligne

Nom_col	indif_n	indif_o	total
*niv_1	72.61	27.39	100
*niv_2	87.5	12.5	100
*niv_3	93.33	6.67	100
*niv_4	77.42	22.58	100
*niv_5	84.85	15.15	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	indif_n	indif_o
*niv_1	60.73	77.78
*niv_2	10.18	4.94
*niv_3	10.18	2.47
*niv_4	8.73	8.64
*niv_5	10.18	6.17
total	100	100

4.3 Niveau/impatience

p=0.0216679254581473

Résultats

Chi=11.4799580248142

p=0.0216679254581473

Valeurs observées

Nom_col	impat_n	impat_o	total
*niv_1	177	53	230
*niv_2	28	4	32
*niv_3	28	2	30
*niv_4	30	1	31
*niv_5	26	7	33
total	289	67	356

Valeurs théoriques

Nom_col	impat_n	impat_o	total
*niv_1	186.71	43.29	230
*niv_2	25.98	6.02	32
*niv_3	24.35	5.65	30
*niv_4	25.17	5.83	31
*niv_5	26.79	6.21	33
total	289	67	356

Contributions a posteriori

Nom_colresi	impat_n	impat_o
*niv_1	-2.75	2.75
*niv_2	0.96	-0.96
*niv_3	1.78	-1.78
*niv_4	2.32	-2.32
*niv_5	-0.37	0.37

Pourcentages en ligne

Nom_col	impat_n	impat_o	total
*niv_1	76.96	23.04	100
*niv_2	87.5	12.5	100
*niv_3	93.33	6.67	100
*niv_4	96.77	3.23	100
*niv_5	78.79	21.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	impat_n	impat_o
*niv_1	61.25	79.1
*niv_2	9.69	5.97
*niv_3	9.69	2.99
*niv_4	10.38	1.49
*niv_5	9	10.45
total	100	100

4.4 Niveau/jugement

p=0.00413502574392803

Résultats

Chi=15.2905492165613

p=0.00413502574392803

Valeurs observées

Nom_col	jug_n	jug_o	total
*niv_1	155	75	230
*niv_2	17	15	32
*niv_3	13	17	30
*niv_4	13	18	31
*niv_5	24	9	33
total	222	134	356

Valeurs théoriques

Nom_col	jug_n	jug_o	total
*niv_1	143.43	86.57	230
*niv_2	19.96	12.04	32
*niv_3	18.71	11.29	30
*niv_4	19.33	11.67	31
*niv_5	20.58	12.42	33
total	222	134	356

Contributions a posteriori

Nom_colresi	jug_n	jug_o
*niv_1	2.65	-2.65
*niv_2	-1.13	1.13
*niv_3	-2.25	2.25
*niv_4	-2.46	2.46
*niv_5	1.29	-1.29

Pourcentages en ligne

Nom_col	jug_n	jug_o	total
*niv_1	67.39	32.61	100
*niv_2	53.12	46.88	100
*niv_3	43.33	56.67	100
*niv_4	41.94	58.06	100
*niv_5	72.73	27.27	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	jug_n	jug_o
*niv_1	69.82	55.97
*niv_2	7.66	11.19
*niv_3	5.86	12.69
*niv_4	5.86	13.43
*niv_5	10.81	6.72
total	100	100

5. Les affirmations sur les ancrages de la représentation

5.1 Niveau/La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans la société

p=7.16799377232468e-05

Résultats

Chi=24.2344519704433

p=7.16799377232468e-05

Valeurs observées

Nom_col	soc_dac	soc_pdac	total
*niv_1	124	51	175
*niv_2	25	4	29
*niv_3	27	2	29
*niv_4	30	0	30
*niv_5	30	2	32
total	236	59	295

Valeurs théoriques

Nom_col	soc_dac	soc_pdac	total
*niv_1	140	35	175
*niv_2	23.2	5.8	29
*niv_3	23.2	5.8	29
*niv_4	24	6	30
*niv_5	25.6	6.4	32
total	236	59	295

Contributions a posteriori

Nom_colresi	soc_dac	soc_pdac
*niv_1	-4.74	4.74
*niv_2	0.88	-0.88
*niv_3	1.86	-1.86
*niv_4	2.89	-2.89
*niv_5	2.06	-2.06

Pourcentages en ligne

Nom_col	soc_dac	soc_pdac	total
*niv_1	70.86	29.14	100
*niv_2	86.21	13.79	100
*niv_3	93.1	6.9	100
*niv_4	100	0	100
*niv_5	93.75	6.25	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	soc_dac	soc_pdac
*niv_1	52.54	86.44
*niv_2	10.59	6.78
*niv_3	11.44	3.39
*niv_4	12.71	0
*niv_5	12.71	3.39
total	100	100

5.2 Niveau/La profession de sage-femme est porteuse de nombreuses traditions transgénérationnelles

p= 0.0434501510253773

Résultats

Chi=9.8267083239118

p= 0.0434501510253773

Valeurs observées

Nom_col	trad_dac	trad_pdac	total
*niv_1	120	44	164
*niv_2	23	2	25
*niv_3	20	5	25
*niv_4	18	9	27
*niv_5	17	13	30
total	198	73	271

Valeurs théoriques

Nom_col	trad_dac	trad_pdac	total
*niv_1	119.82	44.18	164
*niv_2	18.27	6.73	25
*niv_3	18.27	6.73	25
*niv_4	19.73	7.27	27
*niv_5	21.92	8.08	30
total	198	73	271

Contributions a posteriori

Nom_colresi	trad_dac	trad_pdac
*niv_1	0.05	-0.05
*niv_2	2.24	-2.24
*niv_3	0.82	-0.82
*niv_4	-0.79	0.79
*niv_5	-2.15	2.15

Pourcentages en ligne

Nom_col	trad_dac	trad_pdac	total
*niv_1	73.17	26.83	100
*niv_2	92	8	100
*niv_3	80	20	100
*niv_4	66.67	33.33	100
*niv_5	56.67	43.33	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	trad_dac	trad_pdac
*niv_1	60.61	60.27
*niv_2	11.62	2.74
*niv_3	10.1	6.85
*niv_4	9.09	12.33
*niv_5	8.59	17.81
total	100	100

5.3 Niveau/La profession de sage-femme va prendre une place plus importante dans le système de santé français

p= 9.12088795352859e-05

Résultats

Chi= 23.7123663583335

p= 9.12088795352859e-05

Valeurs observées

Nom_col	sant_dac	sant_pdac	total
*niv_1	109	45	154
*niv_2	23	5	28
*niv_3	27	1	28
*niv_4	28	1	29
*niv_5	30	1	31
total	217	53	270

Valeurs théoriques

Nom_col	sant_dac	sant_pdac	total
*niv_1	123.77	30.23	154
*niv_2	22.5	5.5	28
*niv_3	22.5	2.5	28
*niv_4	23.31	5.69	29
*niv_5	24.91	6.09	31
total	217	53	270

Contributions a posteriori

Nom_colresi	sant_dac	sant_pdac
*niv_1	-4.57	4.57
*niv_2	0.25	-0.25
*niv_3	2.26	-2.26
*niv_4	2.32	-2.32
*niv_5	2.44	-2.44

Pourcentages en ligne

Nom_col	sant_dac	sant_pdac	total
*niv_1	70.78	29.22	100
*niv_2	82.14	17.86	100
*niv_3	96.43	3.57	100
*niv_4	96.55	3.45	100
*niv_5	96.77	3.23	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	sant_dac	sant_pdac
*niv_1	50.23	84.91
*niv_2	10.6	9.43
*niv_3	12.44	1.89
*niv_4	12.9	1.89
*niv_5	13.82	1.89
total	100	100

5.4 Niveau/La profession de sage-femme permet d'avoir une situation professionnelle stable

p=0.00222301709873932

Résultats

Chi=16.6871587205338

p=0.00222301709873932

Valeurs observées

Nom_col	sit_dac	sit_pdac	total
*niv_1	152	35	187
*niv_2	24	3	27
*niv_3	19	7	26
*niv_4	15	12	27
*niv_5	17	12	29
total	227	69	296

Valeurs théoriques

Nom_col	sit_dac	sit_pdac	total
*niv_1	143.41	43.59	187
*niv_2	20.71	6.29	27
*niv_3	19.94	6.06	26
*niv_4	20.71	6.29	27
*niv_5	22.24	6.76	29
total	227	69	296

Contributions a posteriori

Nom_colresi	sit_dac	sit_pdac
*niv_1	2.45	-2.45
*niv_2	1.57	-1.57
*niv_3	-0.46	0.46
*niv_4	-2.72	2.72
*niv_5	-2.42	2.42

Pourcentages en ligne

Nom_col	sit_dac	sit_pdac	total
*niv_1	81.28	18.72	100
*niv_2	88.89	11.11	100
*niv_3	73.08	26.92	100
*niv_4	55.56	44.44	100
*niv_5	58.62	41.38	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	sit_dac	sit_pdac
*niv_1	66.96	50.72
*niv_2	10.57	4.35
*niv_3	8.37	10.14
*niv_4	6.61	17.39
*niv_5	7.49	17.39
total	100	100

6. Test d'indépendance au contexte

6.1 Niveau/accompagnement

$p=2.16927346437638e-07$

Résultats

Chi=36.6080330666057

$p=2.16927346437638e-07$

Valeurs observées

Nom_col	accomp_n	accomp_o	total
*niv_1	33	195	228
*niv_2	13	19	32
*niv_3	11	19	30
*niv_4	15	16	31
*niv_5	15	18	33
total	87	267	354

Valeurs théoriques

Nom_col	accomp_n	accomp_o	total
*niv_1	56.03	171.97	228
*niv_2	7.86	24.14	32
*niv_3	7.37	22.63	30
*niv_4	7.62	23.38	31
*niv_5	8.11	24.89	33
total	87	267	354

Contributions a posteriori

Nom_colresi	accomp_n	accomp_o
*niv_1	-5.94	5.94
*niv_2	2.21	-2.21
*niv_3	1.61	-1.61
*niv_4	3.22	-3.22
*niv_5	2.93	-2.93

Pourcentages en ligne

Nom_col	accomp_n	accomp_o	total
*niv_1	14.47	85.53	100
*niv_2	40.62	59.38	100
*niv_3	36.67	63.33	100
*niv_4	48.39	51.61	100
*niv_5	45.45	54.55	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	accomp_n	accomp_o
*niv_1	37.93	73.03
*niv_2	14.94	7.12
*niv_3	12.64	7.12
*niv_4	17.24	5.99
*niv_5	17.24	6.74
total	100	100

6.2 Niveau/Naissance

p=1.27847339251646e-15

Résultats

Chi=75.911060882649

p=1.27847339251646e-15

Valeurs observées

Nom_col	naiss_n	naiss_o	total
*niv_1	47	182	229
*niv_2	24	8	32
*niv_3	18	12	30
*niv_4	20	11	31
*niv_5	22	11	33
total	131	224	355

Valeurs théoriques

Nom_col	naiss_n	naiss_o	total
*niv_1	84.5	144.5	229
*niv_2	11.81	20.19	32
*niv_3	11.07	18.93	30
*niv_4	11.44	19.56	31
*niv_5	12.18	20.82	33
total	131	224	355

Contributions a posteriori

Nom_colresi	naiss_n	naiss_o
*niv_1	-8.62	8.62
*niv_2	4.68	-4.68
*niv_3	2.74	-2.74
*niv_4	3.34	-3.34
*niv_5	3.72	-3.72

Pourcentages en ligne

Nom_col	naiss_n	naiss_o	total
*niv_1	20.52	79.48	100
*niv_2	75	25	100
*niv_3	60	40	100
*niv_4	64.52	35.48	100
*niv_5	66.67	33.33	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	naiss_n	naiss_o
*niv_1	35.08	81.25
*niv_2	18.32	3.57
*niv_3	13.74	5.36
*niv_4	15.27	4.91
*niv_5	16.79	4.91
total	100	100

6.3 Niveau/disponible

p=0.0023398533030652

Résultats

Chi=16.5723920873982

p=0.0023398533030652

Valeurs observées

Nom_col	dispo_n	dispo_o	total
*niv_1	41	181	222
*niv_2	9	21	30
*niv_3	3	27	30
*niv_4	9	22	31
*niv_5	15	18	33
total	77	269	346

Valeurs théoriques

Nom_col	dispo_n	dispo_o	total
*niv_1	49.4	172.6	222
*niv_2	6.68	23.32	30
*niv_3	6.68	23.32	30
*niv_4	6.9	24.1	31
*niv_5	7.34	25.66	33
total	77	269	346

Contributions a posteriori

Nom_colresi	dispo_n	dispo_o
*niv_1	-2.27	2.27
*niv_2	1.07	-1.07
*niv_3	-1.69	1.69
*niv_4	0.95	-0.95
*niv_5	3.37	-3.37

Pourcentages en ligne

Nom_col	dispo_n	dispo_o	total
*niv_1	18.47	81.53	100
*niv_2	30	70	100
*niv_3	10	90	100
*niv_4	29.03	70.97	100
*niv_5	45.45	54.55	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	dispo_n	dispo_o
*niv_1	53.25	67.29
*niv_2	11.69	7.81
*niv_3	3.9	10.04
*niv_4	11.69	8.18
*niv_5	19.48	6.69
total	100	100

6.4 Niveau/plus beau métier au monde

p=0.00675692551272182

Résultats

Chi=14.1750158795018

p=0.00675692551272182

Valeurs observées

Nom_col	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o	total
*niv_1	115	105	220
*niv_2	9	23	32
*niv_3	9	19	28
*niv_4	19	12	31
*niv_5	21	12	33
total	173	171	344

Valeurs théoriques

Nom_col	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o	total
*niv_1	110.64	109.36	220
*niv_2	16.09	15.91	32
*niv_3	14.08	13.92	28
*niv_4	15.59	15.41	31
*niv_5	16.6	16.4	33
total	173	171	344

Contributions a posteriori

Nom_colresi	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o
*niv_1	0.98	-0.98
*niv_2	-2.63	2.63
*niv_3	-2	2
*niv_4	1.28	-1.28
*niv_5	1.61	-1.61

Pourcentages en ligne

Nom_col	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o	total
*niv_1	52.27	47.73	100
*niv_2	28.12	71.88	100
*niv_3	32.14	67.86	100
*niv_4	61.29	38.71	100
*niv_5	63.64	36.36	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o
*niv_1	66.47	61.4
*niv_2	5.2	13.45
*niv_3	5.2	11.11
*niv_4	10.98	7.02
*niv_5	12.14	7.02
total	100	100

6.5 Niveau/nouveau-né

p=2.16372526932419e-16

Résultats

Chi=79.5553291697449

p=2.16372526932419e-16

Valeurs observées

Nom_col	nné_n	nné_o	total
*niv_1	53	177	230
*niv_2	25	6	31
*niv_3	18	11	29
*niv_4	21	10	31
*niv_5	24	9	33
total	141	213	354

Valeurs théoriques

Nom_col	nné_n	nné_o	total
*niv_1	91.61	138.39	230
*niv_2	12.35	18.65	31
*niv_3	11.55	17.45	29
*niv_4	12.35	18.65	31
*niv_5	13.14	19.86	33
total	141	213	354

Contributions a posteriori

Nom_colresi	nné_n	nné_o
*niv_1	-8.79	8.79
*niv_2	4.86	-4.86
*niv_3	2.55	-2.55
*niv_4	3.32	-3.23
*niv_5	4.05	-4.05

Pourcentages en ligne

Nom_col	nné_n	nné_o	total
*niv_1	23.04	76.96	100
*niv_2	80.65	19.35	100
*niv_3	62.07	37.93	100
*niv_4	67.74	32.26	100
*niv_5	72.73	27.27	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	nné_n	nné_o
*niv_1	37.59	83.1
*niv_2	17.73	2.82
*niv_3	12.77	5.16
*niv_4	14.89	4.69
*niv_5	17.02	4.23
total	100	100

6.6 Niveau/grossesse

p=1.62846579334031e-09

Résultats

Chi=46.863001626048

p=1.62846579334031e-09

Valeurs observées

Nom_col	gross_n	gross_o	total
*niv_1	35	190	225
*niv_2	11	21	32
*niv_3	14	16	30
*niv_4	12	19	31
*niv_5	21	12	33
total	93	258	351

Valeurs théoriques

Nom_col	gross_n	gross_o	total
*niv_1	59.62	165.38	225
*niv_2	8.48	23.52	32
*niv_3	7.95	22.05	30
*niv_4	8.21	22.79	31
*niv_5	8.74	24.26	33
total	93	258	351

Contributions a posteriori

Nom_colresi	gross_n	gross_o
*niv_1	-6.21	6.21
*niv_2	1.06	-1.06
*niv_3	2.62	-2.62
*niv_4	1.61	-1.61
*niv_5	5.08	-5.08

Pourcentages en ligne

Nom_col	gross_n	gross_o	total
*niv_1	15.56	84.44	100
*niv_2	34.38	65.62	100
*niv_3	46.67	53.33	100
*niv_4	38.71	61.29	100
*niv_5	63.64	36.36	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	gross_n	gross_o
*niv_1	37.63	73.64
*niv_2	11.83	8.14
*niv_3	15.05	6.2
*niv_4	12.9	7.36
*niv_5	22.58	4.65
total	100	100

6.7 Niveau/accouchement

p=5.07795485234839e-20

Résultats

Chi=96.6504579225198

p=5.07795485234839e-20

Valeurs observées

Nom_col	accouch_n	accouch_o	total
*niv_1	32	197	229
*niv_2	19	12	31
*niv_3	19	10	29
*niv_4	18	13	31
*niv_5	24	9	33
total	112	241	353

Valeurs théoriques

Nom_col	accouch_n	accouch_o	total
*niv_1	72.66	156.34	229
*niv_2	9.84	21.16	31
*niv_3	9.2	19.8	29
*niv_4	9.84	21.16	31
*niv_5	10.47	22.53	33
total	112	241	353

