



HAL
open science

Vécu de la première année d'exercice de sage-femme en France : étude descriptive auprès des diplômés en 2018 à l'école de Clermont-Ferrand

Mathilde Jeansonnie

► To cite this version:

Mathilde Jeansonnie. Vécu de la première année d'exercice de sage-femme en France : étude descriptive auprès des diplômés en 2018 à l'école de Clermont-Ferrand. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03200221

HAL Id: dumas-03200221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03200221v1>

Submitted on 16 Apr 2021

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**VECU DE LA PREMIERE ANNEE D'EXERCICE
DE SAGE – FEMME EN FRANCE**

*Etude descriptive auprès des diplômés en 2018
à l'école de Clermont-Ferrand*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Mathilde JEANSONNIE

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**VECU DE LA PREMIERE ANNEE D'EXERCICE
DE SAGE – FEMME EN FRANCE**

*Etude descriptive auprès des diplômés en 2018
à l'école de Clermont-Ferrand*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Mathilde JEANSONNIE

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame Chrystelle Bachellerie-Reynes, sage-femme, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Je te remercie d'avoir cru en mon projet et en mes capacités à le réaliser. Je te remercie pour ta bienveillance et ton soutien.

Madame Michèle Balsan, co-directrice, de m'avoir guidée dans la méthodologie ainsi que dans la réalisation de ce mémoire. Je tiens également à vous remercier pour avoir répondu à mes nombreuses questions.

Les sages-femmes qui ont accepté de participer à mon étude et m'ont accordé de leur temps pour réaliser les entretiens.

Mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes études. Je les remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir supportée durant mes périodes de doutes.

Mon amie Florence, qui m'a aidée dans la rédaction et apporté son aide bienveillante.

Mes amies et collègues de promotion, pour le soutien et les conseils durant la réalisation de ce travail.

GLOSSAIRE

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CSP : Code de la Santé Publique

DE : Diplôme d'Etat

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DU : Diplômes Universitaire

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

GHR : Hospitalisation à Haut Risque

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ICM : Confédération Internationale des Sages-Femmes

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ONSF : Ordre National des Sages-Femmes

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. Profession Sage-Femme en France.....	2
2. Formation Sage-Femme	5
3. Marché du travail	8
4. Sentiment de compétence.....	13
POPULATION ET METHODES.....	18
1. Rappel des objectifs	18
2. Population	18
3. Méthodes.....	18
RESULTATS	21
1. Profil descriptif des participantes.....	21
2. La formation en sciences maïeutiques	23
3. Emotions suscitées par l’insertion dans la vie active.....	26
4. Les différents types de relations	31
5. Projet professionnel : rêve ou réalité	34
6. Volet administratif et social de l’emploi	37
7. Evolution après un an d’exercice.....	38
8. Projet d’avenir	42
DISCUSSION	44
1. Atteinte des objectifs de l’étude.....	44
2. Forces et faiblesses de l’étude.....	44
3. Le sentiment de compétence des sages-femmes	45
4. Le vécu de la première année d’exercice	51
5. Projet d’action.....	59
CONCLUSION.....	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

La profession médicale de sage-femme a vu au fil des années ses champs de compétences et d'exercices s'élargir, entre autres grâce à la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) de 2009. Les pratiques se sont ainsi modifiées avec notamment l'extension au domaine de la gynécologie de prévention (1) ou encore au milieu libéral.

Après cinq ans d'études comprenant de la théorie mais aussi une quantité importante d'enseignement clinique, les étudiants sages-femmes qui ont obtenu leur Diplôme d'Etat (DE) entament leur insertion dans la vie professionnelle (2).

Plusieurs études sur l'immersion professionnelle des jeunes diplômées sages-femmes ont été menées (3-6), néanmoins aucune n'a été retrouvée à ce jour sur le vécu de leur prise de fonction.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, au bout d'un an d'exercice, le sentiment de compétence des sages-femmes dans leur pratique quotidienne. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes a défini « être compétent » comme être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinaison appropriée de « ressources » (7).

Les objectifs secondaires étaient d'explorer le vécu de la première année d'exercice des sages-femmes diplômées ainsi que d'explorer les facteurs qui influencent leur sentiment de compétence.

Afin de répondre à ces objectifs, nous commencerons par une revue de la littérature qui étudiera la profession de Sage-Femme en France ainsi que la formation qui permet d'y accéder. Nous nous intéresserons également à l'état actuel du marché du travail et puis au sentiment de compétence. Nous poursuivrons avec la description de la méthode appliquée à la réalisation de cette étude. Ensuite nous annoncerons les résultats issus des entretiens semi-dirigés qui ont constitué la base de données de l'étude, puis nous les analyserons dans la partie suivante. Avant de conclure ce travail, un projet d'action sera proposé en vue d'améliorer le vécu de cette première année d'exercice.

Durant tout ce mémoire le genre féminin a été choisi pour parler des sages-femmes aussi bien hommes que femmes ; pour ce qui est des étudiants sages-femmes (hommes ou femmes), nous utiliserons le genre masculin.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Profession Sage-Femme en France

1.1. Définition

Conformément à la définition internationale de la sage-femme selon l'ICM (Confédération Internationale des sages-femmes), la sage-femme est une personne qui a suivi un programme d'enseignement spécialisé en obstétrique, qui a terminé le programme avec succès et a acquis les qualifications nécessaires pour avoir le droit de pratiquer légalement la profession. C'est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner appui ainsi que conseils et soins durant la grossesse, pendant l'accouchement et dans la période du post-partum (8,9). Elle réalise les accouchements, ainsi que les soins des nouveau-nés. Elle doit également détecter les complications chez la mère et le nouveau-né. Elle a aussi un rôle en matière d'éducation à la santé génésique des femmes (9).

1.2. Compétences

Le champ d'intervention des sages-femmes est défini par le Code de la Santé Publique. Ses champs de compétences sont très variés, et augmentent au fil des années. Néanmoins, les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence limitée et définie, régie par le Code de la Santé Publique déterminant leur champ d'intervention et impliquant qu'en cas de pathologie, la sage-femme doit adresser la femme à un médecin (10).

D'après l'article L.4151-1, l'exercice des sages-femmes comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (11).

Elle peut également pratiquer l'examen postnatal des grossesses qui ont été normales et dont l'accouchement a été eutocique (11).

Elle est autorisée à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation (11).

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009 a permis l'élargissement des compétences des sages-femmes. En effet, elle a permis l'accès, comme l'indique l'article L.4151-1, à la réalisation de consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. Elle a donc la faculté de réaliser des frottis cervico-vaginal, de prescrire des bilans biologiques ou de dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles), ainsi que de prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs. La pose et le retrait des moyens de contraception comme l'implant ou les dispositifs intra-utérins sont également de son ressort (1,11).

D'après l'article R.4127-318, la sage-femme est autorisée à pratiquer : l'échographie gynéco-obstétricale ; l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ; l'épisiotomie ainsi que sa réfection non compliquée ; la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ; la délivrance et la révision utérine ainsi que la demande d'anesthésie pour réaliser ces gestes si nécessaire ; la réanimation néonatale en attente du médecin ; le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ; la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ; de l'acupuncture si la sage-femme détient un DIU (diplôme interuniversitaire) d'acupuncture (12).

Elle est également autorisée à demander une anesthésie loco-régionale auprès d'un anesthésiste au cours du travail ; par la suite si le médecin l'autorise, elle pourra pratiquer des réinjections par la voie du dispositif mis en place et réaliser son retrait (12).

Elle est aussi en capacité de réaliser des examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée (12).

D'après l'article L.4151-4, la sage-femme est autorisée à prescrire des dispositifs médicaux (liste prédéfinie) ainsi que les examens nécessaires à l'exercice de sa profession (13).

En 2016, il y a eu une modification du Code de la Santé Publique ce qui a permis à la sage-femme d'acquérir de nouvelles compétences. D'après l'article L.4151-2, la sage-femme est autorisée à pratiquer la vaccination (liste prédéfinie) auprès des femmes et de l'entourage pendant la grossesse et les huit semaines suivant l'accouchement (14).

Selon l'article L.2212-2, la sage-femme peut pratiquer des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) par voie médicamenteuse (15).

D'après l'article L.2121-1, la sage-femme est autorisée à réaliser le dépistage et le suivi tabacologique ainsi que la prise en charge du sevrage (16).

Selon le Code de la Sécurité Sociale, article D.331-1, la sage-femme est autorisée à prescrire des arrêts de travail à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique (17).

Toutes ces compétences requièrent de nombreuses qualités. En effet, la sage-femme doit être capable de travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels de la périnatalité mais aussi au sein de réseaux structurés. Elle doit faire preuve de professionnalisme, toujours se positionner dans des démarches éthiques et respectueuses. De plus, elle doit acquérir des capacités en communication afin de pouvoir réaliser ses actions de prévention et donner des informations claires et accessibles à chacun, et ainsi permettre à la femme et/ou au couple de prendre une décision éclairée. Elle doit aussi se montrer douée d'une expertise professionnelle afin d'agir efficacement en fonction de ce qu'elle va pouvoir observer et diagnostiquer. Elle doit également être habile dans la gestion et l'organisation de son temps et de son travail afin de pouvoir d'une part réaliser son accompagnement auprès de la femme, et d'autre part s'impliquer dans son équipe via des projets. Sa qualification lui demande d'enrichir continuellement ses savoirs et de ne cesser de cultiver son esprit critique. Le tout sans jamais oublier sa responsabilité, garante de la qualité de ses soins (7).

1.3. Lieux d'exercices

La sage-femme peut exercer en tant que salariée, soit dans un hôpital public, soit dans un établissement privé. Elle pourra alors travailler dans plusieurs secteurs comme la salle de naissance, les consultations, les suites de couches mais également dans des services d'orthogénie ... (18).

La sage-femme peut choisir d'exercer ses fonctions au sein d'une collectivité territoriale, et plus précisément de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) (18).

La sage-femme peut choisir le secteur libéral comme lieu d'exercice en s'installant dans un cabinet, seule ou en collaboration. Elle peut également faire des

remplacements dans des cabinets. Elle a aussi la possibilité de s'installer dans une maison de santé (19).

1.4. Conditions d'exercices

Le code de la santé publique définit les critères nécessaires afin de pouvoir exercer légalement la profession de sage-femme en France. En effet, d'après l'article L4111-1, il est nécessaire d'être détenteur d'un Diplôme d'Etat (DE) afin de pouvoir exercer notre profession, ainsi que d'être inscrit au tableau de l'Ordre National des Sages-Femmes (ONSF) (20).

L'article D4151-15 et D4151-16, autorise les étudiants sages-femmes inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur offrant des formations en maïeutique, ayant validé la totalité de leurs enseignements théoriques et cliniques de la cinquième année du cursus de sage-femme, à exercer la profession de sage-femme en qualité de remplaçant cela pour une durée maximum de deux ans (21,22).

De plus, les étudiants sages-femmes, une fois diplômés, ont pour obligation de réaliser une formation médicale continue afin d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances (23).

2. Formation Sage-Femme

2.1. Cursus

Les études de sage-femme sont divisées en deux cycles. Le premier cycle est composé de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) ainsi que des deux premières années au sein de l'école. Le deuxième cycle se déroule sur deux années permettant d'approfondir les sciences maïeutiques (2,24). Le premier cycle permet d'acquérir le niveau de Licence, et le second cycle celui de grade de Master (24).

Ces deux cycles de formation sont constitués d'enseignements théoriques et cliniques ainsi que de stages. L'enseignement clinique reste majoritaire par rapport à la formation théorique (25).

