

1. Historique de la formation des Sages-Femmes en France.

Le métier de sage-femme a été confronté à de nombreuses mutations. Leurs compétences sont en constante évolution, à l'image de la formation qui a également énormément évolué depuis des centaines d'années. Pour mieux comprendre où nous en sommes aujourd'hui, nous allons faire un tour d'horizon de la formation des sages-femmes en France au travers des siècles.

1.1. Avant le 17^{ème} siècle, une transmission du savoir à l'oral

Au début du 17^{ème} siècle, les écrits sont très rares sur le sujet et le savoir est empirique, directement tiré de l'expérience des accoucheuses, qui n'ont pour la plupart que peu de connaissances scientifiques. Elles tirent leur savoir en général de leurs propres accouchements et peuvent être désignées matrones si elles ont déjà assisté plusieurs femmes en couches.

C'est ainsi qu'elles se forment et ainsi qu'elles le transmettent à leurs filles. (2)

1.2. Madame Louise Bourgeois « Mon art gisait plus en expérience qu'en science ».

Louise Bourgeois (1563-1636)(3), notamment célèbre pour avoir été la sage-femme personnelle de la reine Catherine de Médicis, est la première sage-femme à avoir écrit au sujet de l'obstétrique. En 1609, elle publiera Observations, stérilités, pertes de fruits et en 1626 Instructions à ma fille qui serviront de base à l'apprentissage des futures sages-femmes, avec pour objectif de préserver la vie des femmes et des nouveaux nés. Les divers ouvrages qu'elle fera paraître seront rédigés grâce à sa pratique personnelle. Elle formera sur le terrain sa fille, qui aspirait à devenir sage-femme, en la faisant pratiquer. Louise Bourgeois prône la collaboration entre médecins et sages-femmes. Dans ses ouvrages elle aborde des sujets obstétricaux et pédiatriques et évoque aussi la relation avec la parturiente qui « *doit être douce* ». (2,4)

1.3. L'Hôtel Dieu et l'office des accouchées

A l'office des accouchées de l'Hôtel Dieu, la maîtresse sage-femme s'occupait seule des « *femmes grosses* ». Elle se chargeait de les examiner, de faire les accouchements, de baptiser les nouveau-nés et cætera.

A partir de 1630, devant la charge de travail croissante, il est décidé d'accueillir une apprentisse pour une formation de trois mois.

Les apprentisses étaient sélectionnées par la maîtresse sage-femme et devaient répondre à certains critères : être mariées, posséder un certificat de bonnes vies et mœurs, être de religion catholique faisait également partie des exigences et enfin elle ne devaient pas être étrangères. Le nombre d'accouchements augmentant, le nombre d'apprentisses admises ira jusqu'à quatre mais pas au-delà pour que la formation reste de grande qualité et qu'elles puissent pratiquer suffisamment. A la fin des trois mois, elles étaient reçues devant un jury de chirurgiens pour passer un examen et valider ou non leur statut de sage-femme. La pratique régulière des élèves, faisait de l'Hôtel Dieu, un lieu de formation d'exception.(5,6)

1.4. La formation des sages-femmes par Angélique le Boursier du Coudray (1712-1789)

Fatiguée des matrones qui exerçaient dans les campagnes sans les compétences requises pour faire accoucher les femmes en toute sécurité, Angélique-Marguerite du Coudray s'est lancée en 1759, avec l'autorisation de Louis XV qui la désigna professeur d'obstétrique, dans un tour de France. Son but était d'apporter son savoir aux femmes, à l'aide d'un mannequin tout à fait novateur sur lequel les élèves pouvaient s'entraîner aux accouchements (pendant deux mois de formation) et de son « Abrégé de l'art des accouchements ». On dit qu'elle forma environ 5000 sages-femmes ainsi que des médecins demandeurs en 25 ans. Grâce à son initiative, elle fit considérablement reculer la mortalité maternelle et infantile. (2,4,7)