Contributions a posteriori

Nom_colresi	accouch_n	accouch_o
*niv_1	-9.74	9.74
*niv_2	3.7	-3.7
*niv_3	4.08	-4.08
*niv_4	3.3	-3.3
*niv_5	5.31	-5.31

Pourcentages en ligne

Nom_col	accouch_n	accouch_o	total
*niv_1	13.97	86.03	100
*niv_2	61.29	38.71	100
*niv_3	65.52	34.48	100
*niv_4	58.06	41.94	100
*niv_5	72.73	27.27	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	accouch_n	accouch_o
*niv_1	28.57	81.74
*niv_2	16.96	4.98
*niv_3	16.96	4.15
*niv_4	16.07	5.39
*niv_5	21.43	3.73
total	100	100

6.8 Niveau/passion

p=2.75172810108359e-08

Résultats

Chi=40.9507155123301

p=2.75172810108359e-08

Valeurs observées

Nom_col	pass_n	pass_o	total
*niv_1	18	208	226
*niv_2	4	28	32
*niv_3	6	22	28
*niv_4	14	17	31
*niv_5	11	21	32
total	53	296	349

Valeurs théoriques

Nom_col	pass_n	pass_o	total
*niv_1	34.32	191.68	226
*niv_2	4.86	27.14	32
*niv_3	4.25	23.75	28
*niv_4	4.71	26.29	31
*niv_5	4.86	27.14	32
total	53	296	349

Contributions a posteriori

Nom_colresi	pass_n	pass_o
*niv_1	-5.1	5.1
*niv_2	-0.44	0.44
*niv_3	0.96	-0.96
*niv_4	4.87	-4.87
*niv_5	3.17	-3.17

Pourcentages en ligne

Nom_col	pass_n	pass_o	total
*niv_1	7.96	92.04	100
*niv_2	12.5	87.5	100
*niv_3	21.43	78.57	100
*niv_4	45.16	54.84	100
*niv_5	34.38	65.62	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	pass_n	pass_o
*niv_1	33.96	70.27
*niv_2	7.55	9.46
*niv_3	11.32	7.43
*niv_4	26.42	5.74
*niv_5	20.75	7.09
total	100	100

7. Niveau/sexe

p=2.57068633731449e-08

Résultats

Chi=41.0934639603524

p=2.57068633731449e-08

Valeurs observées

Nom_col	*sex_f	*sex_h	total
*niv_1	158	72	230
*niv_2	31	1	32
*niv_3	29	1	30
*niv_4	31	0	31
*niv_5	32	1	33
total	281	75	356

Valeurs théoriques

Nom_col	*sex_f	*sex_h	total
*niv_1	181.54	48.46	230
*niv_2	25.26	6.74	32
*niv_3	23.68	6.74	30
*niv_4	24.47	6.53	31
*niv_5	26.05	6.95	33
total	281	75	356

Contributions a posteriori

Nom_colresi	*sex_f	*sex_h
*niv_1	-6.4	6.4
*niv_2	2.61	-2.61
*niv_3	2.49	-2.49
*niv_4	3.01	-3.01
*niv_5	2.67	-2.67

Pourcentages en ligne

Nom_col	*sex_f	*sex_h	total
*niv_1	68.7	31.3	100
*niv_2	96.88	3.12	100
*niv_3	96.67	3.33	100
*niv_4	100	0	100
*niv_5	96.97	3.03	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	*sex_f	*sex_h
*niv_1	56.23	96
*niv_2	11.03	1.33
*niv_3	10.32	1.33
*niv_4	11.03	0
*niv_5	11.39	1.33
total	100	100

8. Niveau/actions pour la promotion de la profession de sage-femme

p=1.18316668465808e-38

Résultats

Chi=183.722288729607

p=1.18316668465808e-38

Valeurs observées

Nom_col	*act_n	*act_o	total
*niv_1	196	30	226
*niv_2	26	6	32
*niv_3	4	26	30
*niv_4	2	29	31
*niv_5	2	31	33
total	230	122	352

Valeurs théoriques

Nom_col	*act_n	*act_o	total
*niv_1	147.67	78.33	226
*niv_2	20.91	11.09	32
*niv_3	19.6	10.4	30
*niv_4	20.26	10.74	31
*niv_5	21.56	11.44	33
total	230	122	352

Contributions a posteriori

Nom_colresi	*act_n	*act_o
*niv_1	11.29	-11.29
*niv_2	1.98	-1.98
*niv_3	-6.26	6.26
*niv_4	-7.21	7.21
*niv_5	-7.52	7.52

Pourcentages en ligne

Nom_col	*act_n	*act_o	total
*niv_1	86.73	13.27	100
*niv_2	81.25	18.75	100
*niv_3	13.33	86.67	100
*niv_4	6.45	93.55	100
*niv_5	6.06	93.94	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	*act_n	*act_o
*niv_1	85.22	24.59
*niv_2	11.3	4.92
*niv_3	1.74	21.31
*niv_4	0.87	23.77
*niv_5	0.87	25.41
total	100	100

9. Choix initial

9.1 Niveau/choix médecine

$p=1.1060589388504e-06$

Résultats

Chi=33.1631157411791

$p=1.1060589388504e-06$

Valeurs observées

Nom_col	méd_n	méd_o	total
*niv_1	82	145	227
*niv_2	22	10	32
*niv_3	17	13	30
*niv_4	24	7	31
*niv_5	21	12	33
total	166	187	353

Valeurs théoriques

Nom_col	méd_n	méd_o	total
*niv_1	106.75	120.25	227
*niv_2	15.05	16.95	32
*niv_3	14.11	15.89	30
*niv_4	14.58	16.42	31
*niv_5	15.52	17.48	33
total	166	187	353

Contributions a posteriori

Nom_colresi	méd_n	méd_o
*niv_1	-5.51	5.51
*niv_2	2.58	-2.58
*niv_3	1.11	-1.11
*niv_4	3.55	-3.55
*niv_5	2.01	-2.01

Pourcentages en ligne

Nom_col	méd_n	méd_o	total
*niv_1	36.12	63.88	100
*niv_2	68.75	31.25	100
*niv_3	56.67	43.33	100
*niv_4	77.42	22.58	100
*niv_5	63.64	36.36	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	méd_n	méd_o
*niv_1	49.4	77.54
*niv_2	13.25	5.35
*niv_3	10.24	6.95
*niv_4	14.46	3.74
*niv_5	12.65	6.42
total	100	100

9.2 Niveau/choix sage-femme

p=5.04672841111946e-05

Résultats

Chi=24.9932498384137

p=5.04672841111946e-05

Valeurs observées

Nom_col	sf_n	sf_o	total
*niv_1	103	124	227
*niv_2	9	23	32
*niv_3	3	27	30
*niv_4	9	22	31
*niv_5	5	28	33
total	129	224	353

Valeurs théoriques

Nom_col	sf_n	sf_o	total
*niv_1	82.95	144.05	227
*niv_2	11.69	20.31	32
*niv_3	10.96	19.04	30
*niv_4	11.33	19.67	31
*niv_5	12.06	20.94	33
total	129	224	353

Contributions a posteriori

Nom_colresi	sf_n	sf_o
*niv_1	4.62	-4.62
*niv_2	-1.04	1.04
*niv_3	-3.16	3.16
*niv_4	-0.91	0.91
*niv_5	-2.68	2.68

Pourcentages en ligne

Nom_col	sf_n	sf_o	total
*niv_1	45.37	54.63	100
*niv_2	28.12	71.88	100
*niv_3	10	90	100
*niv_4	29.03	70.97	100
*niv_5	15.15	84.85	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	sf_n	sf_o
*niv_1	79.84	55.36
*niv_2	6.98	10.27
*niv_3	2.33	12.05
*niv_4	6.98	9.82
*niv_5	3.88	12.5
total	100	100

10. Association libre profession de sage-femme : comparaison étudiants 5 années de formation et sages-femmes

10.1 Compétence

p=0.0113254038801922

Résultats

Chi=6.41353008154059

p=0.0113254038801922

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	340	18	358
*gpe_sf	107	15	122
total	447	33	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	333.39	24.61	358
*gpe_sf	113.61	8.39	122
total	447	33	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	2.74	-2.74
*gpe_sf	-2.74	2.74

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	94.97	5.03	100
*gpe_sf	87.7	12.3	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	76.06	54.55
*gpe_sf	23.94	45.45
total	100	100

10.2 Hôpital

$p=0.000245818704883394$

Résultats

Chi=13.4437885587258

$p=0.000245818704883394$

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	318	40	358
*gpe_sf	122	0	122
total	440	40	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	328.17	29.83	358
*gpe_sf	111.83	10.17	122
total	440	40	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-3.86	3.86
*gpe_sf	3.86	-3.86

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	88.83	11.17	100
*gpe_sf	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	72.27	100
*gpe_sf	27.73	0
total	100	100

10.3 Ecoute

p=0.00146265201000998

Résultats

Chi=10.125081374555

p=0.00146265201000998

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	339	19	358
*gpe_sf	104	18	122
total	443	37	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	330.4	27.6	358
*gpe_sf	112.6	9.4	122
total	443	37	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.38	-3.38
*gpe_sf	-3.38	3.38

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	94.69	5.31	100
*gpe_sf	85.25	14.75	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	76.52	51.35
*gpe_sf	23.48	48.65
total	100	100

10.4 Travail

p=0.049199678163432

Résultats

Chi=3.86852717091966

p=0.049199678163432

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	338	20	358
*gpe_sf	121	1	122
total	459	21	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	342.34	15.66	358
*gpe_sf	116.66	5.34	122
total	459	21	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.22	2.22
*gpe_sf	2.22	-2.22

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	94.41	5.59	100
*gpe_sf	99.18	0.82	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	73.64	95.24
*gpe_sf	26.36	4.76
total	100	100

10.5 Plus beau métier au monde

p=0.000156559568682756

Résultats

Chi=14.2916289154284

p=0.000156559568682756

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	338	20	358
*gpe_sf	101	21	122
total	439	41	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	327.42	30.58	358
*gpe_sf	111.58	10.42	122
total	439	41	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.97	-3.97
*gpe_sf	-3.97	3.97

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	94.41	5.59	100
*gpe_sf	82.79	17.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	76.99	48.78
*gpe_sf	23.01	51.22
total	100	100

10.6 Accompagnement

p=7.11529724557192e-08

Résultats

Chi=29.0330765646492

p=7.11529724557192e-08

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	283	75	358
*gpe_sf	65	57	122
total	348	132	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	259.55	98.45	358
*gpe_sf	88.45	33.55	122
total	348	132	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	5.51	-5.51
*gpe_sf	-5.51	5.51

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	79.05	20.95	100
*gpe_sf	53.28	46.72	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	81.32	56.82
*gpe_sf	18.68	43.18
total	100	100

10.7 Disponibilité

p=1.05784309108703e-08

Résultats

Chi=32.7319454203515

p=1.05784309108703e-08

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	354	4	358
*gpe_sf	105	17	122
total	459	21	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	342.34	15.66	358
*gpe_sf	116.66	5.34	122
total	459	21	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	5.98	-5.98
*gpe_sf	-5.98	5.98

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	98.88	1.12	100
*gpe_sf	86.07	13.93	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	77.12	19.05
*gpe_sf	22.88	80.95
total	100	100

10.8 Accouchement

p=1.15501622967331e-10

Résultats

Chi=41.5396964572308

p=1.15501622967331e-10

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	150	208	358
*gpe_sf	93	29	122
total	243	237	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	181.24	176.76	358
*gpe_sf	61.76	60.24	122
total	243	237	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-6.55	6.55
*gpe_sf	6.55	-6.55

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	41.9	58.1	100
*gpe_sf	76.23	23.77	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	61.73	87.76
*gpe_sf	38.27	12.24
total	100	100

10.9 Partage

p=0.0295829803261188

Résultats

Chi=4.73336344954831

p=0.0295829803261188

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	326	32	358
*gpe_sf	119	3	122
total	445	35	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	331.9	26.1	358
*gpe_sf	113.1	8.9	122
total	445	35	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.38	2.38
*gpe_sf	2.38	-2.38

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	91.06	8.94	100
*gpe_sf	97.54	2.46	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	73.26	91.43
*gpe_sf	26.74	8.57
total	100	100

10.10 Maternité

p=0.0117579248316282

Résultats

Chi=6.34701088514735

p=0.0117579248316282

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	304	54	358
*gpe_sf	115	7	122
total	419	61	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	312.5	45.5	358
*gpe_sf	106.5	15.5	122
total	419	61	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.68	2.68
*gpe_sf	2.68	-2.68

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	84.92	15.08	100
*gpe_sf	94.26	5.74	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	72.55	88.52
*gpe_sf	27.45	11.48
total	100	100

10.11 Responsabilité médicale

p=1.32538531326421e-06

Résultats

Chi=23.3860161210238

p=1.32538531326421e-06

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	318	40	358
*gpe_sf	85	37	122
total	403	77	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	300.57	57.43	358
*gpe_sf	102.43	19.57	122
total	403	77	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	4.98	-4.98
*gpe_sf	-4.98	4.98

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	88.83	11.17	100
*gpe_sf	69.67	30.33	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	78.91	51.95
*gpe_sf	21.09	48.05
total	100	100

10.12 Grossesse

p=0.0400791116479642

Résultats

Chi=4.21453239224105

p=0.0400791116479642

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	268	90	358
*gpe_sf	103	19	122
total	371	109	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	276.7	81.3	358
*gpe_sf	94.3	27.7	122
total	371	109	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.18	2.18
*gpe_sf	2.18	-2.18

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	74.86	25.14	100
*gpe_sf	84.43	15.57	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	72.24	82.57
*gpe_sf	27.76	17.43
total	100	100

10.13 Patience

p=0.000121408627935348

Résultats

Chi=14.7706800022946

p=0.000121408627935348

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	348	10	358
*gpe_sf	107	15	122
total	455	25	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	339.35	18.65	358
*gpe_sf	115.65	6.35	122
total	455	25	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	4.08	-4.08
*gpe_sf	-4.08	4.08

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	97.21	2.79	100
*gpe_sf	87.7	12.3	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	76.48	40
*gpe_sf	23.52	60
total	100	100

10.14 Nouveau né

p=4.44695039057304e-13

Résultats

Chi=52.4351406446836

p=4.44695039057304e-13

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	159	199	358
*gpe_sf	101	21	122
total	260	220	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	193.92	164.08	358
*gpe_sf	66.08	55.92	122
total	260	220	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-7.35	7.35
*gpe_sf	7.35	-7.35

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	44.41	55.59	100
*gpe_sf	82.79	17.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	61.15	90.45
*gpe_sf	38.85	9.55
total	100	100

10.15 Obstétrique

p=0.0138759261708233

Résultats

Chi=6.05386057429023

p=0.0138759261708233

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	322	36	358
*gpe_sf	119	3	122
total	441	39	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	328.91	29.09	358
*gpe_sf	112.09	9.91	122
total	441	39	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.65	2.65
*gpe_sf	2.65	-2.65

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	89.94	10.06	100
*gpe_sf	97.54	2.46	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	73.02	92.31
*gpe_sf	26.98	7.69
total	100	100

10.16 Famille

p=0.0378235266870621

Résultats

Chi=4.31294060171639

p=0.0378235266870621

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	323	35	358
*gpe_sf	118	4	122
total	441	39	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	328.91	29.09	358
*gpe_sf	112.09	9.91	122
total	441	39	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.27	2.27
*gpe_sf	2.27	-2.27

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	90.22	9.78	100
*gpe_sf	96.72	3.28	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	73.24	89.74
*gpe_sf	26.76	10.26
total	100	100

10.17 Femme

p=0.000319850765784324

Résultats

Chi=12.9504139225436

p=0.000319850765784324

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	281	77	358
*gpe_sf	114	8	122
total	395	85	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	294.6	63.4	358
*gpe_sf	100.4	21.6	122
total	395	85	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-3.74	3.74
*gpe_sf	3.74	-3.74

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	78.49	21.51	100
*gpe_sf	93.44	6.56	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	71.14	90.59
*gpe_sf	28.86	9.41
total	100	100

10.18 Technicité

p=0.00473851871621233

Résultats

Chi=7.9766255328829

p=0.00473851871621233

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	352	6	358
*gpe_sf	113	9	122
total	465	15	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	346.81	11.19	358
*gpe_sf	118.19	3.81	122
total	465	15	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.13	-3.13
*gpe_sf	-3.13	3.13

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	98.32	1.68	100
*gpe_sf	92.62	7.38	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	75.7	40
*gpe_sf	24.3	60
total	100	100

10.19 Autonomie

p=0.00673348072434413

Résultats

Chi=7.34272189446587

p=0.00673348072434413

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	353	5	358
*gpe_sf	114	8	122
total	467	13	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	348.3	9.7	358
*gpe_sf	118.7	3.3	122
total	467	13	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.03	-3.03
*gpe_sf	-3.03	3.03

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	98.6	1.4	100
*gpe_sf	93.44	6.56	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	75.59	38.46
*gpe_sf	24.41	61.54
total	100	100

10.20 Vocation

p=3.49915338426839e-06

Résultats

Chi=21.5213275883308

p=3.49915338426839e-06

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	354	4	358
*gpe_sf	109	13	122
total	463	17	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	345.32	12.68	358
*gpe_sf	117.68	4.32	122
total	463	17	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	4.92	-4.92
*gpe_sf	-4.92	4.92

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	98.88	1.12	100
*gpe_sf	89.34	10.66	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	76.46	23.53
*gpe_sf	23.54	76.47
total	100	100