Au sein de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, plusieurs parcours de stages sont proposés aux étudiants à compter de la quatrième année de formation, à savoir : le parcours « type I-II », le parcours « type III » ou encore le parcours « libéral ». La différence entre ces parcours se situe au niveau du lieu de réalisation du stage préprofessionnel de six mois, qui pourra se dérouler dans un établissement de type III, de type I-II ou en secteur libéral en fonction du choix de l'étudiant. Cependant, ce choix ne conditionne en rien l'avenir professionnel puisque le même nombre d'heures de stage au sein des différents secteurs sera réalisé.

L'objectif de ce système est de permettre à l'étudiant de se préparer à un projet professionnel ciblé au plus près du DE, quand il se trouve à l'étape de finalisation de ses compétences, et de faciliter son intégration professionnelle en développant son réseau de connaissance dans le secteur qu'il souhaite occuper pour son premier poste.

2.2. Parcours universitaire

L'intégration des écoles de sages-femmes à l'université répond à un double objectif : d'une part, former nos futures sages-femmes à travailler de manière autonome dès l'obtention du diplôme et d'autre part, permettre aux étudiants sages-femmes qui le souhaitent de développer une double compétence en matière de recherche (24,26).

La loi HPST, du 21 juillet 2009, autorise la formation initiale de sage-femme à devenir une composante de l'université. Jusque-là, la formation se déroulait en école hospitalière (27,28). Les écoles de sages-femmes se caractérisent par une double tutelle hospitalière et régionale. Dans tous les cas, c'est la Région qui restera le financeur de la formation (24).

De plus, les étudiants sages-femmes s'ils poursuivent actuellement à l'issue de la PACES les quatre autres années de formation dans les écoles hospitalières, sont également inscrits à l'université dont ils bénéficient des services inhérents (bibliothèque universitaire, services de scolarité, services de sante universitaire, ...).

Quant au diplôme, il est délivré et signé par le Président de l'Université depuis 1982, il apparaîtrait donc logique d'intégrer ces écoles au sein d'une université (24,26,28).

D'une part, cette intégration permettrait de lutter contre les inégalités entre les différentes filières médicales et faciliterait leur collaboration (26,28).

D'autre part, devenir une composante universitaire offrirait la possibilité à la fois aux écoles de s'émanciper en acquérant une autonomie pédagogique et budgétaire, et d'avoir une perspective de développement de recherche en maïeutique (24,26,27).

En effet, l'initiation à la recherche pendant les études permet aux futurs professionnels d'apprendre à se questionner sur les pratiques professionnelles et donc d'être plus autonomes dans leurs choix (26). De plus, ce parcours permettrait pour les étudiants qui le souhaitent, de poursuivre leurs études dans la recherche via un cursus de troisième cycle pour obtenir un Doctorat. Ces recherches pourraient permettre de répondre à des problématiques de pratiques professionnelles des sages-femmes via des données probantes (26). Il apparaît d'autant plus important de développer cet accès à la recherche car en comparaison avec les publications anglo-saxonnes, nos publications de sages-femmes apparaissent encore trop peu nombreuses (24). Cependant, le nombre d'articles scientifiques sur notre profession est en train de croître depuis quelques années. De plus, la publication en français faciliterait l'accès aux connaissances et aux preuves pour les pays francophones (29).

L'impact de cette réforme serait aussi mesurable pour les enseignants qui vont obtenir reconnaissance et valorisation de leurs activités (27) mais également pour les sages-femmes qui peuvent songer à une évolution salariale et une légitimation dans leurs missions et rôles professionnels (27).

Cependant, il reste encore du travail car à ce jour, seules cinq écoles sur trente-cinq sont intégrées à une université (24,28). L'école de Sage-Femme de Marseille a été la première à être intégrée à l'université d'Aix-Marseille II en 2010 (27).

2.3. Enquête de l'ANESF

En 2015, le mal-être des professionnels de santé est au cœur de l'actualité. En effet, suite à une enquête menée par Stéthos International, on apprend que près de la moitié des professionnels de santé estime avoir été en situation de burn-out (30).

Suite à cela, en 2017 les associations d'étudiants de médecine et des infirmiers décident de mener une enquête pour étudier le bien-être de leurs étudiants respectifs. Il en ressort qu'ils sont eux aussi touchés par cet état de mal-être avec des forts taux de

dépression chez les médecins (23,7%) et une dégradation de la santé physique ou psychologique de 50% des étudiants infirmiers durant leur formation (30).

De ce fait, l'ANESF (Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes) a décidé de mener son enquête de bien-être sur ses étudiants en 2018 (30).

Les résultats représentatifs de la totalité des étudiants avec un taux de réponse à 60%, ont révélé un mal-être assez important (31).

En effet, sept étudiants sur dix présentent des syndromes dépressifs. Il en ressort un fort impact de la formation sur la vie quotidienne des étudiants. On note une incidence sur la qualité du sommeil poussant certains à la consommation de somnifères, une dégradation de leur santé, une augmentation du stress due à la pression de la formation notamment causée par les stages (31).

L'enquête soulève aussi l'envie chez 27% des étudiants d'arrêter leurs études et chez 20% l'envie de les suspendre. De plus, 61% des étudiants disent ressentir de la maltraitance en stage (31).

Cette enquête révèle de nombreux problèmes surtout quand on sait que « le bien-être des étudiants d'aujourd'hui conditionne le bien-être des professionnels de demain, et la qualité des soins pour les patientes » (31).

3. Marché du travail

3.1. Démographie des Sages-Femmes

D'après les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) de 2018, on compte en France 22 812 sages-femmes, avec 62,6% travaillant en hôpital dont 79,2% dans le public, 20,7% travaillant en secteur libéral, et 5,1% exerçant en PMI (32). Cependant, la démographie des sages-femmes présente de grandes disparités en fonction des régions (33).

Le nombre de sages-femmes est en constante augmentation depuis une quinzaine d'année, dû à deux phénomènes : une augmentation du numerus clausus jusqu'en 2005 et une diminution des départs en retraite du fait du recul de l'âge légal de la retraite

(34,35). Cela a longtemps été jugé opportun pour d'une part, pallier la nette diminution du nombre de gynécologues et, d'autre part permettre aux sages-femmes de pouvoir exploiter leurs compétences dans le domaine de la santé gènesique (33).

En effet, le nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer a augmenté durant ces dernières années, passant de 77 sages-femmes en 1991 à 126 sages-femmes en 2011. Le nombre de naissances ayant augmenté de manière moins importante que le nombre de sages-femmes conduit à une diminution du nombre d'accouchements par sage-femme. Cependant, il semblerait que cette augmentation puisse être absorbée par le fait de l'élargissement de leurs compétences à la santé gènesique, depuis la loi HPTS de 2009 (33,35).

Cette augmentation d'effectif et l'élargissement de leurs compétences ont conduit à une augmentation du nombre de sages-femmes en secteur libéral. Cet accroissement ne devrait pas s'arrêter si on ne réduit pas le nombre de sages-femmes actives. Effectivement, d'après les prévisions de l'étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), il devrait y avoir entre 45 et 48 % des actives en secteur libéral en 2030 (33,35). Cet engouement pour le secteur libéral peut s'expliquer par le développement des activités suivantes : le PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile), l'IVG médicamenteuse, l'échographie ainsi que le suivi gynécologique de prévention (33). Mais, selon l'étude menée par le CNOSF, même avec toutes ces nouvelles activités, il semblerait que ce soit un besoin surestimé qui ne suffira pas à absorber tout le surplus d'effectif (33).

L'activité libérale concerne de plus en plus de professionnelles très jeunes (34-36). En effet, on constate un attrait à la sortie de l'école ou quelques années après pour l'exercice libéral de la profession. En 2011, seulement 4% des professionnelles en secteur libéral avaient moins de 30 ans, en 2014, elles sont 11% (34).

3.2. Précarité de l'emploi

Malgré une diminution du nombre de services de maternité, il y a une augmentation d'emplois dans le secteur salarié de manière plus importante dans le public que le privé, majoritairement sous forme de CDD (Contrat à Durée Déterminée). On assiste à une nette érosion de la stabilité de l'emploi. Le marché du travail chez les

sages-femmes devient un marché dual, avec d'une part une majorité de salariées qui occupent des postes stables et, d'autre part les nouvelles entrantes dans le monde du travail qui ont peu de chance d'accéder à un emploi durable (34).

Le recours au CDD dans la profession des sages-femmes est bien supérieur à celui observé dans les autres branches, bien que cela reste un phénomène très répandu (34).

A la sortie de l'école, les jeunes diplômées ont peu de mal à trouver un CDD sur les congés d'été qui pourra, éventuellement, être renouvelé mais sans garantie (34).

Il n'y a pas de visibilité sur les offres d'emploi ; les sages-femmes peuvent apprendre au dernier moment qu'elles sont renouvelées alors que certaines avaient déjà commencé à chercher voire même trouver un autre emploi ailleurs. Mais cette absence de visibilité touche également les coordinatrices de service qui sont soumises aux contraintes budgétaires ainsi qu'aux aléas (congés maternité, arrêts de travail). De plus, il semblerait que les établissements recrutent sur des CDD d'environ 12 mois, pour ne pas être contraints d'embaucher (34).

Quant aux motifs de non-renouvellement de contrat, ils sont souvent peu explicites afin de cacher les véritables raisons strictement gestionnaires (34).

Le parcours d'emploi impose donc aux sages-femmes une grande flexibilité (34).

Le CNOSF a réalisé une étude en 2016 qui a montré que si on n'infléchissait pas la croissance excessive des sages-femmes, il leur serait encore plus difficile de trouver un travail puisque cette croissance serait incompatible avec les perspectives d'offres d'emploi (33).

Cette nouvelle façon de travailler conduit souvent à des périodes de chômage ou bien des temps partiels subis, mais rares sont celles qui restent durablement sans emploi (34).

L'augmentation du nombre de sages-femmes en secteur libéral conduit mécaniquement à un développement de l'offre de remplacement. Cependant, le remplacement offre rarement un travail à plein temps, d'où la nécessité de cumuler les emplois (34).

La majorité des sages-femmes (71%) inscrites à Pôle Emploi sont jeunes (<35 ans) et cela s'explique par le fait du maintien de l'inscription pour celles qui ont des temps partiels (34). Mais il est difficile d'estimer avec exactitude le taux de chômage

chez les sages-femmes car celles sans activité ne sont pas forcément inscrites à Pôle Emploi. Il semblerait tout de même que le taux de chômage dans cette profession reste plus bas que celui des autres professions sur le marché du travail (34).

Cette précarité d'emploi a un impact sur la qualité des soins dispensés par les sages-femmes ainsi que sur leur autonomie professionnelle puisqu'il est plus difficile de faire valoir son point de vue en tant que contractuel (34).

3.3. Vécu de la précarité de l'emploi

Cette période de transition avant de trouver un emploi stable est perçue comme insécure et difficile par les jeunes professionnelles (34).

D'après l'étude menée par le CNOSF en 2014, il ressort que les personnes embauchées en CDD se sentent parfois considérées comme des « bouche-trous ». En effet, elles sont plus souvent rappelées pour revenir travailler en cas de manque de personnel, et se sentent obligées d'accepter du fait de leur statut précaire, sans parler des emplois du temps où leurs gardes sur des nuits ou week-ends sont plus nombreuses que les titulaires (34).

Cette étude soulève aussi le fait qu'une sage-femme sur deux qui traverse des difficultés d'insertion, dit envisager ou avoir envisagé une reconversion professionnelle. Cependant dans l'ensemble, du fait de leur engouement pour leur profession et de la nécessité d'avoir un salaire, elles acceptent les conditions de travail difficiles (34).