1.5. L'instruction des sages-femmes du 19^{ème} siècle à nos jours.

1.5.1. L'école de l'hospice de la maternité.

L'ébranlement de la société française, provoqué par la Révolution, amena la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), régissant l'organisation de la profession médicale, pour contrôler la formation des médecins, chirurgiens et officiers de santé. Elle fait suite et concorde avec la création de l'école de l'Hospice de la Maternité de Paris le II messidor an X (21 juin 1802). (8)

Le fonctionnement de cette école modifia l'atmosphère familiale de l'office des accouchées de l'Hôtel Dieu où les apprentissages étaient peu nombreuses. L'effectif passa de quatre élèves à une centaine.

De plus, l'enseignement n'est plus donné exclusivement par la Sage-femme en chef (Marie-Louise La Chapelle), mais aussi par le chirurgien-accoucheur en chef (Jean-Louis Baudelocque), toujours avec la clinique comme pilier de l'instruction. La durée de la formation initialement prévue de six mois, se trouvait le plus souvent doublée par les élèves qui volontairement voulaient allonger leur temps de formation. En effet, c'est à l'école que leur pratique clinique est la plus importante. Les élèves les plus expérimentées avaient aussi pour mission de former les plus novices au lit du patient, élément, que nous retrouvons encore actuellement notamment dans les maternités écoles. (7)

A l'issue de la formation, les sages-femmes formées à l'école de la maternité étaient qualifiées de sages-femmes de première classe, tandis que les autres, formées dans les écoles départementales avaient un grade de seconde classe. Cette distinction entre les deux niveaux pris fin en 1916 et le diplôme devint unique, avec un passage en 1917 à deux années de formation et l'élaboration d'un programme officiel.

1.5.2. Un allongement progressif de la durée des études

La loi du 24 avril 1944 marqua le passage à une formation en trois ans, avec une année commune avec les étudiants infirmiers, et posa le principe d'alternance des études entre théorie, pratique et stage. Près de 30 ans plus tard, l'arrêté du 23 mai 1973 sépara ces deux corps de métier.

Par un décret de 1985, la formation s'allongea à quatre années d'études et un arrêté de septembre 2001 restructura le programme des études de sages-femmes, en gardant toujours un enseignement clinique supérieur à l'enseignement théorique. La sage-femme clinicienne aurait donc tout autant d'importance, que les sages-femmes enseignantes dans l'apprentissage des étudiants sages-femmes.

C'est en 2003 que la formation passa à sa durée actuelle de cinq ans, avec un nouveau mode de recrutement des étudiants.

En effet si jusqu'à cet instant l'obtention seule du baccalauréat suffisait à entrer à l'école de sage-femme, il faut à partir de 2003 se présenter à la première année du Premier cycle des études médicales (PCEM1) et être classé en rang utile pour pouvoir y accéder. (2,9)

1.5.3. Etat des lieux de la formation en 2018

L'organisation actuelle de la formation des sages-femmes, est régie par un arrêté d'octobre 2009, qui la construit de la façon suivante :

- La PCEM1 est remplacée par la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES). Celle-ci permet aux étudiants inscrits, de choisir vers quelle filière ils désirent s'orienter (médecine, pharmacie, odontologie ou maïeutique) à l'issue du concours, à condition qu'ils soient classés en rang utile dans le numerus clausus de la filière correspondante. (10)
- Les études de sages-femmes comprennent deux cycles. A l'issue du premier, les étudiants reçoivent le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, correspondant à un grade Licence. Le second cycle des études est reformé en 2013 et confère au Diplôme d'état de sage-femme un grade master.
- Le diplôme d'état de sage-femme est attribué, d'après l'article 21 de l'arrêté du 11 mars 2013, aux étudiants ayant validé l'ensemble des enseignements et des stages correspondants aux deux cycles de formation, validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique et soutenu leur mémoire avec succès. (11)

Cet historique du métier de sage-femme, nous fait prendre conscience que jusqu'à la mise en place des premières écoles, transmettre le savoir était un acte qui tenait une place très importante dans l'activité des sages-femmes du 18^{ème}-19^{ème}. Elles désiraient en formant de vrais professionnels, palier à la mortalité maternelle et infantile mais aussi se protéger elles-mêmes des attaques dont elles pouvaient être la cible par les corps de médecins-chirurgiens.