11. Association libre profession de sage-femme : comparaison étudiants 4 années de formation en école et sages-femmes

11.1 Humanité

p=0.037563224331933

Résultats

Chi=4.32469142649608

p=0.037563224331933

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	122	4	126
*gpe_sf	109	13	122
total	231	17	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	117.36	8.64	126
*gpe_sf	113.64	8.36	122
total	231	17	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	2.33	-2.33
*gpe_sf	-2.33	2.33

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	96.83	3.17	100
*gpe_sf	89.34	10.66	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	52.81	23.53
*gpe_sf	47.19	76.47
total	100	100

11.2 Empathie

p=0.00571527101012964

Résultats

Chi=7.6379539434897

p=0.00571527101012964

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	123	3	126
*gpe_sf	107	15	122
total	230	18	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	116.85	9.15	126
*gpe_sf	113.15	8.85	122
total	230	18	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.01	-3.01
*gpe_sf	-3.01	3.01

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	97.62	2.38	100
*gpe_sf	87.7	12.3	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	53.48	16.67
*gpe_sf	46.52	83.33
total	100	100

11.3 Plus beau métier au monde

p=0.0437658141214481

Résultats

Chi=4.0655737704918

p=0.0437658141214481

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	116	10	126
*gpe_sf	101	21	122
total	217	31	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	110.25	15.75	126
*gpe_sf	106.75	15.25	122
total	217	31	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	2.21	-2.21
*gpe_sf	-2.21	2.21

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	92.06	7.94	100
*gpe_sf	82.79	17.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	53.46	32.26
*gpe_sf	46.54	67.74
total	100	100

11.4 Disponibilité

p=0.00188781435152014

Résultats

Chi=9.6555395775413

p=0.00188781435152014

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	123	3	126
*gpe_sf	105	17	122
total	228	20	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	115.84	10.16	126
*gpe_sf	112.16	9.84	122
total	228	20	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3.34	-3.34
*gpe_sf	-3.34	3.34

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	97.62	2.38	100
*gpe_sf	86.07	13.93	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	53.95	15
*gpe_sf	46.05	85
total	100	100

11.5 Accouchement

p=2.11949832377542e-06

Résultats

Chi=22.4835599492123

p=2.11949832377542e-06

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	58	68	126
*gpe_sf	93	29	122
total	151	97	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	76.72	49.28	126
*gpe_sf	74.28	47.72	122
total	151	97	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-4.87	4.87
*gpe_sf	4.87	-4.87

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	46.03	53.97	100
*gpe_sf	76.23	23.77	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	38.41	70.1
*gpe_sf	61.59	29.9
total	100	100

11.6 Partage

p=0.0145081447807043

Résultats

Chi=5.97523539967403

p=0.0145081447807043

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	112	14	126
*gpe_sf	119	3	122
total	231	17	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	117.36	8.64	126
*gpe_sf	113.64	8.36	122
total	231	17	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.7	2.7
*gpe_sf	2.7	-2.7

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	88.89	11.11	100
*gpe_sf	97.54	2.46	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	48.48	82.35
*gpe_sf	51.52	17.65
total	100	100

11.7 Grossesse

p=0.00194045198769548

Résultats

Chi=9.60502912818072

p=0.00194045198769548

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	84	42	126
*gpe_sf	103	19	122
total	187	61	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	95.01	30.99	126
*gpe_sf	91.99	30.01	122
total	187	61	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-3.25	3.25
*gpe_sf	3.25	-3.25

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	66.67	33.33	100
*gpe_sf	84.43	15.57	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	44.92	68.85
*gpe_sf	55.08	31.15
total	100	100

11.8 Nouveau né

p=0.000420296070893994

Résultats

Chi=12.4397320773482

p=0.000420296070893994

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	78	48	126
*gpe_sf	101	21	122
total	179	69	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	90.94	35.06	126
*gpe_sf	88.06	33.94	122
total	179	69	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-3.67	3.67
*gpe_sf	3.67	-3.67

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	61.9	38.1	100
*gpe_sf	82.79	17.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	43.58	69.57
*gpe_sf	56.42	30.43
total	100	100

11.9 Obstétrique

p=0.00523638976121446

Résultats

Chi=7.79593530082395

p=0.00523638976121446

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	110	16	126
*gpe_sf	119	3	122
total	229	19	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	116.35	9.65	126
*gpe_sf	112.65	9.35	122
total	229	19	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-3.03	3.03
*gpe_sf	3.03	-3.03

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	87.3	12.7	100
*gpe_sf	97.54	2.46	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	48.03	84.21
*gpe_sf	51.97	15.79
total	100	100

11.10 Vocation

p=0.00636027014661341

Résultats

Chi=7.44528911418379

p=0.00636027014661341

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	124	2	126
*gpe_sf	109	13	122
total	233	15	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	118.38	7.62	126
*gpe_sf	114.62	7.38	122
total	233	15	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	3	-3
*gpe_sf	-3	3

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	98.41	1.59	100
*gpe_sf	89.34	10.66	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	53.22	13.33
*gpe_sf	46.78	86.67
total	100	100

11.11 Famille

p=0.0330080423083627

Résultats

Chi=4.54536197943183

p=0.0330080423083627

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	112	14	126
*gpe_sf	118	4	122
total	230	18	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	116.85	9.15	126
*gpe_sf	113.15	8.85	122
total	230	18	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.38	2.38
*gpe_sf	2.38	-2.38

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	88.89	11.11	100
*gpe_sf	96.72	3.28	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	48.7	77.78
*gpe_sf	51.3	22.22
total	100	100

11.12 Femme

p=0.00607177218462967

Résultats

Chi=7.52887766116363

p=0.00607177218462967

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	102	24	126
*gpe_sf	114	8	122
total	216	32	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	109.74	16.26	126
*gpe_sf	106.26	15.74	122
total	216	32	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.93	2.93
*gpe_sf	2.93	-2.93

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	80.95	19.05	100
*gpe_sf	93.44	6.56	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	47.22	75
*gpe_sf	52.78	25
total	100	100

11.13 Gynécologie

p=0.0239774294766361

Résultats

Chi=5.09626429534696

p=0.0239774294766361

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	119	7	126
*gpe_sf	122	0	122
total	241	7	248

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	122.44	3.56	126
*gpe_sf	118.56	3.44	122
total	241	7	248

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	-2.64	2.64
*gpe_sf	2.64	-2.64

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*esf	94.44	5.56	100
*gpe_sf	100	0	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*esf	49.38	100
*gpe_sf	50.62	0
total	100	100

12. Association libre profession de sage-femme : comparaison de chaque promotion d'étudiants avec les sages-femmes

12.1 Accompagnement

p=2.19751662027641e-12

Résultats

Chi=63.5895172630807

p=2.19751662027641e-12

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	203	29	232
*niv_2	27	5	32
*niv_3	18	12	30
*niv_4	17	14	31
*niv_5	18	15	33
*gpe_sf	65	57	122
total	348	132	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	168.2	63.8	232
*niv_2	23.2	8.8	32
*niv_3	21.75	8.25	30
*niv_4	22.48	8.53	31
*niv_5	23.93	9.07	33
*gpe_sf	88.45	33.55	122
total	348	132	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	7.12	-7.12
*niv_2	1.56	-1.56
*niv_3	-1.58	1.58
*niv_4	-2.28	2.28
*niv_5	-2.39	2.39
*gpe_sf	-5.51	5.51

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	87.5	12.5	100
*niv_2	84.38	15.62	100
*niv_3	60	40	100
*niv_4	54.84	45.16	100
*niv_5	54.55	45.45	100
*gpe_sf	53.28	46.72	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	58.33	21.91
*niv_2	7.76	3.79
*niv_3	5.17	9.09
*niv_4	4.89	10.61
*niv_5	5.17	11.36
*gpe_sf	18.68	43.18
total	100	100

12.2 Accouchement

p=3.9471685306359e-09

Résultats

Chi=47.7754908138676

p=3.9471685306359e-09

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	92	140	232
*niv_2	12	20	32
*niv_3	15	15	30
*niv_4	12	19	31
*niv_5	19	14	33
*gpe_sf	93	29	122
total	243	237	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	117.45	114.55	232
*niv_2	16.2	15.8	32
*niv_3	15.19	14.81	30
*niv_4	15.69	15.31	31
*niv_5	16.71	16.29	33
*gpe_sf	61.76	60.24	122
total	243	237	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-4.65	4.65
*niv_2	-1.54	1.54
*niv_3	-0.07	0.07
*niv_4	-1.37	1.37
*niv_5	0.83	-0.83
*gpe_sf	6.55	-6.55

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	39.66	60.34	100
*niv_2	37.5	62.5	100
*niv_3	50	50	100
*niv_4	38.71	61.29	100
*niv_5	57.58	42.42	100
*gpe_sf	76.23	23.77	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	37.86	59.07
*niv_2	4.94	8.44
*niv_3	6.17	6.33
*niv_4	4.94	8.02
*niv_5	7.82	5.91
*gpe_sf	38.27	12.24
total	100	100

12.3 Grossesse

p=0.0110767298971287

Résultats

Chi=14.8381551446465

p=0.0110767298971287

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	184	48	232
*niv_2	24	8	32
*niv_3	21	9	30
*niv_4	19	12	31
*niv_5	20	13	33
*gpe_sf	103	19	122
total	371	109	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	179.32	52.68	232
*niv_2	24.73	7.27	32
*niv_3	23.19	6.81	30
*niv_4	23.96	7.04	31
*niv_5	25.51	7.49	33
*gpe_sf	94.3	27.7	122
total	371	109	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	1.02	-1.02
*niv_2	-0.32	0.32
*niv_3	-0.98	0.98
*niv_4	-2.2	2.2
*niv_5	-2.37	2.37
*gpe_sf	2.18	-2.18

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	79.31	20.69	100
*niv_2	75	25	100
*niv_3	70	30	100
*niv_4	61.29	38.71	100
*niv_5	60.61	39.39	100
*gpe_sf	84.43	15.57	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	49.6	44.04
*niv_2	6.47	7.34
*niv_3	5.66	8.26
*niv_4	5.12	11.01
*niv_5	5.39	11.93
*gpe_sf	27.76	17.43
total	100	100

12.4 Nouveau né

p=6.09922488821856e-16

Résultats

Chi=80.6623195006704

p=6.09922488821856e-16

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	81	151	232
*niv_2	19	13	32
*niv_3	18	12	30
*niv_4	23	8	31
*niv_5	18	15	33
*gpe_sf	101	21	122
total	260	220	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	125.67	106.33	232
*niv_2	17.33	14.67	32
*niv_3	16.25	13.75	30
*niv_4	16.79	14.21	31
*niv_5	17.88	15.12	33
*gpe_sf	66.08	55.92	122
total	260	220	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-8.19	8.19
*niv_2	0.61	-0.61
*niv_3	0.66	-0.66
*niv_4	2.31	-2.31
*niv_5	0.05	-0.05
*gpe_sf	7.35	-7.35

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	34.91	65.09	100
*niv_2	59.38	40.62	100
*niv_3	60	40	100
*niv_4	74.19	25.81	100
*niv_5	54.55	45.45	100
*gpe_sf	82.79	17.21	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	31.15	68.64
*niv_2	7.31	5.91
*niv_3	6.92	5.45
*niv_4	8.85	3.64
*niv_5	6.92	6.82
*gpe_sf	38.85	9.55
total	100	100

12.5 Femme

p=0.00779327343145803

Résultats

Chi=15.6881221891104

p=0.00779327343145803

Valeurs observées

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	179	53	232
*niv_2	27	5	32
*niv_3	23	7	30
*niv_4	26	5	31
*niv_5	26	7	33
*gpe_sf	114	8	122
total	395	85	480

Valeurs théoriques

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	190.92	41.08	232
*niv_2	26.33	5.67	32
*niv_3	24.69	5.31	30
*niv_4	25.51	5.49	31
*niv_5	27.16	5.84	33
*gpe_sf	100.4	21.6	122
total	395	85	480

Contributions a posteriori

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	-2.85	2.85
*niv_2	0.32	-0.32
*niv_3	-0.83	0.83
*niv_4	0.24	-0.24
*niv_5	-0.55	0.55
*gpe_sf	3.74	-3.74

Pourcentages en ligne

Nom_col	0.0 absence	1.0 présence	total
*niv_1	77.16	22.84	100
*niv_2	84.38	15.62	100
*niv_3	76.67	23.33	100
*niv_4	83.87	16.13	100
*niv_5	78.79	21.21	100
*gpe_sf	93.44	6.56	100

Pourcentages en colonne

Nom_colresi	0.0 absence	1.0 présence
*niv_1	45.32	62.35
*niv_2	6.84	5.88
*niv_3	5.82	8.24
*niv_4	6.58	5.88
*niv_5	6.58	8.24
*gpe_sf	28.86	9.41
total	100	100

Annexe VI Kolmorov-Smirnov

Mots		Accompagne ment (76)	Responsabi lité médicale (40)	Naissance (137)	Disponibilité (5)	Plus beau métier au monde (20)
1 ^{ère} année	Centralité ou périphérie	périphérie	périphérie	périphérie	périphérie	périphérie
	Sens de variation	-5	-1	-12	-9	-43
2 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	périphérie	périphérie
	Sens de variation	-16	+18	-50	-5	-4
3 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	centralité	périphérie
	Sens de variation	-12	+15	-35	+15	-7
4 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	périphérie	périphérie
	Sens de variation	-24	+21	-40	-5	-37
5 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	périphérie	périphérie
	Sens de variation	-22	+8	-43	-22	-40
Mots		Nouveau né (202)	Profession médicale (37)	Grossesse (91)	Ecoute (19)	Accouchement (214)
1 ^{ère} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	centralité	périphérie
	Sens de variation	-15	+8	-6	+6	-5
2 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	centralité	périphérie
	Sens de variation	-56	+18	-10	+21	-37
3 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	centralité	périphérie
	Sens de variation	-37	+15	-22	+25	-40
4 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	centralité	périphérie
	Sens de variation	-43	+25	-14	+18	-34
5 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	périphérie	centralité	périphérie	périphérie	périphérie
	Sens de variation	-49	+14	-40	-1	-49

Mots		Contraintes (20)	Equipe (16)	Passion (14)
1 ^{ère} année	Centralité ou périphérie	périphérie	périphérie	centralité
	Sens de variation	-2	-9	+2
2 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	centralité	périphérie	centralité
	Sens de variation	+18	-1	+12
3 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	centralité	centralité	centralité
	Sens de variation	+18	+18	+4
4 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	centralité	centralité	périphérie
	Sens de variation	+19	+15	-21
5 ^{ème} année	Centralité ou périphérie	centralité	centralité	périphérie
	Sens de variation	+14	+2	-10

Tableau de synthèse du Test de centralité Kolmorov-Smimov = $1-1.36/\text{racine de } n \times 100$ où n =effectif de la population, seuil à 0.05. Ce tableau comprend aussi entre parenthèses la fréquence d'apparition du terme catégorisé lors de la question d'associations libre sur la profession de sage-femme.

14. Niveau	accomp_n	accomp_o	(vide)	Total Résultat	seuil	Pourcentage de oui	
*niv_1	33	195		228	90,99317997	85,52631579	périphérie
*niv_2	13	19		32	75,95836944	59,375	périphérie
*niv_3	11	19		30	75,16991073	63,33333333	périphérie
*niv_4	15	16		31	75,57367892	51,61290323	périphérie
*niv_5	15	18		33	76,32543879	54,54545455	périphérie
	87	267					

14. Niveau	respméd_n	respméd_o	(vide)	Total Résultat	seuil	Pourcentage de oui	
*niv_1	23	205		228	90,99317997	89,9122807	périphérie
*niv_2	2	30		32	75,95836944	93,75	central
*niv_3	3	27		30	75,16991073	90	central
*niv_4	1	30		31	75,57367892	96,77419355	central
*niv_5	5	28		33	76,32543879	84,84848485	central
	34	320					

14. Niveau	naiss_n	naiss_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	47	182		229	91,01286703	79,47598253	périphérie
*niv_2	24	8		32	75,95836944	25	périphérie
*niv_3	18	12		30	75,16991073	40	périphérie
*niv_4	20	11		31	75,57367892	35,48387097	périphérie
*niv_5	22	11		33	76,32543879	33,33333333	périphérie
	131	224					

14. Niveau	dispo_n	dispo_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	41	181		222	90,87227765	81,53153153	périphérie
*niv_2	9	21		30	75,16991073	70	périphérie
*niv_3	3	27		30	75,16991073	90	central
*niv_4	9	22		31	75,57367892	70,96774194	périphérie
*niv_5	15	18		33	76,32543879	54,54545455	périphérie
	77	269					

14. Niveau	plusbeaumét_n	plusbeaumét_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	115	105		220	90,83088187	47,72727273	périphérie
*niv_2	9	23		32	75,95836944	71,875	périphérie
*niv_3	9	19		28	74,29841584	67,85714286	périphérie
*niv_4	19	12		31	75,57367892	38,70967742	périphérie
*niv_5	21	12		33	76,32543879	36,36363636	périphérie
	173	171					

14. Niveau	nné_n	nné_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	53	177		230	91,03242556	76,95652174	périphérie
*niv_2	25	6		31	75,57367892	19,35483871	périphérie
*niv_3	18	11		29	74,74543401	37,93103448	périphérie
*niv_4	21	10		31	75,57367892	32,25806452	périphérie
*niv_5	24	9		33	76,32543879	27,27272727	périphérie
	141	213					

14. Niveau	prof*méd_n	prof*méd_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	4	225		229	91,01286703	98,25327511	central
*niv_2	2	30		32	75,95836944	93,75	central
*niv_3	3	27		30	75,16991073	90	central
*niv_4	0	31		31	75,57367892	100	central
*niv_5	3	30		33	76,32543879	90,90909091	central
	12	343					