On constate que les sages-femmes nouvellement diplômées sont plus mobiles que leurs aînées (34,37). Ce nouvel état de fait soulève un autre problème : le logement. En effet, il est difficile de louer ou d'acheter un bien quand on est constamment mobile géographiquement. De plus, les banques sont réticentes à faire des prêts immobiliers à défaut d'emploi fixe (34).

Il est frappant de noter que souvent les contractuelles ne sont pas certaines du respect du cadre légal de leur contrat de travail mais du fait de la pénurie de poste, elles n'envisagent aucun recours contre l'employeur (34).

3.4. Vécu de l'exercice professionnel

Depuis les années 2000, les sages-femmes hospitalières ressentent une dégradation de leurs conditions de travail notamment dans la lourdeur des tâches administratives qui ne cessent de croître (37). De plus, on constate un manque de reconnaissance, une charge de travail trop importante ne permettant pas un accompagnement satisfaisant des patientes, mais également une rémunération insuffisante (37).

En ce qui concerne les professionnelles en secteur libéral, dont l'activité est en pleine extension, leur installation reste un choix trois fois sur quatre (36). Les avantages qui prédominent pour ce mode d'exercice sont le lien créé avec la patientèle, la liberté d'organisation de son temps ainsi qu'une pratique diversifiée (36,38). En ce qui concerne les inconvénients, on retrouve la lourdeur des tâches administratives et une faible rémunération (36,38). Pour la plus grande majorité, le montant des charges est supérieur à la moitié des revenus, ce qui peut créer une réelle précarité financière pour certaines (36). De plus, les sages-femmes nouvellement diplômées s'installent de plus en plus jeunes en secteur libéral, et il est ressorti du mémoire d'une étudiante que certaines avaient été interpellées par des patientes étonnées de leur jeune âge (38).

La plupart des sages-femmes du secteur libéral exercent une activité semi-globale, et on constate que celles qui proposent un suivi global ont un revenu similaire alors qu'il s'agit là d'un travail plus chronophage (36).

De plus, le secteur libéral est aussi contraint depuis l'entrée en vigueur de l'avenant n°1 du 9 janvier 2012 à la Convention Nationale des Sages-Femmes Libérales, par des mesures d'incitation ou des conditions spécifiques d'accès au conventionnement en fonction du lieu d'installation envisagé. Ces mesures ont été mises en place pour juguler l'augmentation des installations dans des zones géographiques déjà sur-dotées en sages-femmes, et inciter les installations dans les zones de désert médical. Cette cartographie contraint ainsi les sages-femmes désirant ouvrir un cabinet libéral à un choix géographique de vie pouvant être différent de celui qu'elles souhaitaient (39).

4. Sentiment de compétence

4.1. Sentiment d'efficacité personnelle

D'après Bandura, docteur en psychologie et enseignant à l'université de Stanford, le sentiment d'efficacité personnelle, défini durant les années 80, désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, ainsi que la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles (40).

Ce sentiment d'efficacité personnelle peut être modifié par quatre sources. La première source est l'expérience active, elle correspond au succès vécu par l'accomplissement d'un comportement donné qui renforcera l'individu à croire en ses capacités personnelles, alors que l'échec réduira ce sentiment. La deuxième est l'expérience indirecte basée sur l'observation de réussite de ses pairs qui peut influencer sa croyance en sa capacité à réussir, et au contraire l'observation d'échec qui peut remettre en doute sa propre efficacité. La troisième source est la persuasion verbale qui consiste à augmenter la croyance en son propre potentiel pour adopter avec succès des comportements qui auparavant embarrassaient, par le biais de suggestions, conseils, avertissements ou interrogations. Et la dernière est l'état physiologique et émotionnel qu'associe l'individu au comportement demandé. Par exemple, l'association d'anxiété avec une faible performance du comportement demandé peut amener à douter de ses compétences personnelles à l'accomplir (40).

4.2. Etudes sur le vécu et sentiment des nouveaux diplômés

4.2.1. Sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale

Une étude a été réalisée par un étudiant en médecine sur la formation des futurs médecins généraliste (41). Cette étude a émergé suite à la prise de conscience des compétences nécessaires pour exercer cette profession ainsi qu'à l'effet généré par cette prise de conscience sur les futurs diplômés, le but étant d'évaluer le sentiment « d'être prêt à exercer » ainsi que sa genèse. Il fait notion de la différence du sentiment lié à la compétence clinique et celui d'être prêt à exercer.

Cette étude nous permet de comprendre que le sentiment d'être prêt à exercer est un phénomène qui va se construire en trois étapes. Tout d'abord la découverte d'un nouveau métier, stressante, dont la réalité présente un écart avec les connaissances acquises. Puis, la confrontation à des situations authentiques qui entraîneront la prise de conscience de la nécessité d'acquisition de compétences réalistes, le tout construisant l'expérience du nouveau diplômé. Et enfin, l'acquisition d'une expertise dans son domaine (41).

Ce qui se dégage également, est la construction de l'identité professionnelle, qui est indispensable à toute démarche professionnelle assumée. Cette identité est très liée à la notion de « modèle de rôle », dont l'absence est préjudiciable pour la prise en compte du sentiment d'être prêt à exercer. En effet, il est préférable d'avoir un contact précoce avec une personne diplômée pour permettre l'affirmation de soi ainsi qu'une légitimité à exercer la profession (41).

4.2.2. Expérience des nouvelles diplômées dans un modèle de continuité des soins

Une étude a exploré les expériences de nouvelles diplômées sages-femmes en Australie travaillant dans un modèle de continuité de soins avec un petit groupe de sages-femmes (42). Il en ressort que cette continuité est très satisfaisante aussi bien pour la femme que pour la sage-femme qui créent ensemble une réelle relation de confiance. Cette relation facilite l'échange, ce qui permet à la sage-femme de pouvoir plus facilement prodiguer des conseils à la femme qui les suivra davantage. Le tout permet à la sage-femme d'explorer toutes ses compétences au sein d'un travail enrichissant et varié, mais aussi d'approfondir ses compétences, de se sentir responsable. Les sages-femmes estiment que travailler ainsi est plus satisfaisant que de tourner sur différents secteurs où elles ne créent pas de réel lien (42).

Il a été rapporté que les sages-femmes se sentaient plus confiantes lorsqu'elles connaissaient la femme. D'ailleurs la confiance des sages-femmes a été mesurée au bout d'un an de travail dans le soin continu, et il s'est avéré qu'elle était augmentée (42).

Ces nouvelles diplômées soulignent également l'importance du soutien des autres sages-femmes plus anciennes avec lesquelles elles travaillent. En effet, la prise de

décision clinique peut parfois se révéler être un défi pour ces nouvelles diplômées qui viennent juste de quitter le rôle d'étudiant pour un rôle pleinement qualifié (42).

4.2.3. Différence du vécu entre continuité des soins et sectorisation des soins

Dans cette étude, on compare l'expérience et le vécu des jeunes diplômées sages-femmes en fonction du lieu d'exercice : dans un hôpital, où les sages-femmes tournent entre les différents secteurs (salle de naissance, suite de couches, ...), ou bien dans un modèle de soins continus (43).

Bien que les sages-femmes durant leur formation aient acquis des connaissances sur leur profession, la réalité de la pratique est souvent stressante et difficile pour ces jeunes diplômées. De plus, l'augmentation des responsabilités dans la gestion des soins est pour elles particulièrement accablante. Le passage d'étudiant à professionnelle qualifiée est décrit par certaines comme une forme de « réalité ou choc de transition ». La jeune diplômée peut ainsi ressentir des sentiments de peur, d'appréhension, d'incertitude ainsi que d'insécurité (43).

Afin d'accompagner les nouvelles diplômées dans cette période de transition, des programmes d'aide ont été mis en place. Le but étant de leur fournir un soutien afin qu'elles puissent s'acclimater au travail et augmenter leur confiance en elles (43).

Pour celles qui travaillent dans un hôpital, avec une rotation entre les différents secteurs, le principal ressenti en salle de naissance est le stress provoqué par la responsabilité de devoir prendre les décisions seules car en tant qu'étudiants, elles n'ont jamais à prendre une décision par elles-mêmes, c'est toujours fait sous couvert de la sage-femme. Il semblerait en effet que les étudiants ne se sentent pas préparés à la prise de décision autonome. De plus, le point commun qui ressort dans cette étude est la peur de se tromper ou de passer à côté de quelque chose d'important. Cependant, malgré le fait que certaines se sentent surveillées par les sages-femmes plus anciennes, il semble que les sages-femmes plus expérimentées soient toujours là pour conseiller les jeunes diplômées quand c'est nécessaire. Le sentiment d'appartenance à l'équipe semble très important pour augmenter la confiance en soi (43).

En ce qui concerne celles qui travaillent dans un modèle de soins continus, l'étude montre également que les jeunes diplômées, qui ont la chance de pouvoir travailler dans un tel système, sont plus soutenues par leurs aînées et ressentent moins la hiérarchie que dans un hôpital. Ce modèle leur permet d'approfondir leur apprentissage tout en gagnant en confiance. De plus, les jeunes diplômées qui ont eu la possibilité de pouvoir exercer dans un tel système pendant cette période de transition (étudiant-professionnelle qualifiée) ne décrivent pas de stress ni d'anxiété (43).

4.2.4. Evaluer le vécu des nouvelles diplômées bénéficiant d'un programme de soutien

Une étude sur les nouvelles diplômées sages-femmes en Nouvelle Zélande a été réalisée. L'objectif est d'évaluer les compétences et la confiance en soi des nouvelles diplômées participant au programme d'aide dédié à la première année de pratique en tant que professionnelle (44).

Pour que les diplômées soient inscrites au registre des sages-femmes, il faut qu'elles soient jugées compétentes cependant cela ne veut pas dire qu'à ce moment-là elles se sentent en confiance. La confiance en soi va être impactée par différents facteurs comme notamment l'influence de ses collègues, l'autonomie perçue et le sentiment de familiarité. Cette confiance se gagne au fil du temps et de la pratique (44).

Là encore, ce qui ressort est un manque de confiance face à la prise de décision de manière autonome (44).

La Nouvelle Zélande a donc mis en place un programme de soutien durant la première année de pratique des jeunes diplômées. Ce programme comporte plusieurs phases, à savoir : accompagnement pendant la pratique clinique, soutien à la formation continue, mise en place d'un mentor officiel et examen des normes relatives aux sages-femmes (44).

Le mentor permet aux nouvelles diplômées d'être écoutées, soutenues mais les mentors ont également la responsabilité de les mettre au défi et de les critiquer afin de les responsabiliser, de les inciter à explorer et réfléchir sur leurs propres pratiques. Le tout permet aux sages-femmes de prendre confiance en leurs connaissances, mais aussi dans leurs prises de décisions et dans leurs interactions professionnelles (44).

Enfin, l'examen des normes relatives aux sages-femmes permet, à ces dernières, de réfléchir sur leur évolution tout au long de leur première année. Elles évaluent leur niveau de confiance au début de la formation et le compare à celui obtenu à la fin. Souvent, ce programme leur permet de devenir une sage-femme confiante et compétente, malgré le fait que ce parcours reste très personnel (44).

POPULATION ET METHODES

1. Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le sentiment de compétence des sages-femmes dans leur pratique quotidienne au bout d'un an d'exercice.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer le vécu de la première année d'exercice des sages-femmes diplômées ainsi que d'explorer les facteurs qui influencent leur sentiment de compétence.