Aujourd'hui encore ces deux objectifs sont toujours d'actualité avec le poids du médico-légal qui pèsent sur les professionnels de santé.

D'après Charles Boelen (12), l'éducation médicale représente une stratégie de santé publique, qui aurait un impact sur la santé de la population. Il serait donc impératif de former les futurs professionnels en prenant en compte les besoins de santé de la société.

2. Accompagnement et transmission de l'art d'accoucher

2.1. Sage-femme : une profession à deux versants

2.1.1. L'ange gardien du couple, des femmes et des nouveau-nés

L'Organisation mondiale de la santé définit une sage-femme comme suit :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons[...] Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents. ».

Cette définition détaille les missions médicales de notre profession, envers la femme enceinte, son suivi en pré-per et post-natal et la prise en charge du nouveau-né. Elle doit avoir la capacité de gérer une situation pathologique dans l'urgence, jusqu'à l'arrivée du médecin.

Le Conseil National de l'ordre des sages-femmes prône la place de la sage-femme comme premier recours auprès des femmes en bonne santé.

Afin de mener à bien ces nombreuses missions, les maïeuticiens doivent bénéficier d'une solide formation théorique et pratique.

Or nous avons vu au début de ce travail que le savoir des sages-femmes, depuis des siècles, se transmet par les pairs et bien que la formation ait énormément évolué, pour s'introduire de plus en plus vers l'universitarisation, ce rôle de transmission est encore présent de nos jours.

2.1.2. Garante des futures générations de sages-femmes

La notion de devoir de transmission était déjà admise au temps d'Hippocrate qui écrivait dans son serment : *"Je jure de communiquer les préceptes généraux, les leçons orales et tout le reste de la doctrine à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples assermentés suivant la loi médicale"*. (13)

De nos jours la déontologie médicale¹ de notre profession, définit comme un devoir de transmettre les connaissances aux plus jeunes générations : *« Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs. »* Article R.4127-304 du code de la santé publique.

En 2010, le Conseil National de l'ordre des sages-femmes et le Collectif des associations et syndicats des sages-femmes a remis à jour le référentiel métier et les compétences des sages-

¹ La déontologie médicale représente l'ensemble des règles morales qui régissent l'exercice d'une profession ou les rapports sociaux de ses membres. (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

femmes. Il y est très clairement exposé qu'elles doivent posséder des savoirs et savoir-faire en matière de pédagogie. (Annexe I)

En analysant ces différents textes, nous pouvons conclure qu'être sage-femme comporte deux versants. D'une part, une pratique clinique auprès des parturientes et d'autre part, une mission d'accompagnement des étudiants.

Or tout comme la clinique en stage, l'accompagnement doit s'apprendre. A l'école de sage-femme de Lille, deux heures de cours sont consacrées à la pédagogie médicale avec une mise en situation.

Nous allons voir dans le point suivant les moyens d'accompagnement des étudiants dans le domaine de la santé.

2.2.L'instruction des étudiants

Instruire une personne nécessite un étudiant intéressé et un formateur qui saura transmettre avec de bonnes méthodes.

2.2.1. La performance de l'élève

Pour rendre un étudiant performant, plusieurs **leviers** sont nécessaires(14) :

- **Les compétences** de l'individu qui ont des savoirs, savoir-faire et savoir-être relationnels et sur lesquels va s'appuyer le formateur pour construire la formation.
- **La motivation** de l'étudiant
- **L'environnement**, l'étudiant qui vient pour apprendre est chargé d'un passé, de son milieu de vie et de ses connaissances.