14. Niveau	gross_n	gross_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	35	190		225	90,93333333	84,44444444	périphérie
*niv_2	11	21		32	75,95836944	65,625	périphérie
*niv_3	14	16		30	75,16991073	53,33333333	périphérie
*niv_4	12	19		31	75,57367892	61,29032258	périphérie
*niv_5	21	12		33	76,32543879	36,36363636	périphérie
	93	258					

14. Niveau	écout_n	écout_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	8	220		228	90,99317997	96,49122807	central
*niv_2	1	31		32	75,95836944	96,875	central
*niv_3	0	30		30	75,16991073	100	central
*niv_4	2	29		31	75,57367892	93,5483871	central
*niv_5	8	25		33	76,32543879	75,75757576	périphérie
	19	335					

14. Niveau	accouch_n	accouch_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	32	197		229	91,01286703	86,02620087	périphérie
*niv_2	19	12		31	75,57367892	38,70967742	périphérie
*niv_3	19	10		29	74,74543401	34,48275862	périphérie
*niv_4	18	13		31	75,57367892	41,93548387	périphérie
*niv_5	24	9		33	76,32543879	27,27272727	périphérie
	112	241					

14. Niveau	contr_n	contr_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	24	205		229	91,01286703	89,51965066	périphérie
*niv_2	2	30		32	75,95836944	93,75	central
*niv_3	2	28		30	75,16991073	93,33333333	central
*niv_4	1	30		31	75,57367892	96,77419355	central
*niv_5	3	30		33	76,32543879	90,90909091	central
	32	323					

14. Niveau	équip_n	équip_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	40	182		222	90,87227765	81,98198198	périphérie
*niv_2	8	24		32	75,95836944	75	périphérie
*niv_3	2	28		30	75,16991073	93,33333333	central
*niv_4	3	28		31	75,57367892	90,32258065	central
*niv_5	7	26		33	76,32543879	78,78787879	central
	60	288					

14. Niveau	pass_n	pass_o	(vide)	Total Résultat			
*niv_1	18	208		226	90,95341457	92,03539823	central
*niv_2	4	28		32	75,95836944	87,5	central
*niv_3	6	22		28	74,29841584	78,57142857	central
*niv_4	14	17		31	75,57367892	54,83870968	périphérie
*niv_5	11	21		32	75,95836944	65,625	périphérie
	53	296					

Annexe VII Catégorisations

Les items en noir sont ceux pré-existants à l'enquête menée sur les représentations professionnelles de la profession de sage-femme et pouvant être ou non retrouvés au cours de notre enquête ; les items en rouge sont ceux cités à l'occasion de cette enquête. Le chiffre accolé indique le nombre de fois où chaque item a été retrouvé lors des questions d'association libre de cette enquête et non de la précédente. La catégorisation de l'association libre de la profession de sage-femme et la catégorisation de l'association libre de la profession de médecin ont tentés de garder, lorsque cela s'avérait possible, les mêmes intitulés de catégories.

Catégorisation question 1

Accompagnement (76) :

- accompagner 1
- accompagnante
- accompagnement 63
- accompagnement-suivi 1
- accompagnement global 2
- accompagnante de la naissance
- accompagnement de la mère 1
- accompagnement de la mère (+père) 1
- accompagnement des mères
- accompagnement de la grossesse 1
- accompagnements des grossesses
- accompagnement physiologique
- accompagnement de la femme enceinte 1
- accompagnement des parturientes
- accompagnement des patientes
- accompagner la patiente
- accompagnement/écoute
- accompagnement allaitement
- accompagnement couple
- accompagnement des couples 1
- accompagnement mère bébé
- accompagnement de la patiente
- accompagnatrice de la naissance
- accompagnement de la grossesse
- accompagnement à la parentalité
- accompagnement parentalité
- soutien accompagnement
- soutien / accompagnement maternel 1
- capacité accompagnement
- participer au suivi de grossesse et accouchement
- guider
- guider les parturientes
- rassure 1
- rassurer 1
- rassurer les futures mamans 1
- entourer et accompagner les femmes
- encadrement
- encadrement des femmes enceintes à domicile

- encadrement pour la parentalité
- présence
- entourer

Accouchement (214) :

- accoucheuse
- accouchement 196
- « accouchement » 1
- accouchements 3
- accouchement eutocique
- accouchement normal
- accouchements faciles 1
- accouchement naissance
- uniquement accouchement 1
- pratique de l'accouchement
- aide à l'accouchement 1
- aide pour l'accouchement 1
- surveillance de l'accouchement
- pratique accouchement
- participation à l'accouchement 1
- prise en charge de l'accouchement
- soutien à l'accouchement 1
- s'occuper d'un accouchement 1
- donner la vie 3
- donne la vie
- faire naître des bébés
- « poussez » 3
- poussez Madame
- salle de naissance 1
- elle pousse mal
- délivrance

Allaitement (4) :

- allaitement 3
- allaitement sein
- allaitement maternel 1
- suivi allaitement
- aide allaitement

Altruisme (42) :

- ne pas juger
- présence
- maternante
- gentillesse 4
- aide 23
- aide aux autres
- aider 3
- générosité
- solidarité
- accueillante
- partage avec les autres
- amour de l'autre
- aimable
- amabilité

- don de soi 1
- souriante
- facilité d'adaptation
- ouverture d'esprit
- **bienveillance** 2
- **générosité** 1
- **assistance** 4
- **assistentement** 1
- **assistance à la femme enceinte** 1
- **social** 2

Attention (7) :

- **attention** 4
- **attentionnée** 3

Autonomie (5) :

- analyser une situation dans sa globalité
- autonomie 5
- liberté d'action
- indépendance
- autonome
- demande de l'indépendance

Blouse (4) :

- **blouse** 1
- **blouse rose** 1
- **tenue rose** 1
- **le rose** 1

Caractère (1) :

- caractère
- rigidité
- obstination
- froideur
- dureté
- fierté 1

Césarienne (6)

Clinique (5) :

- **clinique** 2
- sens clinique 2
- clinicienne
- **clinicienne (expérience)** 1

Compétence (20) :

- compétence 3
- compétences
- **compétence médicale** 1
- compétences médicales
- **compétence clinique** 1

- compétences larges bien définies
- compétences limitées 1
- connaissances (médicales et culturelles)
- savoir faire
- compétences techniques
- exercice limité
- limites
- connaissance
- connaissances 1
- connaissances techniques (médicales) 1
- sage 2
- sagesse 1
- manuel 1
- expérience 1
- diagnostic 1
- médication 1
- prescription 1
- savoir 1
- savoir médicaliser uniquement lorsque cela est nécessaire 1
- veiller au bon déroulement « des choses » 1
- exigeant 1

Confiance (9) :

- confiance 5
- rassurante, inspire confiance
- rassurante 2
- présence rassurante 1
- sûreté 1

Consultations (2) :

- consultation 2
- consultations
- consultations prénatales

Contraintes (20) :

- contraintes 1
- trop de contraintes 1
- contraignant 1
- nuit 1
- travail de nuit
- difficultés des gardes de nuit
- garde 2
- gardes 1
- permanences 1
- nuits, week ends, jours fériés
- difficulté 2
- difficile 4
- difficile à exercer
- horaires difficiles
- don de soi / horaires difficiles
- rythmes difficiles
- vie de famille difficile
- parfois difficile psychologiquement
- métier difficile 1

- **situation difficile** 1
- pénibilité
- grande pénibilité
- pénibilité des horaires
- pénibilité du travail
- contraintes horaires
- horaires décalés
- **horaires imprédictibles** 1
- **épuisant** 1
- **épuisement professionnel** 1
- fatigue 1
- fatigant
- fatigabilité des gardes
- fatigue physique
- métier fatigant
- métier physique / horaire
- métier physique / travail
- routine
- surcharge de travail
- sacerdoce
- insécurité

Corporatisme (0):

- corporatisme
- parfois un peu sectaires et protectionnistes

Déontologie (1) :

- déontologie
- conseil de l'ordre
- valeur professionnelle
- respect 1

Dévouement (1) :

- dévouée
- dévouement 1
- dévouée à son travail

Disponibilité (5) :

- disponibilité 3
- disponibilité dévouement
- disponibilité, discrétion et efficacité
- demande de disponibilité mentale
- **être présent** 1
- **présence (disponibilité)** 1

Douceur (4) :

- douceur 2
- douce 2
- gentillesse et douceur

Echographie (5) :

- échographie 4
- échographies 1

Ecoute (19) :

- écoute 17
- écoute des autres
- écoute de la patiente
- écoute des patientes
- écoute des femmes
- écoute, mettre en confiance
- être à l'écoute 1
- à l'écoute des patientes 1
- écoute prévention
- relation d'écoute et de proximité
- gentillesse et écoute

Efficacité (0) :

- efficacité
- efficace
- efficience
- maîtrise de soi, efficace
- bon sens
- clairvoyante
- anticiper
- sang froid

Emotion (15) :

- émotion 7
- émotions 2
- émouvant 1
- affection 1
- compassion 1
- compatissante 1
- amour 1
- amour des bébés 1

Empathie (4) :

- empathie 4
- empathique

Engagement (0)**Episiotomie (3)****Equipe (16) :**

- copine ou partenaire de travail
- équipe 1
- équipe-maternité
- en équipe avec les médecins 1
- travail d'équipe 1

- travail en équipe 1
- travail en équipe pluridisciplinaire
- travail en équipe / réseau
- collaboration / esprit d'équipe
- collaborateur du médecin essentiel
- collaboration avec gynéco
- collaboration
- collaboratrice
- collègue
- aide indispensable « collaboratrice » dans la pratique de mon métier
- aide au diagnostic
- capacité à travailler en équipe
- capacité d'adaptation au sein d'une équipe (médicale < paramédical)
- esprit d'équipe
- complémentaire gynécologue
- rapports avec les médecins
- place de chacun
- solidarité 1
- réseau
- lien interprofessionnel
- pluridisciplinarité
- confraternité
- sororité
- médecins
- **médecin** 3
- **obstétricien** 1
- **gynécologue** 6
- **gynécologue obstétricien** 1

Eutocie (10) :

- eutocie 2
- eutocique
- physiologie 8
- physiologique
- physiologie de l'accouchement
- physiologie / eutocie
- obstétricien grossesse normale
- suivi de grossesse normale, accouchement normal
- premier recours

Famille (37) :

- famille 4
- mère 11
- **maman** 7
- **maternel** 1
- **maternelle** 1
- **esprit maternel** 1
- **instinct maternel** 1
- **père** 1
- **papa** 1
- parents 6
- mère-enfant-famille
- **femme, couple, nouveau-né** 1
- **lien parents - enfant** 1
- **lien mère – enfant – père** 1

Femme (77) :

- femme 48
- femme (s'occuper de la) 1
- femmes
- femme enceinte 18
- femmes enceintes 1
- auprès de la femme 1
- s'occuper des femmes 1
- proximité femme enceinte
- enceinte 3
- patiente 3
- patientes
- patients 1

Formation (28) :

- formation
- formations
- formation continue 1
- formation continue (capacité à en obtenir sur des thèmes choisis)
- formation complète 1
- apprentissage 2
- universitaire
- cycle universitaire (LMD)
- 5 ans d'étude 1
- étude 2
- études 1
- 5 ans de formation 1
- concours 2
- PACES 2
- P1 2
- première année de médecine 1
- numérus clausus 1
- accès au métier trop sélectif à cause de PACES 1
- médecine 7
- formation pratique et théorique de qualité
- encadrement / enseignement
- évolution des pratiques
- objectif lointain 1
- Socrate 1
- épuisantes études 1

Grossesse (91) :

- grossesse 74
- grossesses 1
- suivi de grossesse 11
- suivi grossesse 1
- (suivi) grossesse 1
- grossesse / accouchement
- grossesse et accouchement
- grossesse physiologique
- grossesse normale
- suivi femme enceinte 2
- suivi de la femme enceinte 1

Gynécologie (8) :

- gynécologie 3
- gynécologie (par les sages-femmes) 1
- suivi gynécologique 3
- sexualité 1

Hôpital (40) :

- hôpital 36
- hôpitaux 1
- hospitalier 1
- chambre 1
- bloc opératoire 1

Humanité (4) :

- humain 2
- humanité 1
- humanisme
- métier humain
- au cœur de l'humain 1

Information (11) :

- informations
- conseil et informations 1
- conseil 4
- conseils 1
- rôle de donner des conseils 1
- conseillère 1
- donner des explications
- compréhension 2
- dix lunes (blog) 1

Investissement (0) :

- investissement
- investissement important

Lien mère enfant (4) :

- lien 2
- lien mère enfant
- mère – enfant 2
- relation mère enfant
- diade mère / enfant
- femmes et nouveaux nés

Maïeutique (5)**Maternité (55) :**

- maternité 47
- maternité – parentalité
- parentalité 4
- paternité

- couple 4
- couples

Motivation (1) :

- motivation 1
- motivation (peut être perçue dans les deux sens)

Naissance (137) :

- naissance 102
- naissances 1
- naissance (le monde de la naissance...) 1
- natalité
- rôle dans la naissance
- naissance accouchement
- périnatalité
- accueil du nouveau-né
- accueil au monde du nouveau né 1
- aimer les naissances
- mise au monde
- vie 28
- « vie » 1
- vie et mort
- assister à un miracle (la vie) 1
- début 1
- décès en couches 1

Nouveau né (202) :

- bébé 127
- bébés 4
- enfant 23
- enfants 4
- enfant (nné) 1
- enfance 1
- nouveau né 33
- nouveau-né 1
- nouveaux- nés 1
- nourrisson 5
- prématuré 2

Obstétrique (41) :

- obstétrique 9
- suivi obstétrical 1
- entretien 4^{ème} mois
- surveillance
- suivi du travail
- suivi de travail 1
- contractions 1
- apgar
- suivi pré / postpartum 1
- suivi pré / per / postnatal 1
- suivi post-partum
- post-partum 1
- suites de couches 1

- couche 1
- suivi à domicile
- pathologie
- douleur 2
- douleurs
- anatomie 1
- cordon 2
- vagin 3
- vagin quoi ! 1
- périnée 1
- toucher vaginal 1
- placenta 2
- FIV 1
- amniocentèse 1
- cycle 1
- hygiène 1
- fœtus 1
- embryologie 1
- embryon 2
- développement embryonnaire 1
- péridurale 1
- vernix caseosa 1

Organisation (1) :

- organisée 1

Partage (35) :

- joie 7
- joies
- profession où beaucoup de joie 1
- bonheur 14
- bonheur d'une famille 1
- moment de bonheur 1
- intimité 1
- intime 1
- partager un moment d'intimité privilégié avec une patiente / un couple 1
- proximité 1
- découverte 1
- moment privilégié 1
- heureux événement 2
- moment inoubliable 1
- ensemble 1
- merveilleux 1

Passion (14) :

- passion 10
- passionnant 2
- passionnée vocation
- métier passionnant
- sage-femme passionnée 1
- passionnée 1
- enthousiasme
- métier attrayant

Patience (10) :

- patience 10
- patience et disponibilité

Plus beau métier au monde (20) :

- beau métier 8
- un beau métier 1
- plus belle profession
- plus beau métier
- plus beau métier du monde 4
- « plus beau métier du monde » 1
- plus beau métier du monde (vocation)
- le plus beau métier du monde 1
- « le plus beau métier du monde » 1
- très beau métier
- « très beau métier » 1
- noblesse et beauté de la profession
- sagesse / noble
- ancien
- beau 2
- beauté 1

PMI (0) :

- PMI
- lien social PMI

Polyvalence (2) :

- polyvalence 1
- activités variées
- multitâches (fonctions)
- multi facette
- multifonction
- multifonctions
- multiplicité d'exercice
- profession hétéroclite
- diversité
- variété 1
- service

Préparation (11) :

- préparation à la naissance 3
- préparation naissance
- préparation à l'accouchement
- préparation accouchement
- préparation 6
- parentalité (préparation) 1
- piscine 1

Prévention (10) :

- prévention 2
- prévention des risques

- prévention et accompagnement
- dépistage
- aide au dépistage
- dépistage pathologie
- éducation à la santé (contraception etc...)
- éducation 2
- contraception 5
- accès pilules 1

Prise en charge globale (21) :

- prise en charge globale
- prise en charge de la femme enceinte 1
- prise en charge couple mère / enfant
- suivi conjoint mère / bébé
- globalité
- globalité des soins
- suivi 11
- suivi global
- suivi périnatal 1
- suivi personnalisé 1
- suivi médical 1
- suivi de la femme enceinte du début à la fin 1
- suivi du bébé 1
- suivi de la mère 1
- suivi patiente 1
- suivi de la patiente 1
- suivi mère-enfant 1

Problème de reconnaissance (47) :

- profession méconnue
- incompris et méconnu
- travail fatigant mais valorisant
- statut ambivalent (autonomie)
- discordance avec médecin
- personnes exploitées – travaille trop 1
- exploitées
- mal connue
- peu connue 1
- métier méconnu 1
- mal reconnu 1
- non reconnue 1
- non reconnu 1
- peu reconnue
- peu reconnue par le public
- pas très reconnu 1
- pas assez reconnu 1
- métier peu connu et peu reconnu
- un métier mal connu 1
- reconnaissance 1
- reconnaissance médicale
- peu de reconnaissance
- manque 1
- manque de reconnaissance 2
- manque de reconnaissance des gens en général 1
- bas salaire 1

- mauvais salaire
- paye 1
- peu payé 1
- mal payée
- mal payé 2
- sous payée 2
- sous payé 1
- responsabilité majeure avec un salaire non conséquent
- pas beaucoup d'argent 1
- SMIC (la mère d'un ami est sage-femme, elle gagne le SMIC) 1
- « presque des médecins » 1
- infériorité 1
- infirmier 1
- quoi infirmière ?
- infirmière 4
- infirmières
- « comme des infirmières » 1
- trop assimilées à IDE
- distribution de médicaments, on les prend pour des infirmières
- confusion avec les gynécologues obstétriciens
- rejet des puéricultrices
- pas assez de responsabilité 1
- peu valorisant
- moins valorisante
- métier non valorisé 1
- dévaloriser 1
- chiant 1
- bah !! 1
- métier trop féminin
- femme (métier pour...) 1
- féminin 1
- féminité 1
- profession féminine 2
- profession féminine+++ ! 1
- métier de femme 1
- plutôt féminin 1
- uniquement des femmes 1
- peu d'hommes 1
- concurrence
- doula