2. Population

2.1. Echantillon de l'étude

L'échantillon était constitué de sages-femmes diplômées d'Etat à l'école de Clermont-Ferrand en 2018, ayant exercé au moins six mois à compter de l'obtention de leur diplôme, soit en milieu hospitalier soit en milieu libéral.

Trente sages-femmes ont été contactées par mail, obtenus par le biais du bureau des étudiantes sages-femmes de Clermont-Ferrand. Parmi les trente sollicitées, sept d'entre elles ont répondu favorablement, et deux adresses mail étaient invalides. Au total, sept participantes ont été recrutées pour cette étude. Aucune relance n'a été effectuée, car la taille de l'échantillon était suffisante pour réaliser cette étude puisque la saturation des données a été atteinte. En effet, les données recueillies ainsi que leur analyse ne fournissaient plus d'éléments nouveaux à la recherche (45).

3. Méthodes

3.1. Type d'étude

Cette étude s'est déroulée selon une recherche descriptive, interprétative.

3.2. Mode de recueil des données

Le recueil des données a été effectué par le biais d'entretiens semi-dirigés (45).

Une grille d'entretien préalablement établie, a servi de ligne directrice afin de mener à bien ces entretiens. Cette grille contenait une trentaine de questions ouvertes ou fermées, portant sur les renseignements généraux, le vécu et le parcours au cours des études de sages-femmes, le vécu des premiers pas en tant que diplômée, ainsi que la vision et l'orientation pour leur avenir professionnel (Annexe I). Cette grille a été auparavant testée, puis après vérification de la bonne compréhension de la totalité des questions, les entretiens ont pu débuter. L'entretien qui a servi de test a été intégré dans l'étude, car il n'a pas entraîné de modifications de la grille.

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle dont un a été réalisé en face à face au sein de l'UFR de Médecine de Clermont-Ferrand et les six autres de manière téléphonique. Ils ont été confidentiels et soumis au secret professionnel. Les propos ont été enregistrés (après accord de la participante) avec un dictaphone afin de faciliter leur retranscription du verbatim sur document Word. La durée moyenne des entretiens étaient de 55 minutes, variant de 30 minutes à 88 minutes.

3.3. Déroulement de l'étude

Cette étude s'est déroulée entre le mois de novembre 2019 et le mois de décembre 2019.

3.4. Mode d'analyse des données

Après retranscription du verbatim des entretiens, une analyse manuelle thématique du contenu a été réalisée (45).

Suite à la relecture des retranscriptions ainsi que leur analyse, les thèmes les plus cités par les participantes ont pu être dégagés. Chaque grand thème a ensuite été divisé en sous-catégorie. Le tout a été retracé dans un tableau afin de faciliter son analyse.

3.5. Aspects éthiques et réglementaires

3.5.1. Avis au Délégué à la Protection des Données (DPD)

Un avis pour autorisation de lancement de l'étude a été demandé au DPD du Centre Hospitalier Universitaire, puisque cette étude impliquait la réalisation d'entretiens ainsi que la conservation des données durant les deux années suivant la publication des résultats. Les entretiens ont débuté après validation de la grille d'entretien et obtention de l'accord du DPD.

La grille d'entretien avait été au préalable validée par les professionnelles encadrant le travail de recherche.

3.5.2. Information et consentement

Une lettre d'information sur l'étude a été envoyée par mail à chaque participante avant l'entretien (Annexe II).

Un consentement écrit pour participer à l'étude leur a également été demandé (Annexe III).

Le consentement oral des participantes pour l'enregistrement a été recueilli au moment de l'entretien.

3.5.3. Anonymat

Les entretiens ont été retranscrits de manière anonyme. Chaque participante s'est vue attribuer un numéro afin de pouvoir annoter les citations tirées des enregistrements. De plus aucun nom ni lieu d'établissement hospitalier ou cabinet libéral n'a été cité.

RESULTATS

1. Profil descriptif des participantes

L'échantillon se composait de sept sages-femmes volontaires diplômées en 2018 à l'école de Clermont-Ferrand.

Les sept participantes étaient toutes des femmes âgées entre 23 et 25 ans, sans enfant.

Différents parcours de stage avaient été choisis par les participantes durant leur formation.

Quatre avaient choisi de prendre un parcours type I-II « *pour pouvoir prendre le temps [avec les patientes]* » (P3) ou encore avoir « *une formation plus personnalisée* » (P4) au sein des maternités périphériques.

Deux avaient pris un parcours type III notamment pour « *faire surtout en quatrième année [...] du niveau I et II, parce qu' [elle] trouvait ça plus logique dans le sens où tu étais plus autonome sur de la physio en niveau I-II et après finir en niveau III avec de la GHR tout ça* » (P6).

Une avait pris le parcours libéral « *pour la diversité* », et « *la qualité de vie* » (P2).

Concernant le premier lieu de prise de fonction, il a été constaté qu'il était déjà connu pour cinq d'entre elles (P1, P2, P3, P5, P6), dont deux l'ayant eu pour lieu de stage préprofessionnel (P2, P3). Quant au deux autres participantes, elles n'avaient jamais connu ce lieu d'exercice.

Dans l'ensemble, les lieux d'exercices étaient assez variés, en passant des établissements publics ou privés jusqu'à l'exercice en secteur libéral.

A propos des régions d'exercice, la majorité des sages-femmes exerçait en Auvergne-Rhône-Alpes.

Tableau I : Récapitulatifs lieu d'exercice

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Région	Auvergne- Rhône- Alpes	Auvergne- Rhône- Alpes	Val de Loire	DOM-TOM	Auvergne -Rhône- Alpes	Auvergne- Rhône- Alpes puis Nouvelle Aquitaine	DOM- TOM
Etablissement	Maternité type I	Libéral et clinique privée	Maternité type II	Materni té type III	Maternité type I	Maternité type I et CPP	Dispens aire

Il est constaté que l'unanimité des sages-femmes était présente dans les principaux secteurs hospitaliers tels que la salle de naissance ou les suites de couches. Quant aux autres activités (IVG, consultation, etc...), en fonction du lieu d'exercice, le nombre de sages-femmes exerçant dans ces différents secteurs est plus variable.

Tableau II : Récapitulatif des activités exercées

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Suites de couches	X	X	X	X	X	X	X
Salle de naissance	X	X	X	X	X	X	X
Bloc gynéco					X	X	
Urgence gynécologique	X	X	X	X	X	X	X
Consultation obstétrique		X			X	X	X
Consultation gynécologique		X				X	
IVG		X					
PNP		X				X	
suites pédiatrique (>J4)		X				X	

Durant les entretiens, aucune personne n'avait révélé avoir vécu, durant sa première année d'exercice, une situation personnelle ayant pu engendrer du stress, hormis celle qui avait été confrontée au « décès de [sa] grand-mère » mais était « en métropole [à ce moment-là] en vacances, donc [elle] pense [que] ça a pas eu de répercussions ... au boulot » (P7).

2. La formation en sciences maïeutiques

2.1. Vécu des études

Parmi les personnes interrogées, quatre d'entre elles avaient déclaré avoir « *très bien* » (P7) ; « *super bien* » (P2) ; « *bien* » (P5) ou encore « *plutôt bien* » (P6) vécu leurs études.

A contrario, trois avaient trouvé les études relativement « *difficiles* », avec comme arguments : « *Ça demande beaucoup de sacrifices dans sa vie personnelle* » (P1), ou « *c'est long, c'est dur* » (P3) ou encore « *j'ai trouvé ça vraiment dur. Un peu en dents de scie mais dans l'ensemble c'est difficile et pas très confortable ces études* » (P4).

La difficulté majeure évoquée par six sages-femmes interviewées était la charge de travail très importante : cours, travail personnel et stages confondus.

En effet, avait été abordée la quantité importante de cours qui rendait les études « *intenses* » mais leur donnait également un côté « *stimulant* » et enrichissant : « *c'est sûr que tu apprends plein de choses* » (P4).

La septième participante qui n'avait pas souligné cette difficulté, avait plutôt pointé l'intérêt qu'elle portait aux nouveautés comme « *un cours sur l'acupuncture [...]. Ça permet de changer des cours classiques. [...] Ça a mis une nouvelle énergie et c'était bien. J'avais apprécié.* » (P2).

Le mémoire avait lui aussi été évoqué, il en ressortait qu'il était très chronophage et « *hyper astreignant la dernière année* » (P6).

La septième participante avait bien vécu la réalisation de son mémoire : « *moi ça ne m'a pas stressé plus que ça car le sujet j'étais vraiment trop contente de l'avoir trouvé. Et après faire le questionnaire avait été agréable, un peu de remue-méninge pour trouver les bonnes questions ... (rires) mais après pour analyser les questions j'avais eu l'aide d'un statisticien donc ça avait été plutôt efficace.* » (P2).

De plus, deux sages-femmes (P2 ; P3) avaient souligné des débuts difficiles dans l'immersion du monde du travail en tant qu'étudiante : « *La [l'année] plus dure je pense ça a été la troisième année car on a commencé les stages. [...]. On fait vraiment un peu le larbin à droite à gauche, on a l'impression de gêner tout le monde. [...] on*

n'a pas encore les connaissances pratiques en tant que sage-femme. On est balancée à l'hôpital, on jongle entre les personnes qui ne veulent pas nous prendre, celles qui nous engueulent. » (P2).

Cependant, pour deux autres (P4 ; P7) elles n'avaient jamais rencontré de difficultés en stage : *« les stages j'ai jamais rencontré de difficultés particulières, ça se passait toujours plutôt bien dans l'ensemble, j'avais pas de stress particulier quand j'allais en stage, j'y prenais du plaisir, peu importe les terrains de stage » (P7).*

2.2. Les apports théoriques et pratiques sont-ils suffisants pour se sentir compétent ?

Pour deux participantes (P4 ; P6), l'ensemble des connaissances théoriques qui avait été fourni par la formation était suffisant : *« les connaissances théoriques j'aurais dit oui je pense parce que... j'ai pas eu forcément de choses qui m'ont vraiment manqué par la suite. Par contre sur le côté pratique, je pense qu'il y a peut-être des choses qui me manquaient un peu mais je pense qu'il faut de toute manière à un moment passer le pas et être sage-femme » (P6).*

Pour les cinq autres sages-femmes, toutes ont rapporté que la formation en obstétrique était totalement satisfaisante : *« Sur le plan obstétrical, oui je me sentais assez formée » (P1) ; « Voilà l'obstétrique ça me faisait...ouais non ça me faisait pas vraiment peur, je me sentais à l'aise » (P7).*

En ce qui concerne la formation en gynécologie, bien qu'elles aient eu *« plein de cours supers intéressants »*, ces cinq mêmes praticiennes ont déclaré se sentir moins compétentes qu'en obstétrique. Les lacunes rapportées concernaient le *« dépistage des pathologies gynécologiques » (P3)*, *« l'échographie »* et la *« prise en charge des urgences gynécologiques du premier trimestre » (P7)*. Les causes de ces lacunes étaient selon elles le manque de pratique notamment en stage, souvent en corrélation avec les choix de parcours au sein de la formation, mais aussi par l'écart existant entre la théorie et la pratique comme en témoignaient ces déclarations : *« la gynéco, les cours étaient très bien, mais moi j'ai pas fait assez de stages » (P2)* ou encore *« j'ai vécu mes stages d'écho comme un calvaire, j'ai fait deux semaines, j'ai jamais pratiqué, et j'avais peur*

de l'appareil quoi [...] les cours théoriques j'ai jamais rien compris... c'était, c'était trop abstrait et pas assez pragmatique quoi... Trop théorique quoi » (P7).