André Giordan dit à ce propos : « *Ce n'est que lorsque qu'une connaissance revêt pour lui un sens qu'il se l'approprie et fait évoluer son système de représentation* » (15). Il faut que l'environnement soit propice à l'apprentissage.

Si nous appliquons ses dires aux étudiants qui alternent des périodes de cours et des périodes de stages, le fait d'arriver sur un terrain de stage peut déclencher le raisonnement de l'étudiant qui en observant une situation donnée va s'approprier ce qu'il a vu en cours magistral.

2.2.2. L'accompagnement

Selon Lafortune et Deaudelin, l'accompagnement se définit comme étant : « *un soutien apporté à des personnes en situation d'apprentissage pour qu'elles puissent cheminer dans la construction de leurs connaissances, [...] les aider à activer leurs connaissances antérieures, à établir des liens [...] et à transférer le fruit de leur apprentissage en situation réelle. Il présuppose une interaction entre la personne accompagnatrice et celle qui est accompagnée* ». (16)

Cette approche se transpose assez bien à la situation de l'étudiant sage-femme, qui en stage doit associer la théorie apprise en cours à la pratique clinique. Cela grâce aux sages-femmes qui vont les encadrer. Cela s'appelle le transfert des apprentissages. (17)

Maela Paul assimile l'accompagnement à trois entités :

- **Escorter**, c'est-à-dire répondre à ces besoins sur le plan social et affectif.
- **Guider**, en suscitant leur réflexion.
- **Conduire**, signifiant fournir les repères théoriques et méthodologiques.

D'après elle, l'accompagnement se centre d'avantage sur la relation et le cheminement que sur la transmission de connaissance. (18) Maela Paul a développé diverses techniques, à travers une « Nébuleuse de l'accompagnement ». En partant du principe que chacune tend vers la professionnalisation de l'individu. (Annexe II)

Nous développerons ici le compagnonnage.

2.2.2.1. Le compagnonnage

Le compagnonnage définit dès l'origine, le fait de se regrouper entre personnes d'un même métier, constituant des confréries ou des fraternités, ayant pour vocation la transmission des gestes du métier, l'entraide sociale et une filiation de l'ordre du sacré. (19)

C'est une notion qui remonterait au 10^{ème} siècle. Trois légendes s'articulant autour de la construction du temple de Salomon en seraient à l'origine avec trois figures fondatrices : Salomon, Maître Jacques et le père Soubise.

Cependant, d'après la littérature, le compagnonnage n'aurait été réellement organisé qu'au début du 16^{ème} siècle. Il représentait des confréries ouvrières (cordonniers, selliers, couteliers...) animées de rites mal acceptés par l'église et l'état, ayant pour conséquences en 1655 la sentence de la Sorbonne qui interdit les « *les pratiques impies sacrilèges et superstitieuses des compagnons[...]* ». ».

Malgré une histoire difficile, le compagnonnage est encore présent aujourd'hui. L'une des institutions les plus connues à ce jour est l'Association ouvrière des Compagnons du Devoir et du Tour de France fondée en 1941, qui a conservé un fonctionnement sur les mêmes principes que les compagnons de l'Ancien régime.(20)

Les compagnons du devoir s'attachent à 7 valeurs : le métier, la transmission et le partage, le voyage, l'accueil, la communauté, l'initiation et, pour terminer, le travail de réception. (21)

Nous retrouvons cette notion de compagnonnage dans le domaine médical. En effet, l'article R.4127-68-1 du code de la santé publique assimile la formation des médecins à un esprit de compagnonnage. (13)

Dans la formation des étudiants, nous pouvons faire intervenir **le compagnonnage cognitif** comme moyen d'améliorer le transfert des apprentissages. Vanpee et al. ont décrit plusieurs conditions pour parvenir à le mettre en œuvre (17) :