Profession médicale (37) :

- profession 3
- professionnel
- professionnelle 1
- professionnalisme
- professionnalisme / rigueur
- professionnel de santé 1
- professionnel de la naissance
- professionnelle de la naissance
- professionnelle de la santé
- profession « à part »
- profession médicale 5
- corps professionnel particulier
- métier de la santé 1
- métier de la vie 1

- métier médical 2
- secteur médical 1
- milieu médical 2
- milieu médical : blouses roses 1
- profession médicale à responsabilité limitée
- profession libérale 1
- libérale 2
- médical 11
- médicale 3
- matrone
- soignant 1
- soignante
- soignantes
- spécialiste de l'accouchement
- spécialiste de l'accouchement normal
- spécialiste de la voie basse
- spécialité
- maïeuticien 1

Qualité professionnelle (11) :

- qualité professionnelle
- qualité 1
- solidité
- consciencieux
- courage
- courageux 1
- « brave » 1
- minutie
- sensibilité 1
- être en forme
- volontaire
- humilité
- ponctualité
- diplomatie
- assurance
- psychologue
- demande une remise en question professionnelle permanente
- remise en question permanente
- profession qui fait évoluer en permanence
- moral 1
- raisonnable 1
- sérieux 2
- calme 1
- réactivité
- rapidité 1
- rapidité vivacité
- dynamique 1

Rééducation périnéale (1) :

- rééducation périnéale
- rééducation post partum
- rééducation 1

Relationnel (28) :

- relation 4
- relationnel 7
- relation humaine 1
- relations sociales 1
- relation intime 1
- « relation » avec la mère 1
- contact 1
- contact humain 1
- contact et écoute 1
- contact avec la patiente 1
- contact avec les gens 1
- contact avec les futures mamans 1
- rencontre
- personne ressource pour les mères
- accueil
- relation de couple et de famille
- rapports humains 1
- dialogue 1
- lien sage-femme maman 1
- proche du couple de la famille 1
- lien fort avec patiente 1

Responsabilité médicale (40) :

- responsable 1
- responsabilité 29
- responsabilités 8
- responsabilité médicale
- responsabilité professionnelle
- responsabilités professionnelles
- grosse responsabilité
- médico-légal
- profession à lourdes responsabilités
- responsabilité des actes
- dossiers administratifs
- risque 1
- risque médico-légal 1

Rigueur (2) :

- rigueur 2
- organisation et rigueur

Sang (7)**Santé (6) :**

- santé 4
- santé de la femme
- santé des femmes
- santé de la mère 1
- santé de l'enfant 1

Sécurité (0)

Soin (19) :

- soin 6
- soins 7
- continuité des soins
- soins du bébé
- **soin nouveau né** 1
- **soin post natal** 1
- **soin enfant + mère** 1
- **puériculture** 1
- **pédiatrie** 1
- **réanimation néonatale** 1

Soutien (12) :

- soutien 9
- **soutiens** 1
- soutien à la parentalité
- **soutien moral** 1
- **soutien psychologique** 1

Stress (14) :

- stress 14
- adrénaline
- stressante
- gestion du stress
- métier stressant

Technicité (6) :

- technicienne
- technicienne de la naissance
- technicité 3
- technique 3
- hyper technicité
- technique / accouchement
- technicité médicale

Tolérance (0)**Travail (21) :**

- **travail** 2
- **travail tranquille** 1
- travail prenant
- travail très prenant
- travail valorisant
- travailleuse
- **métier indispensable** 1
- **indispensable** 3
- **essentiel** 1
- métier enrichissant
- **métier complet** 1
- **métier noble** 1
- **riche** 1
- enrichissant

- privilège 1
- intéressant 1
- épanouissement 1
- gratification 1
- gratitude 1
- gratification humainement 1
- intéressante
- peu commun
- bon niveau socio-économique
- activité 1
- importance 1
- bénéfique 1
- utile 1

Urgence (6) :

- urgence 4
- urgences
- urgences (+/- relative)
- rapidité dans l'urgence
- situation d'urgence 1
- sens de l'urgence 1

Vocation (4) :

- vocation 2
- métier à vocation
- détermination 1
- implication totale 1

Autre (1) :

- hommes mis de côté 1

Catégorisation question 4

Accompagnement (12) :

- accompagnement 9
- accompagnement soutien 1
- rassure 1
- rassurer 1
- apaisement

Altruisme (72) :

- altruisme 1
- altruiste 1
- aide 29
- aider 11
- aide à la personne 2
- aider les patients 1
- aide / assistance 1
- aide médicale 1
- envie d'aider 1

- entraide 1
- assistance 3
- sociabilité 1
- gentillesse 1
- solidarité 3
- social 4
- don de soi 4
- tolérance 1
- bienveillance 1
- sympathique 1
- engagements 1
- au service de l'autre 1
- vouer sa vie aux autres 1
- amical 1

Attente (7) :

- attente 3
- salle d'attente 2
- file d'attente 1
- en retard 1

Blouse (16) :

- blouse 8
- blouse blanche 6
- blouses blanches 1
- blanc 1

Cabinet (20) :

- cabinet 12
- cabinet médical 3
- libéral 5

Caractère (17) :

- orgueil 1
- caractère affirmé 1
- caractère 1
- hautains 1
- suffisance 1
- suffisance, arrogance 1
- arrogance 2
- arrogant 1
- fierté 1
- égocentrisme 1
- snobisme 1
- prétention 2
- ambition 2
- manque de tact 1

Chirurgien (27) :

- chirurgien 2
- chirurgie 11
- acte chirurgical 1

- intervention chirurgicale 1
- opérateur 1
- opération 6
- césarienne 1
- spatules / césarienne 1
- dans l'intervention 1
- scalpel 2

Compétence (72) :

- compétence 3
- compétences 2
- compétent 1
- compétences techniques 1
- hautes compétences 1
- expériences 1
- qualifiés 1
- mémoire 1
- connaissance 11
- connaissances 6
- connaissances supplémentaires 1
- connaissances compétences 1
- connaissances importantes 1
- connaissances approfondies 1
- beaucoup de connaissances 1
- connaissances spécifiques 1
- connaissances médicales 1
- connaissances de la pathologie 1
- savoir 7
- « qui détient LE savoir » 1
- on apprend tous les jours 1
- science 3
- sciences 1
- personne cultivée 1
- prescription 12
- prescriptions 3
- libre prescription 1
- prescription médicale 1
- prescrire 2
- prescripteur 1
- dette (++de prescriptions) 1
- secret professionnel 1

Complication (3) :

- complication 2
- complications 1

Confiance (10)

Consultations (21) :

- consultation 11
- consultations 3
- auscultation 3
- auscultation (stéthoscope !) 1
- clinique 2

- corps humain 1

Contraintes (44) :

- faible disponibilité personnelle 1
- vie familiale +/- compromise 1
- burn out 1
- mode de vie 2
- pénibilité (vie) 1
- fatigue 3
- fatiguant 1
- peu de vie sociale 1
- sacrifices 2
- sacrifice 1
- épuisante 1
- éprouvant 1
- difficile 6
- difficulté 2
- difficulté à exercer 1
- dur 3
- dur métier 1
- horaire 1
- horaires difficiles 1
- surcharge de travail / emploi du temps 1
- surcharge de travail 1
- très occupé 1
- temps 2
- manque de temps 1
- passer beaucoup de temps au travail 1
- peu de temps pour soi 1
- travail très prenant (horaires) 1
- prenant 1
- permanences 1
- surbooké 1
- longue journée 1

Dévouement (3)

Diagnostic (42) :

- diagnostic 29
- symptôme 1
- symptômes 1
- décision 1
- décision de prise en charge 1
- gestion, prise de décision 1
- choix 1
- celui qui décide 1
- « le dernier mot » 1
- annonce 1
- analyse 1
- laboratoire 1
- rechercher maladie 1
- situations compliquées 1

Disponibilité (4) :

- disponible 1
- disponibilité 3

Docteur (10) :

- docteur 8
- docteur personnel 1
- Dr House 1

Ecoute (42) :

- écoute 28
- écoute patients 1
- à l'écoute 3
- « à l'écoute » 1
- à l'écoute de l'autre 1
- être à l'écoute 2
- quelqu'un qui écoute 1
- écouter 5

Empathie (7)**Equipe (8) :**

- équipe 1
- équipe médicale 1
- collaboration 1
- pluridisciplinarité 2
- jolies infirmières 1
- infirmière sexy 1
- prise de relais professionnels 1

Famille (3) :

- famille 2
- familiale 1

Formation (100) :

- étude 18
- études 18
- études longues 11
- études (longues) 1
- longues études 24
- longue étude 4
- longues années d'étude 1
- grand nombre d'années d'étude 1
- très longues études 1
- long cursus 1
- durée des études 1
- études difficiles et longues 1
- difficulté des études 1
- études valorisées 1
- concours 3
- ECN 1

- PACES 5
- P1 2
- première année de médecine 1
- beaucoup d'étude 1
- beaucoup d'études 1
- niveau d'études 1
- thèses 1

Généraliste (14) :

- généraliste 10
- généralistes 1
- général 2
- généralisation 1

Guérir (15) :

- guérir 4
- guérison 8
- guérir / soigner 1
- guérir mes amis 1
- résolution des problèmes 1

Héros (5) :

- héros, sauveur 1
- super héros 1
- génie 1
- « Dieu » 1
- se prendre pour Dieu 1

Hiérarchie (21) :

- hiérarchie 5
- patron 1
- chef 2
- autorité 2
- « autorité » 1
- supérieur 2
- supériorité 4
- supériorité (vis-à-vis équipe et patients) 1
- pouvoir 1
- abus de pouvoir 1
- esprit différent des étudiants 1

Hôpital (40) :

- hôpital 36
- hôpitaux 1
- hôpitaux ou cabinet 1
- service 2

Humanité (16) :

- humanité 4
- humain 3
- au cœur de l'humain 1

- humanisme 3
- humanitaire 2
- bien-fait 1
- compassion 1
- gratifiant humainement 1

Indisponibilité (8) :

- indisponibilité 1
- manque accompagnement 1
- détérioration de la relation patient / médecin (manque de respect agression) 1
- moins de liens avec le patient 1
- distance 2
- peu de relationnel 1
- manque de relationnel 1

Information (7) :

- conseil 3
- communiquer 1
- explications et conseils 1
- avis 1
- compréhension 1

Malade (96) :

- malade 25
- malades 10
- soigné 1
- patient 43
- patients 12
- patients divers 1
- patients différents 1
- patients (personnes) 1
- clientèle 1
- dossier 1

Maladie (110) :

- maladie 53
- maladies 10
- maladie / pathologie 1
- pathologie 25
- pathologies 9
- pathologies / maladie 1
- pathologie / maladie 1
- situation pathologique 1
- grossesse pathologique 1
- dystocie 2
- grave 1
- cancer 2
- cancers 1
- grippe 1
- virus 1

Manque de médecin (6) :

- manque médecin en France 1
- manque / désert médicaux 1
- pas assez de médecins 1
- pénurie 1
- de plus en plus rare 1
- manque de moyen 1

Médecin (11) :

- médecin 1
- médecine 3
- médecin de famille 2
- médecin généraliste 2
- médecin de ville 1
- interne 1
- internes 1

Médicament (38) :

- médicament 20
- médicaments 16
- médication 1
- médicaments prescrits 1

Mort (7) :

- mort 5
- mort / éviter mort 1
- fin de vie 1

Ordonnance (11) :

- ordonnance 7
- ordonnances 1
- « écrit mal » 1
- feuille de soin 1
- sécurité sociale 1

Partage (7) :

- bonheur 1
- proximité 1
- triste 1
- tristesse 1
- satisfaction 1
- satisfaction personnelle 1
- intérêt 1

Passion (11) :

- passion 7
- passionnée 1
- passion / vocation 1
- passionné 1
- passionnant 1

Patience (6) :

- patience 5
- être patient 1

Plus beau métier au monde (3) :

- « plus beau métier du monde » 1
- beau métier 2

Polyvalence (5) :

- varié 1
- domaines variés 1
- diversité du métier 1
- omniscient 1
- exhaustif 1

Prévention (6) :

- prévention 2
- dépistage 1
- protection 1
- éducation 1
- santé publique 1

Profession médicale (19) :

- profession médicale 2
- profession 1
- professionnel médical 1
- professionnel de santé 1
- professionnel 1
- médical 8
- médicale 1
- soignant 4

Qualité professionnelle (24) :

- courage 1
- persévérance 1
- motivation 1
- sérieux 1
- stoïque 1
- réactivité 1
- investissement 1
- curiosité 1
- studieux 1
- intelligent 1
- intelligence 1
- exigence 1
- cool 1
- accessibles 1
- posé 1
- instinct 1
- attentif 1
- rigueur 1

- envie 1
- rapidité 5

Recherche (5)

Reconnaissance (17) :

- reconnaissance 2
- reconnu 2
- reconnaissance du métier 1
- reconnaissance par les patients 1
- statut 2
- statut social 2
- réussite 2
- prestige 1
- homme 2
- homme (profession historiquement masculine) 1
- peu de chômage 1

Relationnel (26) :

- relation 2
- relations 1
- relation sociales 1
- relation avec patient 1
- relations patients 1
- relation confiance médecin-patient 1
- « relation » avec le patient 1
- relation soignant soigné 1
- relation médecin patient 1
- relation d'aide 1
- relationnel 5
- contact 3
- Le contact 1
- contact social 1
- contact humain 3
- contact avec des patients 1
- dialogue 1

Respect (11) :

- respect 5
- respect du médecin 1
- respect mutuel 1
- respectabilité 1
- personne respectable 1
- honorable 2

Responsabilité médicale (70) :

- responsabilité 50
- responsabilités 11
- responsabilité importante 1
- responsabilités importantes 1
- beaucoup de responsabilités 1
- grande responsabilité 1
- responsable 2

- assurances 1
- recours 1
- danger 1

Salaire (39) :

- salaire 8
- salaire important 1
- salaire élevé 1
- argent 16
- argents 1
- beaucoup d'argent 1
- grosse rémunération 1
- gratifiant financièrement : p 1
- revenu 1
- rémunération 1
- rémunéré 1
- mieux rémunéré 1
- dépassement honoraire 1
- dépassement d'honoraires 1
- grippe-sous 1
- profiteur 1
- arnaque 1

Santé (21)

Sauver des vies (16) :

- sauver des vies 10
- sauver 4
- sauver la vie 1
- il sauve des vies 1

Soin (116) :

- soin 27
- soins 24
- premiers soins 1
- soigner 47
- soigne 3
- soigner, guérir 1
- soigner / atténuation de la souffrance 1
- actes complexes 1
- hygiénique 1
- équipements 1
- matériel 1
- manœuvre instrumentale 1
- de plus en plus instrumentalisé 1
- blessure 2
- sang 4

Soutien (7) :

- soutien 5
- soutien médical pour la sage-femme 1
- soutien moral / psychologique 1

Spécialiste (15) :

- spécialiste 3
- spécialiste / généraliste 1
- médecin spécialiste 1
- spécialité 4
- différentes spécialités 1
- spécialisation 1
- choix spécialisation 1
- nombreuses spécialités 1
- cardiologie 1
- neurologie 1

Stéthoscope (10) :

- stéthoscope 10

Stress (9)**Suivi (19) :**

- suivi 9
- suivi médical 5
- suivi des patients 1
- suivi patient 1
- suivi pathologie 1
- suivi global 1
- suivi parfois amical 1

Technicité (9) :

- technicité 2
- technique 7

Traitement (20) :

- traitement 8
- traitements 3
- traitement aide-soins 1
- thérapies 1
- curatif 1
- protocole 1
- prise en charge 1
- prise en charge générale 1
- apporte réponse à nos maladies 1
- réparation 1
- douleur 1

Travail (41) :

- travail 9
- beaucoup de travail 3
- beaucoup de boulot 1
- indispensable 5
- la seule profession réellement utile 1
- utile 1
- utilité 1

- nécessaire 1
- essentiels 1
- plus qu'essentiel 1
- irremplaçable 1
- important 1
- métier passionnant 2
- bon métier 1
- bon emploi 1
- super profession 1
- grisant 1
- métier valorisé 1
- valorisant 1
- enrichissant 1
- riche 2
- intéressant 2
- fabuleux métier 1
- gratifiant 1

Urgence (12) :