Cependant pour quatre d'entre elles (P2 ; P3 ; P5 ; P7), la formation était suffisante pour tout ce qui relevait du suivi de prévention et de la contraception. En effet, elles ne se sont « *pas dit je vais refaire le DU en gynéco* »(P2), « *je sais faire un frottis, je sais poser un implant* » (P3).

Deux sages-femmes interrogées ont également évoqué la formation en pédiatrie, en soulignant le manque de formation sur le suivi du nouveau-né en post-partum notamment « *la prise en charge de l'ictère* », ou encore « *la notion de prise de poids* »(P7) au-delà de la sortie de la maternité. Néanmoins, elles ont trouvé que « *pour les grosses urgences [elles étaient] bien formées* » (P5).

2.3. Ressenti à la fin de la formation

Le sentiment à l'égard du passage au stade professionnel était relativement divisé entre les différentes participantes.

Trois d'entre elles (P1 ; P2 ; P5) « *appréhend[aient] plutôt bien* » de quitter le statut d'étudiant, notamment pour obtenir un meilleur « *confort de vie* » via leur « *rémunération* » et le fait de « *ne plus avoir à travailler quand tu sors de cours* », mais aussi pour obtenir la totale « *reconnaissance* » des patientes qui « *viennent pour ton avis* ». Malgré tout pour l'une d'entre elles, une petite part de stress était présente car « *on va un peu vers l'inconnu [...] c'est la première fois que tu as un vrai travail* » (P5).

Pour trois autres sages-femmes, un réel sentiment d'appréhension était présent en vue de cette transition, mais chacune avait trouvé une raison pour se rassurer. Les causes de « *peur* » citées, variaient en fonction des participantes :

- « *j'avais peur de cette étape où j'allais me retrouver toute seule* » mais les « *retours positifs [de son stage préprofessionnel l'ont] quand même aidée à passer ce cap* » (P4)
- « *plus le côté administratif qui me faisait peur [oublier de noter les choses faites]* », ainsi que « *les gros trucs [...] non vus en tant qu'étudiante* »

Cependant ce qui la motivait le plus, était de « *se retrouver seule avec les patientes* » (P6).

- « *du stress tout au long de la cinquième année, [...] l'impression que j'y arriverais jamais* », néanmoins ses derniers stages l'ont aidée à se « *sentir prête* » et à la fin elle a « *eu hâte* » (P7).

Malgré ce sentiment partagé quant à la transition étudiant-professionnelle, le sentiment d'être prêt à exercer était présent chez toutes les participantes hormis une qui ne s'était « *pas trop posée la question* » car de nature stressée, mais elle n'avait « *jamais eu de situations [en tant qu'étudiante] où [elle] s'était sentie vraiment dépassée par les évènements* » (P6).

3. Emotions suscitées par l'insertion dans la vie active

3.1. Premiers jours de travail

Le sentiment qui dominait chez cinq sages-femmes (P1, P2, P4, P5, P6) était le stress, l'une d'entre elle avait même déclaré : « *j'étais stressée [...] ben je réfléchissais plus, j'étais un peu en mode automatique [...] J'étais très concentrée* » (P4). Pour deux d'entre elles (P5, P6), ce ressenti avait même duré pendant les « *deux-trois premiers mois où tu travailles* ».

En ce qui concerne les deux autres sages-femmes, l'une s'était dit « *inconsciente [...] [elle se] sentait étudiante et était pas tant stressée* » (P7), alors que la dernière avait « *plutôt bien* » vécu ses premiers pas en tant que sage-femme, car ils étaient dans la continuité directe avec son stage. Ce sentiment de facilité dû à « *la continuité* » du statut d'étudiant à celui de collègue avait été partagé par deux autres interviewées (P1, P6).

Ce stress était souvent contrebalancé par le soutien des collègues comme le mentionnaient certaines sages-femmes (P1, P2, P7): « *j'ai eu la chance de tomber dans une équipe très accueillante [...] Donc il y avait moins de stress de ce côté-là* » (P1).

Néanmoins, il fallait tout de même « *se refaire à l'équipe, aux médecins, aux protocoles de services. Enfin c'est le temps de se rôder on va dire à l'équipe, au métier... donc là forcément au début il y a du stress* » (P5) pour certaines, alors que pour une autre, elle « *connaissait déjà bien l'équipe, ils [lui] faisaient confiance* » (P3).

Une des difficultés souvent évoquées, était également le fait de se retrouver « *vraiment toute seule, tu as personne qui vérifie ton travail derrière toi. Donc déjà ça, c'est un stress* » (P5).

Quatre d'entre elles (P2, P4, P5, P6) avaient bénéficié d'une doublure lors des premiers jours. La sage-femme (P3) qui avait effectué son stage préprofessionnel au sein du même établissement n'en avait pas bénéficié, tout comme une sage-femme (P1) qui avait effectué son dernier stage dans le même établissement que son lieu d'exercice. La dernière participante expliquait que ça lui avait « *manqué a posteriori [...] sur la partie de l'organisation [des services]*», quand elle avait vu « *comment les nouvelles avaient été doublées* » (P7).

Une sage-femme avait aussi exprimé sa difficulté, lors des premiers jours, du fait qu'elle « *ne connaissait pas le matériel* » (P4). Une deuxième avait évoqué sa crainte de « *ne pas réussir à savoir faire les deux [côtés théorique et communication avec les patientes] en même temps* » (P6), mais avait finalement réussi. Une autre participante avait dit : « *ce que je trouvais très difficile au début c'est la coupure. De couper quand tu es au boulot et quand tu es à la maison* » (P6).

Une des sages-femmes, partie travailler dans les DOM-TOM, avait souligné « *tout le stress de s'adapter à un endroit où tu débarques, tu connais personne [...] on partait de zéro, donc il y avait tout cet aspect de la vie perso à combiner avec le début de la vie professionnelle qui était déjà stressante en soi* » (P4).

Pour finir, la sage-femme en secteur libéral avait également mentionné le fait que « *le premier mois d'installation, j'attaquais à bosser [...] j'avais pas de carte CPS, j'avais pas de numéro Adeli... [...] Ça m'a induit plus d'un mois de retard dans les papiers, j'ai dû leur faire des feuilles de soins à toutes et c'était vraiment une perte de temps [...] ce n'était pas facile à gérer. Après une fois que tout a été mis en place ça a été.* » (P2).

3.2. Premières urgences

Le sentiment majeur reconnu par la plupart des professionnelles était le stress, bien que chacune l'ait géré à sa manière. Alors que l'une d'entre elles avait appelé une collègue pour « *venir gérer la situation [...] pour voir une fois* » (P4), car elle ne connaissait pas le matériel, d'autres faisaient « *ce que j'avais à faire sans me poser de question* » (P3). Cependant dans tous les cas « *on les gère parce que de toute façon c'est de l'urgence et il n'y a pas le choix donc on est obligé de ... de faire les choses. On se découvre de nouvelles capacités dans l'urgence* » (P5) ; « *voilà mes premières urgences je les ai gérées, je savais ce que je devais faire mais j'étais pas 100% efficace* » (P4).

Le soutien de l'équipe était mentionné par plusieurs participantes. Alors que pour une d'entre elles « *ça me rassurait vachement de me dire [simplement] qu'il y avait une collègue* » (P3), pour d'autres, il était nécessaire de discuter a posteriori de la situation pour « *être sûre d'avoir fait ce qu'il fallait* » (P1, P6).

Certaines évoquaient également le fait qu'« *une fois que l'adrénaline redescend, c'est là où c'est vachement dur parce qu'en fait, tu revois exactement tout ce que tu as fait, et tu te dis est-ce que tu aurais dû faire ça ?* » (P6). Une autre interviewée avait rapporté : « *après tu te reposes forcément des questions [...] au final je me dis j'ai pas mal fait donc j'étais plus contente de moi* » (P3).

Trois sages-femmes mentionnaient le fait d'avoir dû gérer leur stress intérieurement afin de ne « *pas trop montrer à la patiente* » (P2). En effet ce qui ressortait de leur vécu, était le fait de ne pas avoir été emportées par leurs émotions, car d'un « *point de vue professionnel, je les ai plutôt bien gérées et d'un point de vue personnel par contre... c'est le après qui est très difficile* » (P6) ; « *on m'a dit que j'avais plutôt l'air très calme extérieurement* » (P1).

Pour ce qui est de la sage-femme exerçant majoritairement en secteur libéral, elle expliquait : « *Les situations d'urgence en libéral c'est vraiment compliqué. Soit c'est vraiment les situations d'urgence donc tu appelles [...] tu n'as pas de doute. [...] c'est très facile à gérer. Soit c'est des situations entre deux, [...] Quand tu es en libéral,*

c'est à toi de prendre la décision. [...] mais en libéral ça c'est plus compliqué qu'en hospitalier » (P2).

Une sage-femme avait mentionné ressentir du stress, notamment lorsqu'elle devait réaliser des transferts de patients en ambulance, ou bien dans les situations qu'elle devait gérer seule avec ses collègues sages-femmes car il n'y avait pas de médecin sur place, mais qu'il était plutôt « *positif, ça ne m'empêche pas, ça ne me tétanise pas* » (P7). Néanmoins, elle avait indiqué le fait que « *gérer une urgence sans gérer [le côté] relationnel [dû à la barrière de la langue], c'est plus facile* ». Ce cas était peu fréquent et non représentatif, car dû aux conditions particulières de son lieu d'exercice dans les DOM-TOM.

3.3. Responsabilités et décisions

Devenir responsable tout comme prendre ses décisions avait été bien vécu par quatre des participantes (P1, P2, P3, P6). L'une d'entre elles expliquait que bien qu'elles « *[puissent] faire peur, [c'était] gratifiant* » et qu'il fallait « *les assumer* » (P1), tandis qu'une autre déclarait qu'elle l'avait bien vécu parce que « *c'était rassurant de savoir que si tu as un doute [...] ben tu poses la question [à une autre collègue]* » (P3). Une autre participante avait ajouté comme argument au fait d'être à l'aise pour prendre des décisions que : « *comme on sort des études tout est encore frais donc dans les situations on a nos cours qui reviennent en tête, on sait ce qui est normal, pas normal et ce qu'il faudrait faire* » (P2).

Pour ce qui est des trois autres sages-femmes, la première avait été « *mise dans le bain très, très vite et [n'avait] pas trop eu le temps d'y réfléchir* » (P4). Elle avait « *l'impression de partager un peu la responsabilité* » en demandant l'avis de ses collègues. Elle avait également expliqué avoir eu « *des doutes* » pour prendre ses premières décisions et au fur et à mesure, elle s'était posée « *beaucoup moins de questions* ».

La deuxième expliquait qu'« *elle n'avait pas conscience [d'être devenue responsable]* » au début, et que c'était « *des cas qui l'ont rappelée à l'ordre* » (P7). Pour ce qui était des décisions, elle demandait « *tout le temps à ses collègues* » puis avait

reconnu s'être « *autonomisée* » quand elle s'était rendue compte qu'elle « *demandait des avis juste pour se rassurer* ».

Quant à la dernière, elle avait révélé que le fait de se retrouver seule l'avait conduite à se « *reposer des questions bêtes, des questions que je me posais peut-être pas le jeudi en temps de stage et que le lundi en tant que sage-femme, ... je me suis remise à douter en fait* » (P5). Elle avait également ajouté qu'il fallait « *arriver à assumer tout seul ses décisions* » et qu'il fallait « *un bon mois au moins pour être à l'aise* ».