- Articuler les connaissances apprises dans différents contextes et disciplines
- Aider les étudiants à développer leur capacité réflexive
- Favoriser l'acquisition des connaissances conditionnelles
- Favoriser les situations de supervision directe
- Soutenir les étudiants dans la réalisation des tâches
- Favoriser le développement de l'autonomie
- Modéliser cognitivement la tâche

Au début de ce point, des leviers de performance étaient évoqués au sujet de la formation des étudiants. Nous pouvons appliquer ces mêmes leviers au formateur qui lui-même se doit d'être performant. Nous nous intéresserons à un seul des trois leviers, celui de la motivation.

3. La motivation et ses concepts

3.1. Les diverses théories de la motivation

A l'heure actuelle, il n'y a pas d'accord pour une définition unique de la motivation, la question se pose du « *pourquoi* » et du « *comment* » d'un comportement.

Vallerand et Thill la définissent comme « *le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes ou externes produisant le déclenchement, la direction et la persistance du comportement* ».

La motivation est souvent assimilée à « *l'envie de* ». A travers cette définition nous réalisons que l'envie ne constitue qu'une des nombreuses forces pouvant déclencher le comportement. (22)

Au fil de l'histoire, de nombreuses théories motivationnelles se sont succédées (22,23) :

- **L'hédonisme** (XVIIIème siècle) postule que le comportement des individus vise à privilégier les actions source de plaisir et à éviter celles qui génèrent de la frustration ou de l'insatisfaction.
- **Les approches biologiques** de McDougall au XXème siècle ont associé la motivation aux instincts. Autrement dit, aux comportements innés, biologiquement préétablis et essentiels à la survie.
- **Les approches béhavioristes** s'opposent aux approches biologiques. On parle de conditionnement qui dit que nos conduites sont dictées par l'expérience des conséquences qu'elles ont provoquées et qui rendent plus ou moins probable que le comportement se produise à nouveau. Ici la recherche de la satisfaction est la conséquence a posteriori de stimuli externes produisant un renforcement négatif ou positif sur les comportements.

3.2. La motivation sous toutes ses formes.

Deux types de motivation sont identifiées (22–24):

- **la motivation intrinsèque**, qui vient directement de l'individu car elle lui procure un certain plaisir.
- **la motivation extrinsèque** qui puise sa source ailleurs que par l'individu lui-même c'est-à-dire qu'il effectue la tâche en fonction des récompenses ou des sanctions qu'elle va lui apporter.
- On note aussi l'existence d'une absence totale de motivation c'est l'**amotivation**. L'individu n'a aucun plaisir à effectuer des activités, soit par absence de compétences, soit par la résignation ou alors le fait que l'activité n'a aucune valeur aux yeux de l'individu.

Selon Deci et Ryan (22), trois besoins sont au fondement de la motivation, le besoin d'autodétermination (il est à l'origine de son comportement), le besoin de compétence (quand l'individu a l'opportunité d'utiliser ses capacités) et enfin le besoin d'appartenance sociale (sentiment d'appartenance).

La motivation n'est pas figée, c'est un concept dynamique qui s'adapte à l'individu en fonction de son environnement et de sa position face aux divers besoins énoncés ci-dessus.

L'identification des deux versants de la profession nous questionne quant à la connaissance de cette ambivalence du métier par la population générale. Est-ce pour les sages-femmes un versant du métier aussi entraînant pour elles que la clinique ? Fait-il encore partie de leurs valeurs ? Ou doivent-elles chercher une motivation supplémentaire pour l'accomplir ?

La motivation s'applique aussi bien aux étudiants qu'aux professionnels chargés de les former. Afin de fournir aux étudiants une bonne formation, les professionnels doivent se trouver dans de bonnes conditions.

Nous allons donc nous interroger sur les éléments qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur cette motivation.

Deuxième Partie :
Méthodologie et
Résultats