- urgence 9
- urgences 3

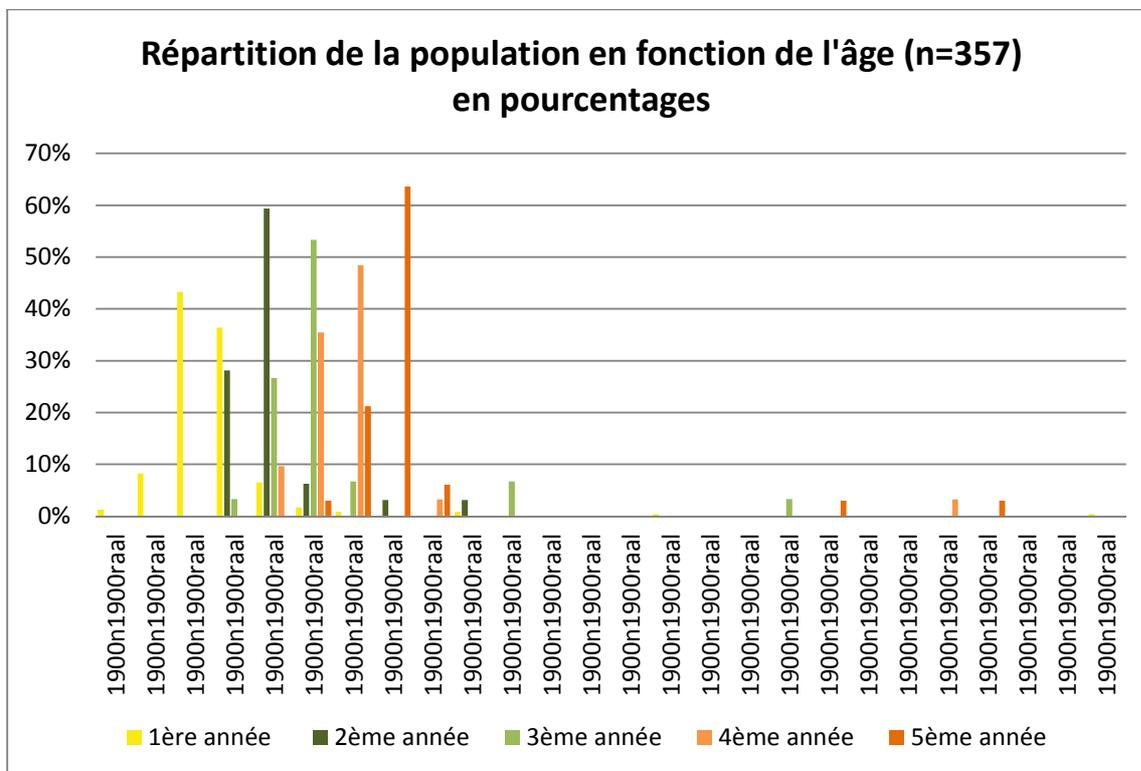
Vie (4)**Vocation (9) :**

- vocation 6
- moi plus tard 1
- rêve 1
- rêve d'enfance 1

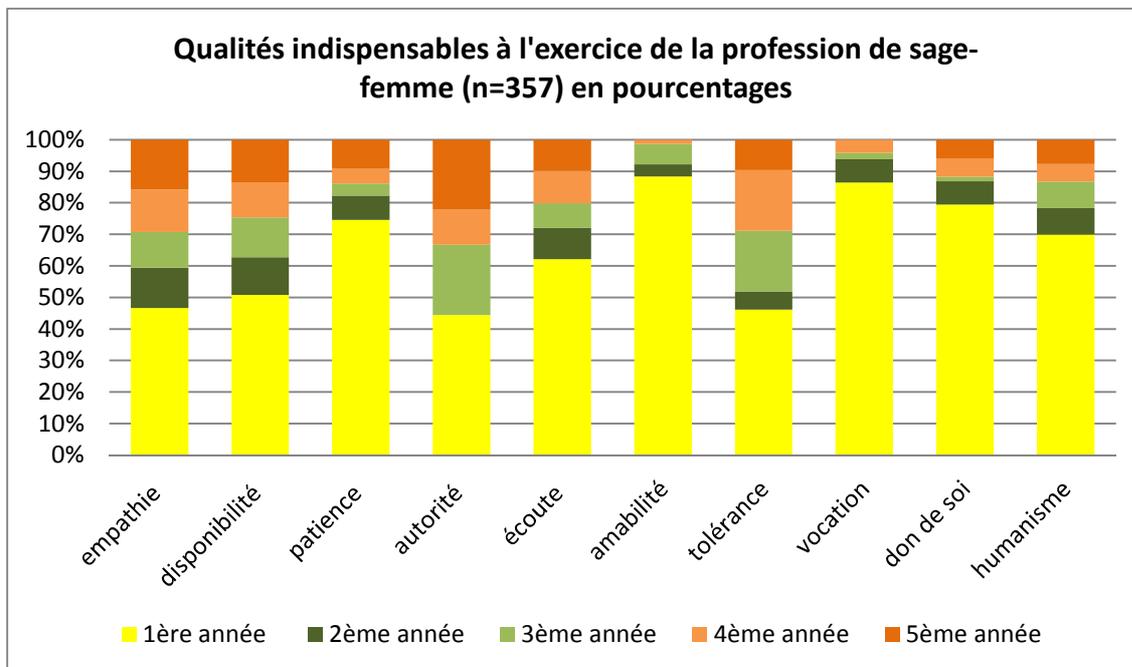
Autre (11) :

- corporatisme 1
- prise de tête 1
- vieillesse 2
- jeune 1
- égalité 1
- fréquent 1
- redondant 1
- femme 1
- sous quotation des interventions 1
- praticable n'importe où 1

Annexe VIII Graphiques

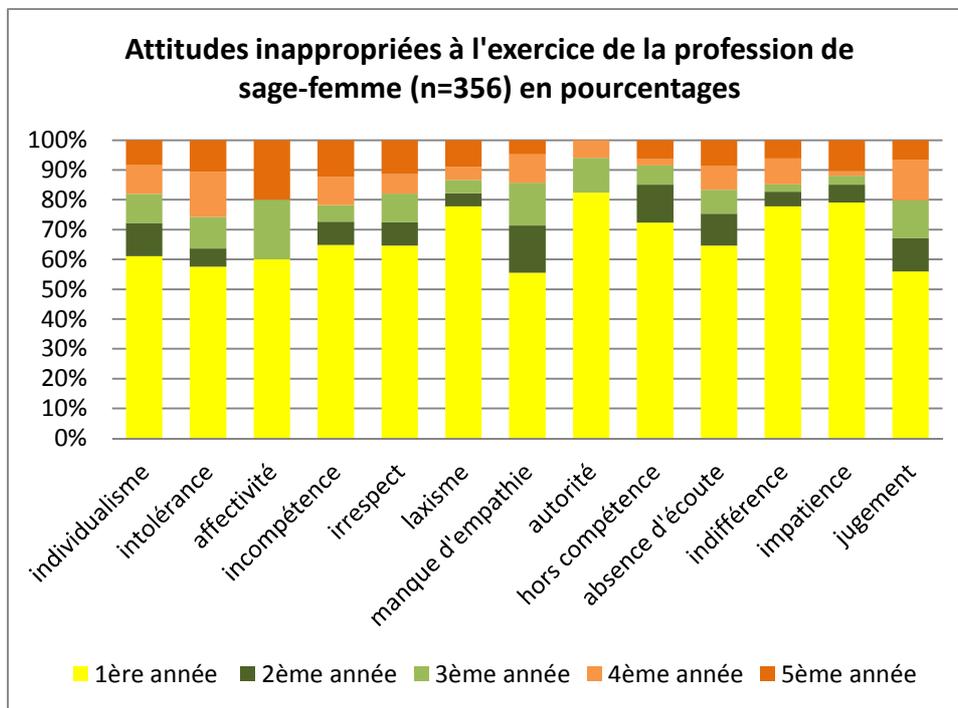


Graphique 1 Répartition de la population en fonction de l'âge (n=357) en pourcentages



Graphique 2 Qualités indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme (n=357) en pourcentages

Autres : autorité>urgence, avoir du sang froid, calme, compétence à l'écoute des directions des docteurs, douceur, être compétente, expérience, gestion du stress, la connaissance, le sérieux, plus de compétences, la rigueur



Graphique 3 Attitudes inappropriées à l'exercice de la profession de sage-femme (n=356) en pourcentages

Annexe IX Tableau de synthèse analyse prototypique Profession de sage-femme

	1ère ANNEE		2ème ANNEE		3ème ANNEE
Noyau central	Accompagnement	Noyau central	Accompagnement	Noyau central	Accompagnement
fréquence >	Accouchement	fréquence >	Accouchement	fréquence >	Accouchement
rang <	Femme	rang <	Famille	rang <	Eutocie
	Grossesse		Femme		Famille
	Maternité		Grossesse		Femme
	Naissance		Naissance		Grossesse
	Nouveau_né		Nouveau_né		Maternité
Eléments contrastés	Attention		Plus_beau_métier_au_monde		Naissance
rang <	Autonomie	Eléments contrastés	Relationnel		Prise_en_charge_globale
fréquence <	Autre	rang <	Allaitement	Eléments contrastés	Profession_médicale
	Clinique	fréquence <	Compétence	rang <	Responsabilité_médicale
	Compétence		Ecoute	fréquence <	Compétence
	Confiance		Empathie		Confiance
	Disponibilité		Eutocie		Disponibilité
	Empathie		Humanité		Empathie
	Episiotomie		Lien_mère_enfant		Gynécologie
	Gynécologie		Passion		Humanité
	Lien_mère_enfant		Patience		Patience
	Passion		Prise_en_charge_globale		Plus_beau_métier_au_monde
	Plus_beau_métier_au_monde	1ère périphérie	Partage		Qualité_professionnelle
	Prise_en_charge_globale	rang >	Pb_de_reconnaissance		Urgence
	Profession_médicale	fréquence >	Responsabilité_médicale	1ère périphérie	Vocation
	Relationnel		Travail	rang >	Nouveau_né
	Responsabilité_médicale	2ème périphérie	Caractère	fréquence >	Obstétrique
	Soutien	rang >	Césarienne	2ème périphérie	Pb_de_reconnaissance
	Travail	fréquence <	Contraintes	rang >	Allaitement
	Vocation		Dévouement	fréquence <	Altruisme
1ère périphérie	Altruisme		Douceur		Attention
rang >	Famille		Echographie		Contraintes
fréquence >	Formation		Emotion		Ecoute
	Hôpital		Formation		Emotion
	Obstétrique		Gynécologie		Episiotomie
	Partage		Hôpital		Equipe
	Pb_de_reconnaissance		Information		Formation
2ème périphérie	Blouse		Obstétrique		Information
rang >	Césarienne		Profession_médicale		Partage
fréquence <	Contraintes		Rigueur		Passion
	Déontologie		Sang		Polyvalence
	Douceur		Soin		Prévention
	Echographie		Soutien		Rigueur
	Ecoute		Stress		Stress
	Emotion				Technicité
	Equipe				
	Information				
	Maïeutique				
	Motivation				
	Patience				
	Préparation				
	Prévention				
	Qualité_professionnelle				
	Sang				
	Santé				
	Soin				
	Stress				

	4ème ANNEE
Noyau central	Accompagnement
fréquence >	Accouchement
rang <	Femme
	Grossesse
	Obstétrique
	Préparation
	Profession_médicale
	Relationnel
	Responsabilité_médicale
Eléments contrastés	Ecoute
rang <	Eutocie
fréquence <	Humanité
	Lien_mère_enfant
	Passion
	Plus_beau_métier_au_monde
	Prise_en_charge_globale
	Travail
1ère périphérie	Contraintes
rang >	Gynécologie
fréquence >	Naissance
	Nouveau_né
	Pb_de_reconnaissance
	Prévention
	Stress
2ème périphérie	Allaitement
rang >	Altruisme
fréquence <	Compétence
	Confiance
	Famille
	Formation
	Hôpital
	Information
	Maternité
	Soin
	Soutien
	Technicité
	Urgence

	5ème ANNEE
Noyau central	Accompagnement
fréquence >	Accouchement
rang <	Compétence
	Grossesse
	Maternité
	Naissance
	Nouveau_né
	Obstétrique
Eléments contrastés	Clinique
rang <	Ecoute
fréquence <	Eutocie
	Gynécologie
	Lien_mère_enfant
	Maïeutique
	Patience
	Polyvalence
	Qualité_professionnelle
	Relationnel
1ère périphérie	Autonomie
rang >	Femme
fréquence >	Profession_médicale
	Responsabilité_médicale
2ème périphérie	Altruisme
rang >	Consultations
fréquence <	Contraintes
	Disponibilité
	Echographie
	Emotion
	Equipe
	Famille
	Formation
	Hôpital
	Organisation
	Partage
	Pb_de_reconnaissance
	Plus_beau_métier_au_monde
	Prise_en_charge_globale
	Rééducation_périnéale
	Soin
	Stress
	Technicité
	Urgence

	Sages-Femmes
Noyau central	Accompagnement
fréquence >	Accouchement
rang <	Compétence
	Ecoute
	Empathie
	Grossesse
	Humanité
	Naissance
	Patience
	Responsabilité_médicale
	Vocation
Eléments contrastés	Altruisme
rang <	Confiance
fréquence <	Déontologie
	Dévouement
	Eutocie
	Famille
	Femme
	Information
	Investissement
	Lien_mère_enfant
	Maternité
	Partage
	Passion
	PMI
	Préparation
	Prise_en_charge_globale
	Santé
	Tolérance
	Travail
1ère périphérie	Contraintes
rang >	Disponibilité
fréquence >	Equipe
	Nouveau_né
	Pb_de_reconnaissance
	Plus_beau_métier_au_monde
	Profession_médicale
	Relationnel
2ème périphérie	Allaitement
rang >	Autonomie
fréquence <	Clinique
	Corporatisme
	Douceur
	Efficacité
	Emotion
	Formation
	Obstétrique
	Organisation
	Polyvalence
	Prévention
	Qualité_professionnelle
	Réactivité
	Rigueur
	Soin
	Soutien
	Stress
	Technicité
	Urgence

Annexe X Tableau de synthèse analyse prototypique Profession de médecin

	1ère ANNEE		2ème ANNEE		3ème ANNEE
Noyau central	Altruisme	Noyau central	Altruisme	Noyau central	Compétence
fréquence >	Chirurgien	fréquence >	Diagnostic	fréquence >	Malade
rang <	Compétence	rang <	Ecoute	rang <	Maladie
	Diagnostic		Hiérarchie		Responsabilité_médicale
	Ecoute		Malade	Eléments contrastés	Soin
	Hôpital		Maladie	rang <	Cabinet
	Malade		Relationnel	fréquence <	Complication
	Maladie		Responsabilité_médicale		Docteur
	Responsabilité_médicale		Soin		Ecoute
	Santé	Eléments contrastés	Blouse		Généraliste
	Soin	rang <	Compétence		Médecin
	Travail	fréquence <	Disponibilité		Profession_médicale
Eléments contrastés	Accompagnement		Docteur		Qualité_professionnelle
rang <	Attente		Humanité		Spécialiste
fréquence <	Consultations		Plus_beau_métier_au_monde		Suivi
	Dévouement		Reconnaissance		Travail
	Disponibilité		Santé		Vocation
	Docteur		Sauver_des_vies	1ère périphérie	Blouse
	Empathie		Stéthoscope	rang >	Caractère
	Equipe		Technicité	fréquence >	Diagnostic
	Généraliste	1ère périphérie	Consultations		Formation
	Guérir	rang >	Contraintes		Hiérarchie
	Héros	fréquence >	Formation		Santé
	Information		Médicament	2ème périphérie	Accompagnement
	Médecin		Travail	rang >	Altruisme
	Partage	2ème périphérie	Autre	fréquence <	Chirurgien
	Passion	rang >	Cabinet		Consultations
	Plus_beau_métier_au_monde	fréquence <	Caractère		Contraintes
	Polyvalence		Chirurgien		Guérir
	Profession_médicale		Empathie		Hôpital
	Relationnel		Famille		Humanité
	Respect		Hôpital		Indisponibilité
	Sauver_des_vies		Mort		Médicament
	Stress		Partage		Mort
	Suivi		Passion		Ordonnance
	Traitement		Qualité_professionnelle		Prévention
	Urgence		Recherche		Recherche
	Vocation		Respect		Reconnaissance
1ère périphérie	Cabinet		Salair		Salair
rang >	Contraintes		Spécialiste		Stéthoscope
fréquence >	Formation		Traitement		Stress
	Médicament		Urgence		Technicité
	Salaire				Traitement
2ème périphérie	Autre				Urgence
rang >	Blouse				
fréquence <	Caractère				
	Confiance				
	Humanité				
	Indisponibilité				
	Manque_médecin				
	Mort				
	Ordonnance				
	Patience				
	Prévention				
	Qualité_professionnelle				
	Recherche				
	Reconnaissance				
	Soutien				
	Spécialiste				
	Stéthoscope				
	Vie				

	4ème ANNEE
Noyau central	Compétence
fréquence >	Equipe
rang <	Formation
	Maladie
	Profession_médicale
	Responsabilité_médicale
	Soin
	Travail
Eléments contrastés	Altruisme
rang <	Caractère
fréquence <	Consultations
	Docteur
	Ecoute
	Famille
	Généraliste
	Humanité
	Malade
	Polyvalence
	Stress
	Technicité
	Traitement
1ère périphérie	Chirurgien
rang >	Contraintes
fréquence >	Hiérarchie
	Salaire
2ème périphérie	Autre
rang >	Confiance
fréquence <	Diagnostic
	Médicament
	Ordonnance
	Prévention
	Recherche
	Reconnaissance
	Relationnel
	Respect
	Soutien
	Spécialiste
	Stéthoscope
	Suivi
	Urgence

	5ème ANNEE
Noyau central	Chirurgien
fréquence >	Compétence
rang <	Consultations
	Diagnostic
	Formation
	Indisponibilité
	Maladie
	Médicament
	Profession_médicale
	Responsabilité_médicale
	Suivi
	Technicité
Eléments contrastés	Accompagnement
rang <	Contraintes
fréquence <	Généraliste
	Hiérarchie
	Hôpital
	Malade
	Manque_médecin
	Relationnel
	Respect
1ère périphérie	Caractère
rang >	Spécialiste
fréquence >	Attente
	Blouse
2ème périphérie	Complication
rang >	Ecoute
fréquence <	Equipe
	Famille
	Information
	Médecin
	Partage
	Qualité_professionnelle
	Reconnaissance
	Salaire
	Soin
	Soutien
	Stress
	Travail

Annexe XI CHD profession de sage-femme

+--+--+--+--+--+

|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Thu Feb 28 14:15:22 2013

+--+--+--+--+--+

nombre d'individus : 358

nombre de classes : 4

358 segments classés sur 358 (100.00%)