3.4. Tâches administratives

Six participantes nous ont révélé rencontrer des difficultés au niveau des tâches administratives, qui semblaient être « *vraiment très lourd[es] au début* » (P7). L'une d'entre elle qualifiait même cela « *d'horrible* » (P4) alors qu'une autre sage-femme nous expliquait que ce qui lui avait « *posé le plus de soucis c'est les papiers [...] les papiers ça me stresse parce que tu as toujours peur de mal faire et puis médico-légalement...* » (P6).

Parmi elles, quatre avaient souligné la quantité importante que représentait cette tâche, en effet il y avait « *énormément de paperasse à faire* » (P2). De plus, la complexité de ce travail administratif était de « *gérer [alors] que tu as toujours un flux continu de patientes* » (P4). Rajouté à cela, une participante nous confiait : « *il y a tout l'administratif qui est propre à chaque maternité, et ça au début c'est dur. [...] quand on change d'établissement, en fait on perd beaucoup de temps sur l'administratif, parce qu'il faut le temps de se faire à de nouveaux logiciels, à des habitudes de services, aux papiers, c'est pas toujours les mêmes. [...] on perd beaucoup de temps je trouve, au dépend de la clinique et des patientes* » (P5).

Ces difficultés étaient notamment dues au fait que chaque établissement possédait ses propres logiciels et que la formation d'étudiant ne préparait pas suffisamment à tout cela : « *ah oui [...] par exemple tout ce qui est assurance je savais pas quoi faire [...] on nous en parle pas du tout à l'école* » (P1).

Une fois encore, l'entraide entre collègue était citée comme notamment dans les DOM-TOM où « *il y a énormément d'entraide [...] tu sors de ta salle [tes collègues] ont déjà attaqué tes papiers* » (P4).

De nouveau, la sage-femme qui avait effectué son stage pré-professionnel dans son premier lieu d'exercice n'avait pas rencontré de difficultés ni avec les logiciels ni avec les papiers car elle les connaissait. Elle avait juste mentionné quelques « *petits oublis [...] mais voilà rien ... il n'y a pas de répercussion* » (P3). Une autre interviewée expliquait avoir « *eu la chance, [...] d'être formée avec [ce logiciel]* » (P5) également utilisé dans son établissement.

4. Les différents types de relations

4.1. Avec les collègues

A l'unanimité, le mot qui qualifiait le mieux la relation entretenue avec le reste de l'équipe était « *soutien* ». En effet, leur statut de jeunes diplômées les rendait « *plus facilement excusables* », leurs collègues sages-femmes « *étaient plus tolérantes et bienveillantes* ». Cette relation d'entraide était encore plus accentuée lorsque les participantes étaient déjà connues de l'équipe. Néanmoins, une sage-femme nous avait expliqué qu'en changeant de lieu de travail, pour un établissement dans lequel elle n'avait jamais travaillé, elle avait dû refaire ses preuves et qu'elle ne « *comprendait pas pourquoi il fallait qu' [elle] reprouve [à nouveau] qu' [elle] était une bonne sage-femme* » (P6).

Une sage-femme nous avait évoqué avoir « *fait plus partie de l'équipe* » (P2) qu'en tant qu'étudiante.

Une des sages-femmes qui travaillait dans les DOM-TOM, avait souligné l'importance de la relation avec les collègues, amplifiée par l'éloignement familial. Elle avait déclaré : « *tu crées des liens hyper forts déjà avec tes collègues, qui deviennent en fait tes amis [...] ça a un impact quand même je pense sur notre bien-être au travail, le fait de connaître tout le monde et de bien s'entendre avec tout le monde* » (P4).

Une autre participante avait révélé que les échanges avec d'autres sages-femmes étaient « *hyper enrichissants [surtout si elles venaient] d'horizons différents* » (P6).

En ce qui concerne les relations avec les médecins, deux d'entre elles (P1, P5) avaient mentionné le fait que « *les médecins voient bien que tu es jeune, que tu sors de l'école donc ils se méfient un peu plus tant que tu n'as pas fait tes preuves* » (P1).

De plus, trois sages-femmes nous ont indiqué avoir déjà eu un conflit avec un médecin (P3, P4, P6). Pour l'une d'entre elles, ce désaccord l'avait même conduite à se demander si elle voulait « *vraiment rester à l'hôpital ou est-ce que [elle ne] préférerait pas travailler en libéral, toute seule* » (P3), jusqu'à ce que la situation s'arrange. Néanmoins, deux d'entre elles s'entendaient à dire que « *tu ne peux pas t'entendre avec tout le monde, y'a forcément des caractères avec qui ça passe mieux,* » (P6, P3).

Par ailleurs, trois sages-femmes avaient revendiqué que leur statut de jeunes diplômées leur avait conféré des avantages mis à profit dans leurs échanges avec leurs collègues. Tout d'abord, elles expliquaient qu' « *on [leur] demandait les nouvelles recommandations, les nouvelles pratiques* » (P1, P2), mais aussi des avis sur des conduites à tenir car « *on a beau avoir cinq ou dix ans d'expérience et l'autre un an, tu as quand même une expérience* » (P3).

4.2. Avec les patientes

Chez cinq des participantes, leur jeune âge avait souvent conduit à quelques questionnements de la part des patientes comme par exemple « *ah mais vous êtes jeune* », ou encore « *avez-vous des enfants ?* ». Cependant ces interrogations n'avaient jamais entraîné une « *remise en question des compétences* » (P5), ni de « *jugement* » (P3), et étaient dûs au « *contexte culture* » (P7) des DOM-TOM pour l'une d'entre elles. Quant aux deux autres, elles expliquaient qu'il fallait « *avoir confiance en soi* » (P1) et que du coup les patientes « *ne ressentaient pas du tout* » (P2) le fait d'être nouvelles diplômées.

Une participante n'avait « *jamais eu de remarques désagréables* » (P4). La dernière sage-femme avait, quant à elle, reconnu que « *les remarques des gens [étaient]*

quand même plutôt positives » (P6), malgré le fait qu'il lui était « arrivé une ou deux fois [de recevoir des remarques qui l'] agaçaient un peu plus [telles que] vous êtes bien à même de m'accoucher ?, vous êtes assez compétente ? ».

Toutefois, le fait de devenir sage-femme avait également modifié la relation avec les patientes. En effet, une des sages-femmes interviewée avait déclaré « *tu as quand même une relation avec les gens qui est ... disons c'est pas pareil quand tu es sage-femme. C'est quand même trop bien quand les gens ils t'envoient un petit faire-part » (P6). Une autre sage-femme avait même dit : « et puis c'est bien [...] [les patientes] viennent pour ton avis, [...] elles te font confiance, [...] elles sont reconnaissantes » (P2).*

4.3. Avec les étudiantes sages-femmes

L'encadrement des étudiants avait été évoqué par deux participantes. Il en ressortait un réel manque de formation durant le cursus : « *ça on n'est pas du tout formée alors que avant, avec le système où les quatrièmes années encadraient les deuxièmes et tout ça... je pense que du coup on avait peut-être plus l'habitude » (P6). Cet encadrement entraînait chez ces sages-femmes « une grosse partie de travail à la sortie de l'école à laquelle [elles n'avaient] pas du tout été confrontées pendant [leur] formation [...] quelque chose que tu dois apprendre sur le tas » (P1).*

De plus, une des participantes expliquait que « *les premières élèves sages-femmes que tu as à gérer, c'est une grosse source de stress en plus » (P1) de la prise de fonction. La seconde sage-femme révélait avoir eu quelques difficultés à encadrer les étudiants notamment dû au fait que « quand toi tu commences juste à être à l'aise, et à savoir et gérer la dame et gérer ton accouchement sans péri, aller en plus inclure une autre personne [...] reprendre la main si tu vois que ça va pas. Je trouve ça assez difficile » (P6). Les situations vécues par cette sage-femme, avaient également contribué à lui rendre la tâche difficile. En effet, elle avait été confrontée à une étudiante qui n'« avait pas forcément la même vision du travail que moi. Et en fait j'ai eu énormément de difficultés à laisser faire parce qu'en fait c'est moi qui suis responsable » (P6), ainsi*

qu'à une autre étudiante « *qui m'a notamment dit je suis plus âgée que toi, j'ai plus d'expérience que toi, j'ai déjà eu des enfants,* » (P6).

5. Projet professionnel : rêve ou réalité

5.1. Premier poste : choisi ou subi ?

Parmi les sept participantes, six d'entre elles avaient pu choisir leur premier lieu d'exercice. Alors que certaines avaient envoyé plusieurs Curriculum Vitae (CV) dans différents établissements avant de choisir « *l'offre d'emploi [la] plus intéressante* » (P5, P6), d'autres avaient envoyé uniquement un seul CV (P3, P4).

Quant à celle qui n'avait pas choisi son lieu d'exercice, elle nous expliquait : « *quand j'ai postulé [dans les DOM-TOM], j'avais demandé de travailler [...] si possible à XXX, donc le niveau III. Et finalement elle m'avait dit oui mais peut-être que vous serez... vous serez peut-être en dispensaire. [...] puis un mois avant de partir j'ai appris que j'allais là-bas. Et j'étais lancée dans l'aventure donc j'ai dit d'accord, mais je l'ai su très très tard que j'allais aller travailler là-bas, et c'est pas moi qui ai demandé !* » (P7).

5.2. Projet de son devenir professionnel : imaginations versus réalité

Chaque participante nous avait révélé comment elle s'imaginait en tant que sage-femme. Seule l'une d'entre elles avait expliqué ne pas s'être « *fixée d'objectif particulier* » mais « *être satisfaite de comment [elle] est* » (P1). Pour les autres, les qualités humaines et sociales étaient souvent évoquées.

Tableaux III : Récapitulatif de l'auto-perception de la future sage-femme

P2	« je me voyais plutôt du genre stressée »
P3	« pouvoir accompagner les patientes au plus possible, essayer de pas avoir de préjugés quant à la situation des couples, des personnes. Et voilà, toujours bienveillante et dans le respect de la physiologie »
P4	« dans la continuité [de mon stage préprofessionnel] et que les qualités que j'avais acquises, qualités professionnelles mais aussi humaines [...] être à l'écoute des patientes, proches des patientes [...] j'allais les garder » mais aussi « être une sage-femme stressée »
P5	« avoir le temps pour les patientes, et avoir ... un suivi [...] plus global » mais aussi « être assez carré et rigoureuse dans mon travail »
P6	« dans la discussion avec les gens » mais aussi dans « tout ce qui est technique [pose implant ...] »
P7	« je me voyais détendue et prendre le temps »

Pour trois d'entre elles (P3, P5, P6), cela correspondait à ce qu'elles estimaient être dans la réalité. Cependant, une avait tout de même reconnu « je trouve que finalement j'ai quand même certains préjugés par rapport à certains types de personnes mais je les respecte quand même » (P3).

Pour les trois autres, leur réalité ne correspondait finalement pas à ce qu'elles avaient imaginé. La première avait expliqué que finalement elle avait « un peu plus de confiance en [elle] » (P2). La deuxième avait déclaré « n'importe comment que je me serais imaginée, je ne pouvais pas imaginer quelle sage-femme j'allais être ici parce que la patientèle est complètement différente », cependant elle avait reconnu s'être « un peu étonnée car finalement [...] il y a tellement des situations de stress [que] ma peur de ne pas réussir à gérer, de ne pas réussir à savoir comment réagir, n'existe plus » (P4). Et la dernière avait indiqué « finalement je suis quand même un peu stressée [dû aux responsabilités et au contexte du dispensaire] et des fois je suis obligée d'aller vite » (P7).