#####

temps d'analyse : 0h 0m 21s

#####

V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes		4	***	
**	classe		1	**	
****	129	358	36.03	****	
123	241	51.04	72.02	accouch_o	2.129213e-17
110	224	49.11	44.38	naiss_o	2.708350e-11
120	258	46.51	44.00	gross_o	3.291128e-11
105	213	49.30	40.13	nné_o	2.375996e-10
120	267	44.94	36.18	accomp_o	1.798313e-09
123	296	41.55	22.60	pass_o	1.996050e-06
27	39	69.23	20.93	Altruisme	4.771815e-06
82	171	47.95	20.18	plusbeaumét_o	7.050720e-06
74	150	49.33	19.81	absécout_o	8.541477e-06
111	269	41.26	12.84	dispo_o	3.387817e-04
35	66	53.03	10.14	ré_m_dac	1.449383e-03
115	288	39.93	9.70	équip_o	1.837860e-03
95	227	41.85	9.11	sit_dac	2.547600e-03
116	293	39.59	8.86	interl_dac	2.918343e-03
129	343	37.61	8.82	profméd_o	2.980601e-03
115	290	39.66	8.69	intol_n	3.202880e-03
46	96	47.92	8.04	voc_o	4.584880e-03
20	35	57.14	7.50	Famille	6.171239e-03
115	293	39.25	7.24	manqemp_n	7.131620e-03
117	302	38.74	6.14	relai_dac	1.319074e-02
98	243	40.33	6.06	qécout_o	1.385759e-02
119	309	38.51	6.01	horscomp_n	1.419751e-02
126	335	37.61	5.64	écout_o	1.759330e-02
91	224	40.62	5.47	emp_n	1.930588e-02
82	199	41.21	5.20	Nouveau_né	2.257456e-02

12	21	57.14	4.31	Prise_en_charge_globale	3.782595e-02
129	351	36.75	4.02	affect_n	4.491385e-02
5	7	71.43	3.88	Attention	4.884683e-02
6	9	66.67	3.76	Qualité_professionnelle	5.253707e-02
7	11	63.64	3.75	Préparation	5.276292e-02
22	45	48.89	3.69	lax_o	5.472991e-02
31	68	45.59	3.32	don_o	6.824078e-02
8	14	57.14	2.82	Passion	9.328723e-02
120	320	37.50	2.81	respmed_o	9.351353e-02
54	130	41.54	2.68	pat_o	1.013784e-01
3	4	75.00	2.66	Blouse	1.025914e-01
3	4	75.00	2.66	Douceur	1.025914e-01
5	8	62.50	2.49	Confiance	1.148060e-01
4	6	66.67	2.48	Césarienne	1.149826e-01
67	167	40.12	2.27	irresp_o	1.321095e-01
*	*	*	*	*	*
108	232	46.55	31.64	*niv_1	1.856507e-08
101	230	43.91	17.33	*act_n	3.145627e-05
69	156	44.23	8.06	*prés_n	4.525392e-03
47	100	47.00	7.24	*18	7.129688e-03
44	94	46.81	6.42	*19	1.127984e-02
20	41	48.78	3.26	*pharma_o	7.081225e-02
**	classe	2	**		
****	98	358	27.37	****	
41	59	69.49	63.03	soc_pdac	2.035424e-15
37	53	69.81	56.35	sant_pdac	6.056726e-14
93	241	38.59	46.65	accouch_o	8.477041e-12
27	40	67.50	36.47	Hôpital	1.550878e-09
42	77	54.55	36.43	amab_o	1.583098e-09
85	224	37.95	33.64	naiss_o	6.615238e-09
51	114	44.74	25.36	qécout_n	4.750760e-07
92	269	34.20	25.36	Accouchement	4.749395e-07
78	213	36.62	22.61	nné_o	1.983755e-06
26	47	55.32	21.25	horscomp_o	4.027846e-06
23	42	54.76	17.95	Pb_de_reconnaissance	2.265114e-05
20	35	57.14	17.29	interl_pdac	3.206311e-05
73	206	35.44	15.86	absécout_n	6.804814e-05
63	173	36.42	13.77	plusbeaumét_n	2.069308e-04
7	9	77.78	11.80	tech_pdac	5.931228e-04
34	81	41.98	11.23	indif_o	8.066437e-04
67	199	33.67	8.93	Nouveau_né	2.807987e-03
37	96	38.54	8.23	voc_o	4.123745e-03
13	25	52.00	8.20	Formation	4.193021e-03
25	60	41.67	7.41	équip_n	6.500107e-03
4	5	80.00	7.06	Santé	7.865533e-03
5	7	71.43	6.97	Sang	8.289953e-03

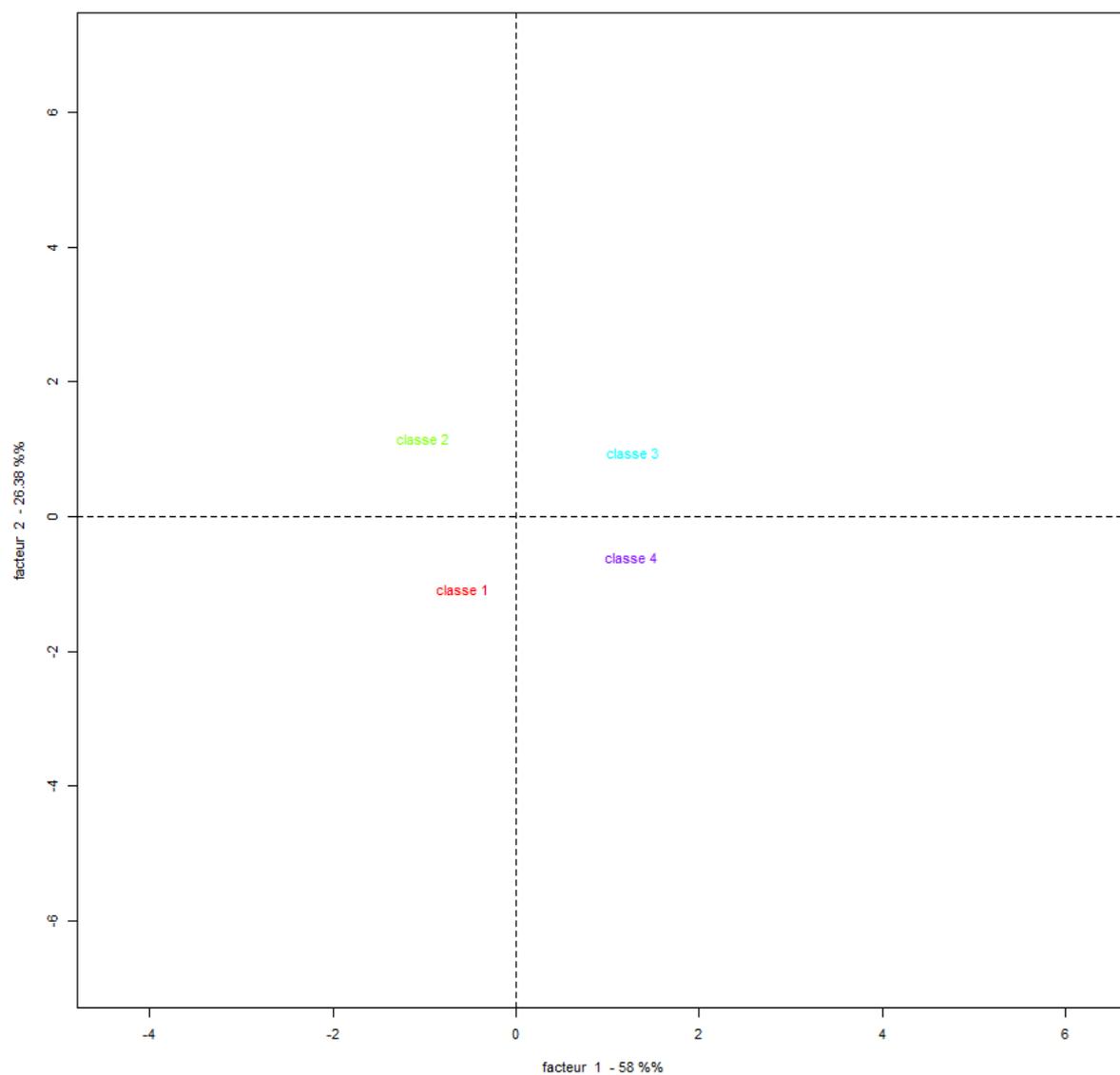
27	67	40.30	6.93	impat_o	8.498427e-03
30	77	38.96	6.62	Femme	1.005826e-02
13	27	48.15	6.34	relai_pdac	1.181129e-02
71	222	31.98	6.24	jug_n	1.248521e-02
71	224	31.70	5.62	emp_n	1.772369e-02
72	231	31.17	4.72	qdispo_n	2.988318e-02
48	143	33.57	4.59	huma_o	3.211641e-02
14	34	41.18	3.60	respméd_n	5.778656e-02
89	305	29.18	3.38	tolér_n	6.599049e-02
77	258	29.84	2.84	gross_o	9.217755e-02
8	18	44.44	2.78	équip_pdac	9.557305e-02
3	5	60.00	2.71	Maïeutique	9.941101e-02
14	36	38.89	2.67	Obstétrique	1.023027e-01
86	296	29.05	2.43	pass_o	1.193586e-01
23	66	34.85	2.27	intol_o	1.315832e-01
*	*	*	*	*	*
94	232	40.52	57.27	*niv_1	3.792713e-14
41	75	54.67	35.55	*sex_h	2.489297e-09
85	230	36.96	29.71	*act_n	5.018036e-08
65	156	41.67	28.41	*prés_n	9.829024e-08
67	187	35.83	14.08	*méd_o	1.755713e-04
41	100	41.00	12.96	*18	3.185090e-04
10	19	52.63	6.44	*17	1.116804e-02
96	338	28.40	3.22	*pasdéter_n	7.290129e-02
16	41	39.02	3.16	*kiné_o	7.541421e-02
16	41	39.02	3.16	*pharma_o	7.541421e-02
42	129	32.56	2.73	*sf_n	9.873370e-02
14	36	38.89	2.67	*dent_o	1.023027e-01
**	classe	3	**		
****	67	358	18.72	****	
56	112	50.00	104.87	accouch_n	1.306893e-24
56	131	42.75	78.44	naiss_n	8.242463e-19
40	87	45.98	56.15	accomp_n	6.717139e-14
27	53	50.94	42.47	pass_n	7.159482e-11
48	141	34.04	35.92	nné_n	2.051930e-09
31	73	42.47	34.00	trad_pdac	5.504096e-09
31	77	40.26	29.93	dispo_n	4.473218e-08
35	93	37.63	29.56	gross_n	5.416428e-08
6	6	100.00	26.50	Technicité	2.630065e-07
51	173	29.48	25.50	plusbeaumét_n	4.421389e-07
60	236	25.42	20.49	soc_dac	6.000107e-06
55	217	25.35	15.92	sant_dac	6.597905e-05
10	19	52.63	15.17	écout_n	9.812209e-05
31	104	29.81	11.86	Grossesse	5.746736e-04
60	261	22.99	11.56	voc_n	6.724727e-04
5	8	62.50	10.31	Gynécologie	1.321520e-03

22	69	31.88	9.74	sit_pdac	1.799108e-03
19	58	32.76	8.97	Prise_en_charge	2.739879e-03
3	4	75.00	8.42	Allaitement	3.702856e-03
44	179	24.58	8.10	incomp_o	4.432505e-03
61	280	21.79	7.97	amab_n	4.768370e-03
33	126	26.19	7.14	qdispo_o	7.529085e-03
10	27	37.04	6.44	relai_pdac	1.113230e-02
18	60	30.00	6.03	équip_n	1.403205e-02
64	309	20.71	5.92	horscomp_n	1.498961e-02
12	36	33.33	5.62	Profession_médicale	1.773275e-02
53	243	21.81	4.77	qécout_o	2.904019e-02
11	34	32.35	4.59	respméd_n	3.210059e-02
50	227	22.03	4.47	pat_n	3.446633e-02
7	19	36.84	4.33	Soin	3.735853e-02
5	12	41.67	4.30	profméd_n	3.812496e-02
32	133	24.06	3.97	emp_o	4.620066e-02
11	36	30.56	3.69	Obstétrique	5.478436e-02
60	293	20.48	3.30	manqemp_n	6.944211e-02
47	217	21.66	3.14	rém_pdac	7.644832e-02
7	21	33.33	3.13	Prise_en_charge_globale	7.668814e-02
4	10	40.00	3.06	Eutocie	8.005928e-02
59	289	20.42	2.85	impat_n	9.142798e-02
59	289	20.42	2.85	don_n	9.142798e-02
46	214	21.50	2.70	huma_n	1.001392e-01
2	4	50.00	2.60	Lien_mère_enfant	1.066883e-01
2	4	50.00	2.60	Disponibilité	1.066883e-01
10	35	28.57	2.48	interl_pdac	1.155004e-01
4	11	36.36	2.32	Préparation	1.274242e-01
*	*	*	*	*	*
20	33	60.61	41.93	*niv_5	9.446944e-11
14	22	63.64	31.09	*23	2.458996e-08
42	122	34.43	30.03	*act_o	4.255729e-08
56	202	27.72	24.72	*prés_o	6.612389e-07
15	31	48.39	19.64	*niv_4	9.338568e-06
13	26	50.00	18.04	*22	2.165479e-05
6	15	40.00	4.66	*pasdéter_o	3.082760e-02
1	1	100.00	4.36	*30	3.689072e-02
1	1	100.00	4.36	*34	3.689072e-02
63	312	20.19	3.48	*pharma_n	6.199707e-02
58	281	20.64	3.18	*sex_f	7.436103e-02
**	classe	4	**		
****	64	358	17.88	****	
48	112	42.86	69.28	accouch_n	8.554668e-17
51	141	36.17	53.02	nné_n	3.298229e-13
22	40	55.00	42.27	Responsabilité_médicale	7.947785e-11
45	131	34.35	38.19	naiss_n	6.412753e-10

32	93	34.41	23.39	gross_n	1.324365e-06
11	19	57.89	21.89	Contraintes	2.892439e-06
52	198	26.26	21.22	trad_dac	4.096492e-06
23	63	36.51	18.08	manqemp_o	2.122466e-05
7	11	63.64	16.19	Information	5.741283e-05
53	217	24.42	16.09	sant_dac	6.055175e-05
21	58	36.21	15.84	Prise_en_charge	6.894463e-05
36	126	28.57	15.15	Accompagnement	9.948347e-05
61	275	22.18	14.97	indif_n	1.091442e-04
6	9	66.67	14.97	Prévention	1.092918e-04
37	133	27.82	14.25	emp_o	1.601635e-04
52	217	23.96	13.90	rémp_dac	1.927426e-04
55	236	23.31	13.90	soc_dac	1.930048e-04
37	134	27.61	13.82	jug_o	2.007454e-04
44	171	25.73	13.75	plusbeaumét_o	2.083137e-04
61	280	21.79	13.37	amab_n	2.552597e-04
58	261	22.22	12.39	voc_n	4.321391e-04
9	19	47.37	11.89	Ecoute	5.653373e-04
11	26	42.31	11.40	Relationnel	7.352679e-04
21	66	31.82	10.71	intol_o	1.064350e-03
4	6	66.67	9.89	Urgence	1.657929e-03
61	293	20.82	9.51	interl_dac	2.039018e-03
3	4	75.00	8.99	Empathie	2.713399e-03
3	4	75.00	8.99	Humanité	2.713399e-03
64	323	19.81	8.44	équip_dac	3.661207e-03
44	189	23.28	7.96	irresp_n	4.777085e-03
5	10	50.00	7.23	Patience	7.167270e-03
16	52	30.77	6.89	tolér_o	8.680688e-03
63	320	19.69	6.73	respméd_o	9.478435e-03
11	32	34.38	6.51	Partage	1.069707e-02
3	5	60.00	6.13	affect_o	1.330202e-02
6	15	40.00	5.22	Emotion	2.233894e-02
60	302	19.87	5.21	relai_dac	2.245616e-02
61	311	19.61	4.87	lax_n	2.734856e-02
15	53	28.30	4.61	pass_n	3.187827e-02
7	20	35.00	4.23	Plus_beau_métier_au_monde	3.970414e-02
39	177	22.03	4.12	incomp_n	4.237000e-02
57	289	19.72	3.48	don_n	6.208579e-02
5	14	35.71	3.16	Stress	7.557853e-02
5	14	35.71	3.16	Passion	7.557853e-02
21	87	24.14	3.07	accomp_n	7.981953e-02
2	4	50.00	2.84	Vocation	9.176104e-02
2	4	50.00	2.84	Sage_femme_libérale	9.176104e-02
56	289	19.38	2.30	impat_n	1.295221e-01
3	8	37.50	2.15	Gynécologie	1.429232e-01
4	12	33.33	2.02	profméd_n	1.551996e-01

18	77	23.38	2.02	dispo_n	1.551413e-01
*	*	*	*	*	*
18	30	60.00	39.57	*niv_3	3.159216e-10
43	122	35.25	38.03	*act_o	6.971759e-10
18	34	52.94	31.46	*21	2.034251e-08
17	32	53.12	29.74	*niv_2	4.944007e-08
53	202	26.24	22.07	*prés_o	2.627909e-06
60	281	21.35	10.75	*sex_f	1.044286e-03
12	31	38.71	10.03	*niv_4	1.537775e-03
15	45	33.33	8.38	*20	3.803661e-03
50	224	22.32	8.05	*sf_o	4.546530e-03
62	312	19.87	6.58	*kiné_n	1.030890e-02
62	312	19.87	6.58	*pharma_n	1.030890e-02
38	166	22.89	5.30	*méd_n	2.131003e-02
1	1	100.00	4.61	*33	3.184879e-02
28	122	22.95	3.25	*paramédical_o	7.163885e-02
60	317	18.93	2.08	*dent_n	1.492393e-01