5.3. La première année répond-elle aux attentes espérées ?

Pour quatre participantes (P2, P3, P4, P5) la première année avait correspondu à leurs attentes. Une sage-femme avait même ajouté « *je dirais que c'est même surprenant. Moi je suis surprise de m'être épanouie dans un milieu comme ça [...] je pensais pas que ça pouvait me plaire, je pensais pas que j'allais m'adapter aussi bien [...] mais je suis contente d'avoir vécu cette expérience-là* » (P4). Cependant la sage-femme du secteur libéral évoquait sa volonté de « *passer de collaboratrice à associée [car] ce statut de collaboratrice ... moi ça m'énerve* » (P2).

Quant aux trois autres participantes pour qui cette première année n'avait pas répondu à leurs attentes, deux d'entre elles avaient été agréablement surprises. La première avait dit : « *c'est encore mieux que ce que je pensais ! parce que c'est tellement une structure à part que je savais même pas que c'était possible de travailler comme ça* » (P7). La deuxième avait déclaré « *je m'étais dit que j'allais être stressée, ce que j'étais, mais que j'allais peut-être pas m'en sortir en papiers. [...] Finalement je m'en suis sortie, je suis toujours vivante, et je pensais pas que je prendrais autant de plaisir [...] c'est peut être mieux que ce que je pensais* » (P6). Néanmoins, la dernière interviewée déclarait qu'elle aurait « *aimé travailler plus, être à temps plein* » ainsi que réaliser plus d'accouchements car dans sa maternité de type I, « *à chaque garde il n'y a pas forcément de naissance et ça me manque* » (P1).

Mais in fine, l'ensemble des participantes exprimaient leur sentiment d'épanouissement total comme le témoignaient leurs discours « *j'adore mon boulot* » (P1) ; ou encore « *je suis bien dans ma vie professionnelle* » (P5).

6. Volet administratif et social de l'emploi

6.1. Forme des contrats d'embauches

Parmi nos sept participantes, aucune n'avait jamais connu de période de chômage. Pour ce qui est du temps de travail, six étaient à 100% et une (P1) à 80%, mais ne l'avait pas choisi.

Les deux sages-femmes qui travaillaient dans les DOM-TOM, avaient bénéficié de Contrat à Durée déterminée (CDD) d'une durée de un an, renouvelable à leur guise. Cela leur avait offert une « *sécurité* » et une « *assurance d'avoir du travail* » (P7) et leur avait aussi permis de se « *projeter* » et de « *s'investir* » (P4).

Pour ce qui était des sages-femmes sur le territoire de la métropole, l'une d'entre elles exerçait en secteur libéral et ponctuellement en gardes dans une clinique privée. Celle-ci expliquait que ce fonctionnement était « *un bonus* » pour elle car si « *[elle] avait autre chose de prévu [...] [elle] pouvait dire non* » (P2).

Une autre sage-femme avait commencé par des CDD de quelques mois puis avait fini par être stagiairisée. Cette dernière avait dit ne « *pas [avoir] eu de surprise* » (P4).

En revanche, trois autres sages-femmes hospitalières avaient enchaîné des CDD de quelques mois, allant de un à six mois. Ces formes de contrats avaient impacté leur quotidien comme : « *prévoir ses vacances* », signer « *un bail [...] le propriétaire est plus réticent à prendre un locataire qui a un CDD* » (P1), ou encore « *construire une vie de famille [...] c'est un peu compliqué de pas savoir jusqu'à combien de temps tu es gardée* » (P6). Cette situation avait même été qualifiée de « *précaire* » (P5) dû au fait de ne « *pas [avoir de stabilité d'emploi]* » (P6).

6.2. Rémunération

Pour les deux sages-femmes, qui exerçaient dans les DOM-TOM, elles déclaraient leur rémunération « *très satisfaisante* » mais cela était dû aux conditions particulières du lieu d'exercice leur donnant droit à « *une prime d'éloignement* » ou

encore à une « exonération d'impôts ». Cependant l'une d'entre elle avait reconnu : « après quand je rentrerai en métropole et que j'aurai les mêmes responsabilités peut-être que je te dirai pas la même chose et avec le salaire qu'on gagne là-bas » (P4).

Pour les participantes exerçant en métropole, les avis étaient partagés. Pour trois d'entre elles, le sentiment exprimé était le suivant : « je ne suis pas à plaindre non plus ! » (P2). La première qui exerçait en secteur libéral, expliquait que son salaire correspondait « au nombre d'heures [qu'elle] faisait » mais ce qui était « rageant » à ses yeux c'était le fait que « 60% de ce que je gagne repart » (P2). La deuxième sage-femme justifiait son salaire par l'activité de la maternité dans laquelle elle travaillait et que ses heures supplémentaires étaient « payées en heure sup réellement » (P4). La troisième interviewée confiait : « quand tu regardes le salaire à la fin du mois [...] c'est tout à fait convenable pour vivre. Mais par contre par rapport au fait qu'on est une profession médicale, par rapport à ce que les médecins touchent, et par rapport à la différence qu'il y a avec une infirmière je trouve que c'est pas.... enfin on n'est pas payée à la hauteur du diplôme qu'on a ! » (P6).

En ce qui concerne les deux autres sages-femmes, elles n'étaient pas satisfaites de leur rémunération. Le principal argument à cette insatisfaction était lié à la forme de contrat. En effet, celle exerçant à 80% expliquait qu'au niveau de « la rémunération ça se ressent aussi » (P1), et la seconde, contractuelle, revendiquait le fait de « ne pas être payée sur les mêmes grilles » et de ne pas « avoir toutes les primes » (P5). Cette dernière exprimait aussi son ressenti sur le fait qu'« avec la responsabilité qu'on a » et le rythme de travail, « alternance jours-nuits [...], week-ends et jours fériés [...] le salaire il est pas assez... enfin il est pas en rapport avec ce qu'on fait ! »(P5).

7. Evolution après un an d'exercice

7.1. Développement des aptitudes professionnelles

Le bilan de chaque sage-femme, au bout d'un an d'exercice était « plutôt positif ».

Tout d'abord, cinq sages-femmes (P1 ; P3 ; P4 ; P6 ; P7) avaient noté une augmentation de la confiance en soi comme le montraient leurs témoignages: « *je suis moins stressée que j'étais au début* » (P6) ; « *je suis de plus en plus confiante* » (P3). L'une d'entre elles avait même ajouté : « *au début moi j'étais docile et... j'avais pas d'expérience [...] Au début ça fait un peu peur et très vite tu deviens autonome et responsable, et quelques mois après tu es prête à défendre tes patientes corps et âme !* » (P4).

La même sage-femme nous indiquait également que via son expérience, elle avait pu gagner en efficacité comme elle l'exprimait à travers cette phrase : « *voilà mes premières situations d'urgence, je les ai gérées, je savais ce que je devais faire mais j'étais pas à 100% efficace, maintenant je considère que je le suis plus, parce que j'ai vu les choses plein de fois* » (P4).

De plus, cette première année d'exercice avait permis un réel enrichissement ainsi qu'un apprentissage pour quatre d'entre elles (P1 ; P2 ; P3 ; P7). Une des participantes avait précisé : « *J'ai appris, j'ai appris plus qu'à l'école, j'ai appris plus qu'en stage* » (P7).

Ensuite, des aptitudes de communication et d'aisance auprès du reste de l'équipe ainsi que des patientes, semblaient également avoir été confirmées par trois sages-femmes (P1 ; P4 ; P5). D'après leurs témoignages « *tout l'aspect relationnel [n'est] pas inné ça s'acquiert un peu* » (P4) ; « *Même au sein de l'équipe dans laquelle je travaille, je pense qu'ils ont un peu plus confiance en moi maintenant* » (P1).

Trois sages-femmes (P3, P6, P7) avaient également mentionné le fait d'« *[avoir] réussi à prendre plus de recul* » (P6) sur les situations, ce qui leur avait permis d'arriver à relativiser notamment sur les situations d'urgence.

7.2. Evaluation de l'acquisition des compétences

Une auto-évaluation du niveau d'acquisition de compétences a été réalisée par chaque participante. A partir de l'échelle de Dreyfus (46) fournie à chaque interviewée, elles ont pu se situer à la sortie de l'école puis au bout d'un an d'exercice. Ainsi, toutes

nous ont relaté qu'avec leur expérience, elles ont pu évoluer de manière positive qu'il s'agisse de gain de temps sur la durée des consultations : « *on le voit par rapport au temps que durent mes consultations ! (rire) entre la sortie et maintenant. On sait cibler* » (P2), ou des conduites à tenir en fonction des situations : « *tu acquiers des expériences, donc forcément ça influence ta prise de décision. Tu as eu plein de cours, de théorie mais finalement tu vois que dans la pratique faut vraiment ajuster des choix en fonction de la clinique, du contexte* » (P3).

Toutefois, cinq sages-femmes (P2, P3, P4, P5, P6) avaient évoqué le fait d'avoir évolué au bout d'un an d'expérience, même s'il restait encore beaucoup de choses à découvrir et d'expériences à vivre : « *j'ai pas atteint le parfait, mais je pense qu'on l'atteindra jamais* » (P2) ; « *c'est un métier je pense où l'on apprend tout au long de sa carrière* » (P5).

Néanmoins, malgré une plus courte expérience que leurs collègues déjà en poste, plusieurs participantes avaient exprimé avoir des « *avantages par rapport à elles car j'ai tous les protocoles, [recommandations] en tête* » (P1, P2) ou encore avoir « *moins de doutes* » sur la réalisation d'actes tels que la pose d'implants (P2, P6).

Tableau IV : Récapitulatif de l'auto-évaluation du niveau d'acquisition des compétences

	Sortie d'école	Au bout d'un an
P1	Débutant avancé	Efficace
P2	Compétent	Efficace
P3	Débutant avancé –	Compétent – Efficace
	Compétent	
P4	Novice	Compétent -Efficace
P5	Débutant avancé	Efficace ++
P6	Débutant avance	Compétent -Efficace
P7	Débutant avancé	Compétent

7.3. Domaine préférentiel d'exercice

A l'unanimité, le secteur préférentiel d'exercice des sages-femmes interrogées en terme d'aisance, était un des services hospitaliers obstétricaux, hormis pour une qui « *ne saurait pas dire* » (P3). Alors que pour l'une d'entre elles (P2), la préférence allait vers l'ensemble des services confondus, soit les consultations obstétricales, les suites de couches et la salle de naissance, pour une autre participante, il s'agissait des suites de couches. Quant aux quatre autres, c'était la salle de naissance où elles se sentaient le mieux (P1, P4, P5, P6).

Le facteur qui avait influencé ces choix était majoritairement le fait d'avoir « *fait beaucoup plus de gardes* » dans ce secteur ainsi que le fait d'avoir « *vu pas mal de situations* ». Toutefois d'autres explications apparaissaient, telles que le côté « *adrénaline* » (P5) en salle de naissance, ou encore le côté « *moins stressant* » (P7) en suites de couches.

A contrario, le secteur d'exercice où elles étaient le moins à l'aise variait en fonction des interviewées, bien que pour la majorité, il s'agissait de la gynécologie. En effet quatre participantes avaient rapporté que le secteur où elles se sentaient le moins à l'aise était : la gynécologie dans son ensemble (P1), la surveillance des « *blocs gynécologique* » (P5), les « *urgences gynécologiques [notamment] du premier trimestre de grossesse* » (P7) et enfin la « *gynéco[logie] patho[logique]* » (P2). Les causes revendiquées étaient le fait de ne « *pas [avoir] l'expérience derrière* » (P2) ainsi que « *le manque de pratique* » (P1 ; P7) et « *le manque de formation* » (P1 ; P5) pendant les études, en raison du choix de stage pendant le cursus.