Annexe XII : AFC de la profession de sage-femme



Annexe XIII CHD profession de médecin

+--+--+--+--+--+

|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Thu Feb 28 19:56:29 2013

+--+--+--+--+--+

nombre d'individus : 358

nombre de classes : 3

354 segments classés sur 358 (98.88%)

#####

temps d'analyse : 0h 0m 21s

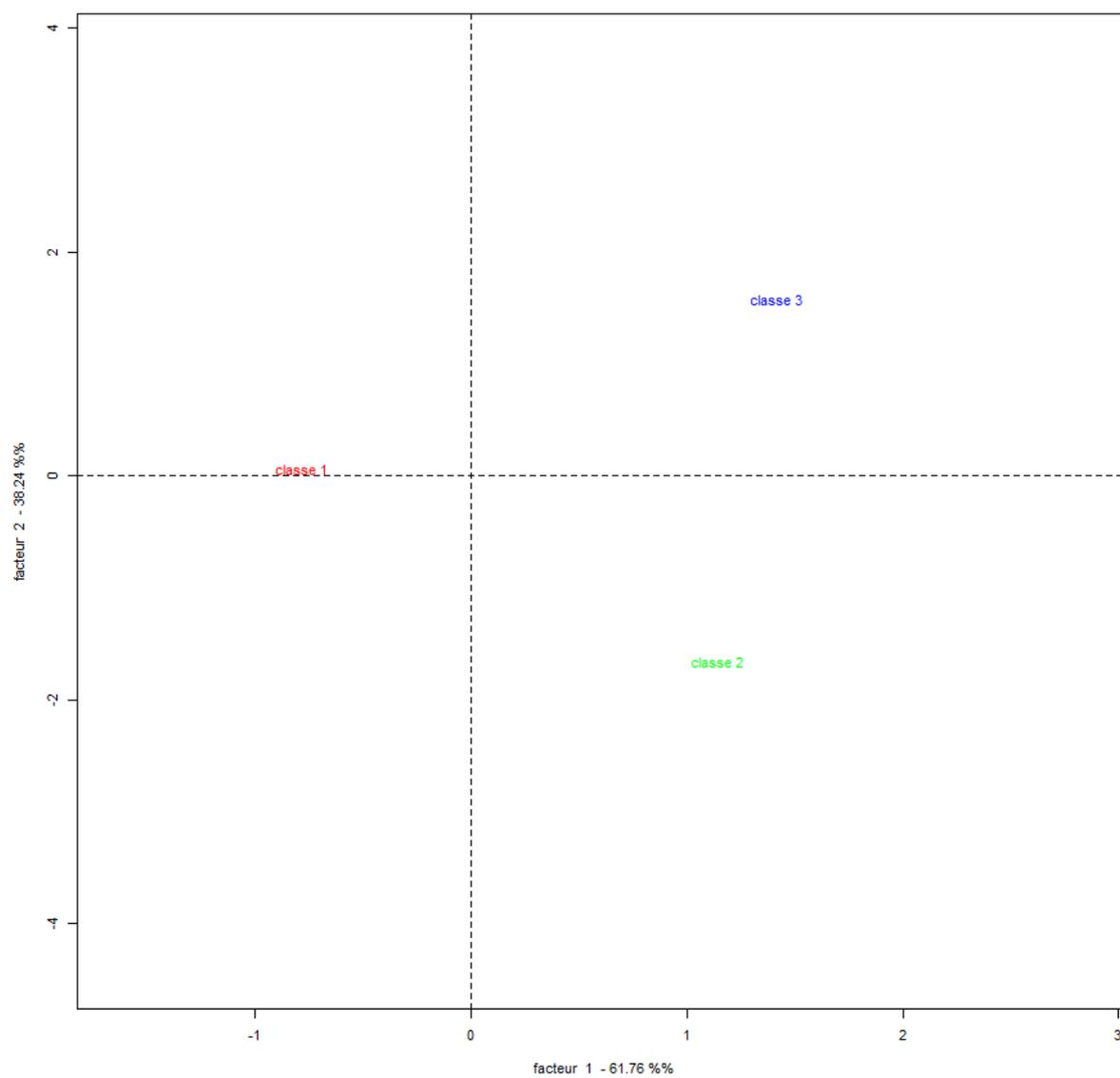
#####

V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes		3 ***		
**	classe		1 **		
****		220	354 62.15	****	
	100	112 89.29	51.29	Soin	7.951654e-13
	76	87 87.36	31.16	Malade	2.374464e-08
	37	38 97.37	22.45	Médicament	2.158082e-06
	52	59 88.14	20.33	Altruisme	6.525997e-06
	37	39 94.87	19.95	Hôpital	7.939818e-06
	18	18 100.00	11.55	Cabinet	6.771377e-04
	16	16 100.00	10.21	Blouse	1.399254e-03
	19	21 90.48	7.62	Santé	5.785151e-03
	12	12 100.00	7.57	Accompagnement	5.949449e-03
	18	20 90.00	6.99	Consultations	8.193985e-03
	10	10 100.00	6.27	Stéthoscope	1.229399e-02
	33	42 78.57	5.46	Ecoute	1.940482e-02
	7	7 100.00	4.35	Information	3.701663e-02
	7	7 100.00	4.35	Mort	3.701663e-02
	7	7 100.00	4.35	Empathie	3.701663e-02
	7	7 100.00	4.35	Attente	3.701663e-02
	16	19 84.21	4.15	Traitement	4.151784e-02
	13	15 86.67	4.00	Guérir	4.541409e-02
	10	11 90.91	3.99	Médecin	4.570817e-02
	10	11 90.91	3.99	Ordonnance	4.570817e-02
	6	6 100.00	3.72	Prévention	5.384316e-02
	12	14 85.71	3.44	Généraliste	6.357589e-02
	9	10 90.00	3.39	Docteur	6.544664e-02
	29	39 74.36	2.78	Diagnostic	9.553556e-02
	10	12 83.33	2.37	Urgence	1.236848e-01

*	*	*	*	*	*
164	228	71.93	26.06	*niv_1	3.308647e-07
154	226	68.14	9.55	*act_n	2.001595e-03
34	41	82.93	8.51	*kiné_o	3.528932e-03
73	99	73.74	7.85	*18	5.086615e-03
107	154	69.48	6.23	*prés_n	1.254790e-02
53	73	72.60	4.27	*médical_n	3.870359e-02
65	92	70.65	3.82	*19	5.056908e-02
**	classe		2	**	
****	70		354	19.77	****
22	34	64.71	47.87	Travail	4.562594e-12
23	37	62.16	46.80	Salaire	7.870442e-12
14	17	82.35	44.08	Reconnaissance	3.147826e-11
22	41	53.66	33.56	Contraintes	6.906137e-09
38	96	39.58	32.58	Formation	1.142398e-08
7	7	100.00	28.97	Partage	7.339756e-08
6	6	100.00	24.76	Manque_médecin	6.484481e-07
9	16	56.25	14.05	Humanité	1.776023e-04
4	5	80.00	11.60	Héros	6.609605e-04
10	21	47.62	10.91	Qualité_professionnelle	9.559557e-04
8	16	50.00	9.65	Sauver_des_vies	1.892820e-03
4	6	66.67	8.46	Patience	3.630236e-03
21	70	30.00	5.75	Responsabilité_médicale	1.647426e-02
6	16	37.50	3.32	Caractère	6.848017e-02
*	*	*	*	*	*
25	75	33.33	11.03	*sex_h	0.0008970947
1	1	100.00	4.07	*37	0.0436865330
44	185	23.78	3.93	*méd_o	0.0475020780
13	45	28.89	2.70	*20	0.1003539762
31	129	24.03	2.32	*sf_n	0.1278432213
**	classe		3	**	
****	64		354	18.08	****
15	19	78.95	50.23	Hiérarchie	1.370690e-12
32	70	45.71	44.99	Responsabilité_médicale	1.978294e-11
28	67	41.79	31.37	Compétence	2.128963e-08
8	9	88.89	31.26	Technicité	2.252397e-08
8	11	72.73	22.89	Respect	1.713730e-06
7	9	77.78	22.22	Stress	2.428647e-06
7	10	70.00	18.73	Confiance	1.505261e-05
6	8	75.00	17.91	Indisponibilité	2.321350e-05
9	16	56.25	16.49	Caractère	4.902566e-05
10	21	47.62	13.15	Qualité_professionnelle	2.870518e-04
4	5	80.00	13.13	Polyvalence	2.906693e-04
4	5	80.00	13.13	Recherche	2.906693e-04
5	8	62.50	10.90	Equipe	9.591178e-04
8	18	44.44	8.90	Profession_médicale	2.850361e-03

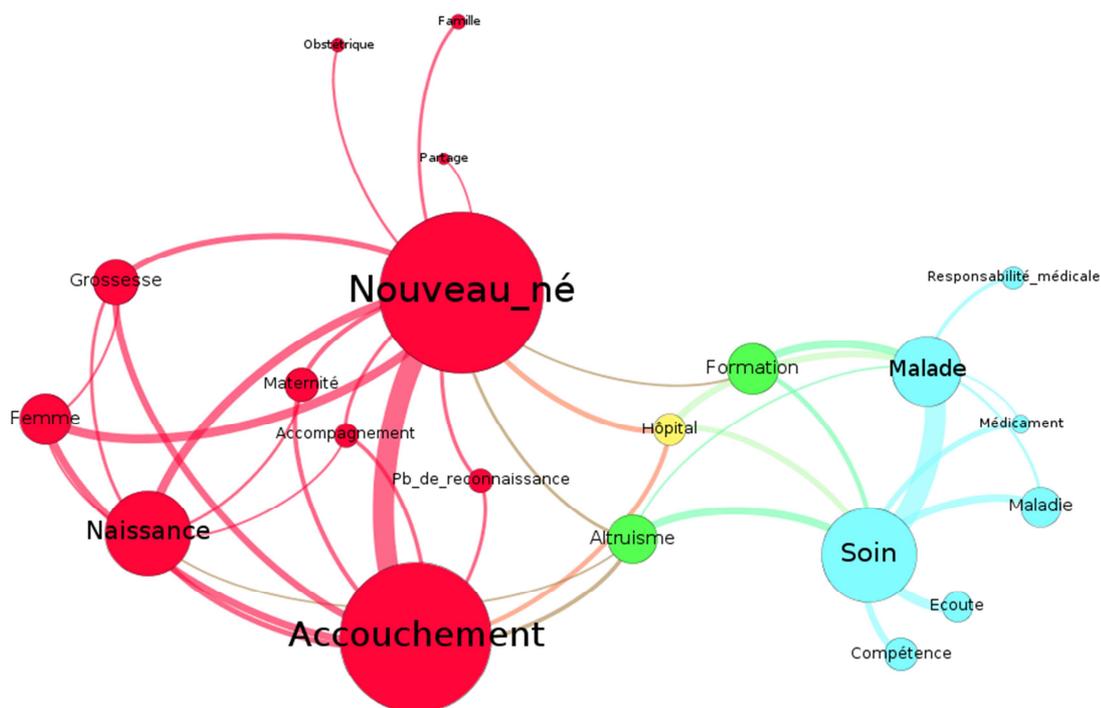
	27	107	25.23	5.30	Maladie	2.132434e-02
	8	25	32.00	3.52	Relationnel	6.064190e-02
*	*	*	*	*	*	*
	41	122	33.61	30.30	*act_o	3.693021e-08
	15	31	48.39	21.07	*niv_4	4.423469e-06
	52	200	26.00	19.48	*prés_o	1.018936e-05
	13	26	50.00	19.31	*22	1.113834e-05
	15	33	45.45	18.41	*niv_5	1.776875e-05
	10	22	45.45	11.87	*23	5.705529e-04
	57	277	20.58	5.37	*sex_f	2.051319e-02
	38	164	23.17	5.35	*méd_n	2.073942e-02
	10	30	33.33	5.15	*niv_3	2.324926e-02
	2	3	66.67	4.82	*24	2.808622e-02
	61	308	19.81	4.77	*kiné_n	2.898984e-02
	1	1	100.00	4.54	*33	3.303265e-02
	1	1	100.00	4.54	*34	3.303265e-02
	1	1	100.00	4.54	*38	3.303265e-02

Annexe XIV AFC de la profession de médecin



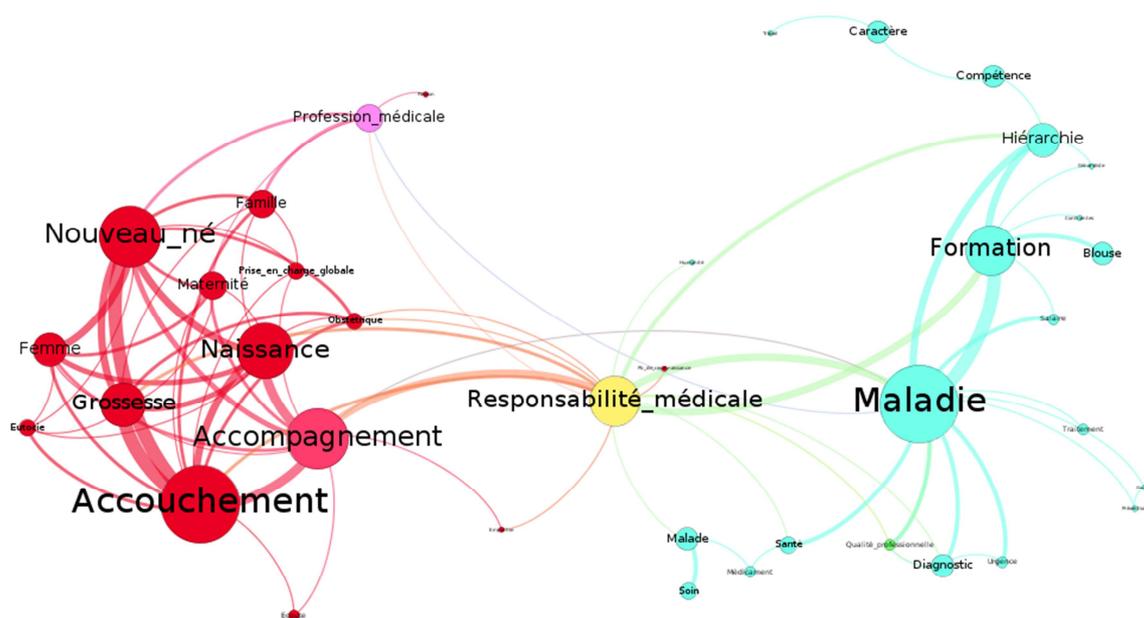
Annexe XV Projection des deux représentations en fonction des années de formation

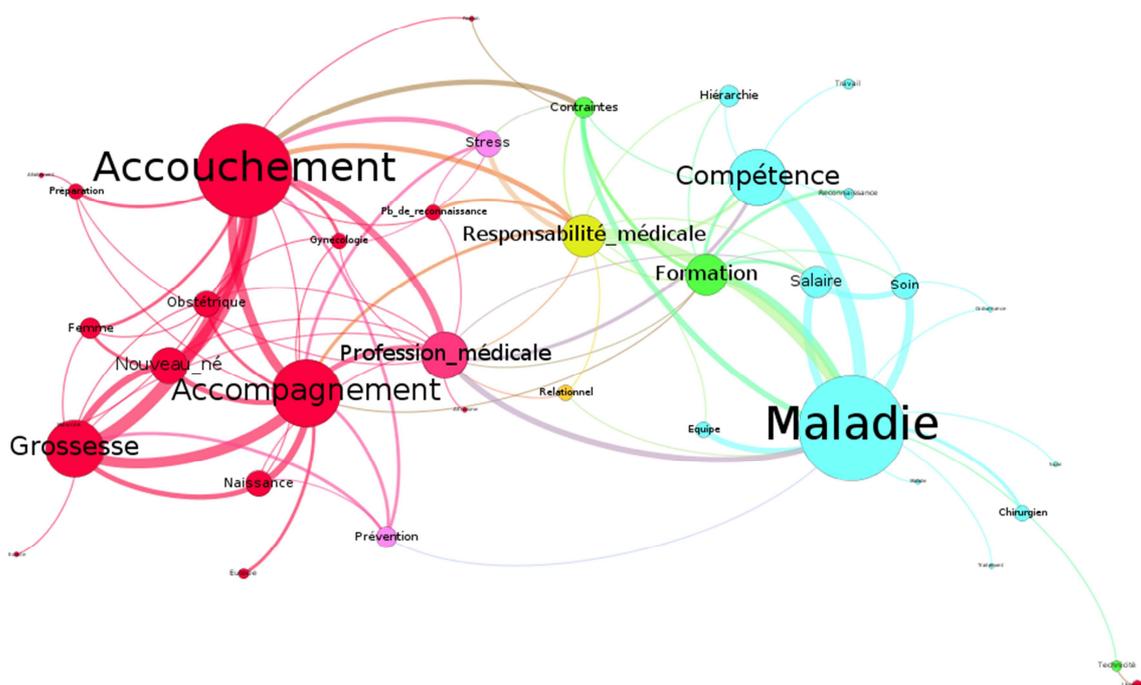
1^{ère} année



Légende pour tous les graphiques :

- les éléments concernant la représentation de la profession de sage-femme sont en rouge
- les éléments concernant majoritairement la représentation de la profession de sage-femme et faiblement la représentation de la profession de médecin sont en rose
- les éléments en proportion identique pour les deux représentations des professions sont en jaune
- les éléments concernant majoritairement la représentation de la profession de médecin et faiblement la représentation de la profession de sage-femme sont en vert
- les éléments concernant la représentation de la profession de médecin sont en bleu

3^{ème} année

4^{ème} année

5^{ème} année