Concernant les autres participantes, l'une d'entre elles n'avait pas su répondre (P3). Pour une sage-femme, il s'agissait de « *l'allaitement* » (P6), mais elle expliquait cela en disant : « *en fait j'y ai pas vraiment porté un intérêt pendant mes études* ». Et enfin, une dernière évoquait le secteur de « *grossesse patho[logique]* », en justifiant par le fait qu'elle avait « *eu des cas compliqués à gérer* » et que donc elle « *trouvait qu'il y avait trop d'imprévu possible* » (P4).

8. Projet d'avenir

8.1. Un changement du mode d'exercice est-il possible ?

La majorité des participantes qui exerçaient en hospitalier, avaient reconnu que s'il fallait qu'elles pratiquent dans le secteur libéral, elles seraient confrontées à quelques difficultés comme par exemple « *la rééducation du périnée* ». Deux sages-femmes avaient également ajouté que « *le côté sans filet* » (P6) du secteur libéral et le fait « *qu'il y a toujours quelqu'un* » (P3) à l'hôpital augmentaient leurs réticences à exercer en libéral. Néanmoins, une sage-femme avait déclaré que bien qu'elle n'en « *avait pas envie* » cela ne lui « *[faisait] pas peur* » (P1). Une autre participante avait indiqué qu'elle s' « *imagin[ait] que j'en serai capable* » (P4).

Quant à la sage-femme du secteur libéral, elle s'était exprimée en disant : « *c'est pas au niveau des compétences que je voudrais pas travailler [en milieu hospitalier]* » P2), c'était plus par choix personnel.

8.2. Forme et lieu d'exercice envisagé

Cinq participantes (P1, P2, P3, P5, P6) souhaitaient rester dans leur lieu d'exercice. De plus, deux d'entre elles avaient ajouté avoir pris goût à : « *une certaine autonomie [...], et je pense qu'une fois qu'on y a goûté, même si y'a certains aspects où s'est stressant* » (P5, P6), il serait compliqué pour elles de revenir sur des niveaux où elles en auraient moins.

Pour les deux sages-femmes dans les DOM-TOM, elles avaient expliqué que leur expérience là-bas avait changé la manière dont elles imaginaient leur futur.

En effet, pour l'une d'entre elles, cela lui avait permis de « *l'envisager avec plus de sérénité* » car elle s'était « *prouvée que je pouvais m'adapter à un milieu inconnu avec une activité qui ne m'était pas familière* » et par conséquent « *y'a moins de porte que je me ferme* » pour la suite, même si « *dans l'idéal là, j'aimerais quand même plutôt être en niveau II* » au retour en métropole (P4).

La deuxième sage-femme (P7) concernée, se disait davantage « *perdue* » quant à son futur et l'activité qu'elle adopterait à son retour en métropole. En effet, elle avait déclaré : « *l'hôpital ça me donne ... plus trop envie, travailler en équipe ça me donne plus trop envie, donc soit j'aimerais un niveau I en métropole, soit même pourquoi pas une maison de naissance si c'était possible, soit du libéral. Voilà c'est un peu le flou parce qu'on est dans un univers très spécifique et de retourner de l'autre côté ça me fait un petit peu peur* » (P7).

Pour finir, deux sages-femmes hospitalières (P1, P6) envisageaient de passer sur un mode d'exercice libéral en fin de carrière. L'une d'entre elles avait également exprimé son souhait de « *tester un autre niveau de maternité [type II]* » (P1), avant de partir en secteur libéral.

8.3. Formation

Toutes les sages-femmes interviewées envisageaient à plus ou moins long terme d'effectuer des formations voire des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU). Les thèmes évoqués étaient assez variés bien que quelques-uns revenaient régulièrement.

Tableau V: Récapitulatif des formations envisagées

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Formation gynécologique	X					X	
DU échographie	X				X	X	
DIU acupuncture		X		X	X	X	
Ostéopathie		X					
Homéopathie			X				
DU médecine fœtale					X		
Sophrologie						X	
DU consultante en lactation							X
DU psychologie périnatale							X

DISCUSSION

1. Atteinte des objectifs de l'étude

L'analyse des données recueillies a permis d'une part de connaître chez les jeunes diplômées leur sentiment de compétence et les facteurs qui l'influençaient, et d'autre part de mettre en évidence leur vécu durant cette première année de prise de fonction. Les objectifs de l'étude ont donc été atteints.

2. Forces et faiblesses de l'étude

La participation de sept sages-femmes à cette étude a permis de recueillir des témoignages variés. Alors que l'étude a pu s'appuyer sur des expériences en lieux très divers, même si la majorité des participantes exerçait dans des maternités de type I ou de type II, le fait que l'échantillon ne contienne pas de sages-femmes exerçant en maternités de type III en métropole constitue un biais à cette étude.

L'étude a ciblé les sages-femmes diplômées à l'école de Clermont-Ferrand. Il aurait pu être intéressant de l'étendre à l'ensemble des écoles de sages-femmes françaises afin de pouvoir comparer si les difficultés comme les points forts soulevés par ces professionnelles étaient identiques ou divergents.

Par ailleurs, cette étude a ciblé uniquement des sages-femmes en France, les différences de compétences et de formations entre les pays hypothéquant la possibilité d'étendre cette dernière à l'international. En effet, les sages-femmes n'exercent pas avec la même autonomie. Par exemple, en Angleterre comme en France, les sages-femmes peuvent gérer de manière autonome et avec l'entière responsabilité les grossesses et les accouchements à bas risques, alors qu'en Italie les sages-femmes sont plus souvent limitées et forcées dans la pratique de leur profession (47). De plus un article publié dans la revue *Women and Birth* a révélé de grandes variations entre les programmes de formation sage-femme dans le monde. En effet, malgré la publication de références mondiales par la Conférence Internationale des sages-femmes (ICM) (48), prodiguant des conseils pour créer les programmes, on constate des disparités notamment sur la durée de la formation mais également sur son contenu (49).

Le recueil des données réalisé par entretiens semi-directifs a permis à chaque interviewée de s'exprimer librement. Néanmoins le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu être un frein à ce recueil de données, qui n'est pas un exercice facile. De plus, bien qu'elle se soit imposée la plus grande neutralité durant les entretiens, ses représentations et interprétations personnelles constituent un facteur non négligeable d'influence lors du recueil et de l'analyse des données.

Enfin, l'intégration de l'entretien test a pu également constituer un biais toujours en raison du manque de pratique de la personne en charge de l'entretien. Cependant cet entretien n'ayant entraîné aucune modification de la grille, il nous semblait intéressant d'analyser ces données recueillies car tout aussi pertinentes que les autres.

3. Le sentiment de compétence des sages-femmes

Les compétences professionnelles sont définies comme les aptitudes essentielles que les personnes doivent développer pour être efficaces dans leurs fonctions. Elles résident dans la mobilisation de ressources (connaissances, capacité) (50).

L'analyse de ces entretiens a permis d'identifier le sentiment de compétence de chacune des participantes.

3.1. Les facteurs ayant influencé le sentiment de compétence

Plusieurs facteurs semblent avoir influencé le sentiment de compétence des sages-femmes et ce de manière positive.

3.1.1. Les apports théoriques de la formation

Les sages-femmes interrogées ont été unanimes sur une formation suffisante en obstétrique. Cependant, certaines ont soulevé un manque dans leur formation concernant la gynécologie en raison d'un temps de pratique trop faible, et dans la pédiatrie dû à une insuffisance de théorie sur la prise en charge des pathologies de base du nouveau-né. Le souhait d'avoir davantage de stages en gynécologie et de cours

pédiatriques du nouveau-né durant son premier mois de vie a également été soulevé par des étudiants issus d'autres écoles françaises (3,38).

Néanmoins, le descriptif donné de la formation était en parfait accord avec les services dans lesquels elles se sont senties le plus et le moins à l'aise.

Les résultats d'un mémoire montraient que les étudiantes souhaitant travailler dans une structure hospitalière à la sortie de l'école, convoitaient majoritairement le secteur de la salle de naissance suivi du service de suites de couches (4). Cela coïncide avec l'analyse de nos entretiens.

Les étudiants d'Angers ont révélé se sentir insuffisamment formés à la pratique de l'exercice libéral à la sortie de l'école et avoir comme point faible la rééducation du périnée (3). Bien que le manque de formation à la rééducation du périnée soit un élément revenu dans nos entretiens, la sage-femme du secteur libéral n'a pas soulevé d'autres difficultés majeures à la pratique de son exercice comparé aux sages-femmes hospitalières. On peut donc émettre l'hypothèse que les différents parcours mis en place au sein de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, qui n'existaient pas à Angers au moment du recueil des étudiants, permettent de former et fournissent les éléments nécessaires à la pratique de l'exercice libéral à la sortie d'école.

Un mémoire réalisé sur plusieurs écoles de sages-femmes françaises a révélé que 32% des étudiants se sentent prêts à exercer en secteur libéral directement après l'obtention de leur DE (4).

Malgré une formation avec quelques lacunes, toutes les participantes de notre étude ont témoigné se sentir prêtes à exercer, même si pour certaines, quelques appréhensions persistaient. Un mémoire avait révélé que 54% des étudiants sages-femmes se sentaient « *inquiets* » vis-à-vis de leur entrée dans la vie professionnelle contre 45% qui se sentaient « *confiants* » (4). On peut donc en déduire que l'école de Clermont-Ferrand permet à ses étudiants d'appréhender l'avenir de manière sereine, même si une part non négligeable du caractère de l'individu influence ce sentiment.

Pour conclure, l'hypothèse émise à la suite de ces résultats semble donc être : malgré quelques failles théoriques et le souhait de pratiquer davantage dans certains domaines, les étudiants de l'école de Clermont-Ferrand à la fin de leur formation, se sentent en capacité de devenir un professionnel qualifié.

3.1.2. La place au sein de l'équipe

L'analyse des discours des sages-femmes a mis en évidence l'importance de l'intégration et du soutien de l'équipe. En effet, ce soutien ainsi que l'entraide et la valorisation des actes réalisés ont contribué au sentiment de bien-être et de confiance de ces jeunes diplômées. Une étude Australienne a souligné que le sentiment d'appartenance à l'équipe semble très important pour augmenter la confiance en soi (43). Une autre étude réalisée au Royaume-Uni témoigne de l'importance du soutien des collègues dans la confiance en soi (51).

Cette intégration est d'autant plus importante que c'est un enjeu essentiel pour les nouveaux professionnels en termes de bien-être tant sur les plans personnel et professionnel mais aussi en termes de motivation et d'implication dans le travail. Une étude réalisée auprès de jeunes diplômés infirmiers a révélé que le fait d'être intégré à l'équipe permet de se sentir reconnu par les collègues et de gagner leur confiance. Malgré cela, les infirmiers ont révélé que dans certains services leur intégration n'a pas toujours été facile. Certaines équipes sont assez froides et leur reprochent un manque de connaissances (52). Néanmoins ces difficultés n'ont jamais été décrites par nos participantes.

Nombreuses sont les participantes qui ont évoqué l'échange avec leurs collègues comme étant bénéfique pour analyser leurs comportements face aux situations. Cet échange a probablement constitué la troisième source d'influence du sentiment d'efficacité personnelle décrite par Bandura (40).

Plusieurs participantes ont souligné que la transition d'étudiant à professionnelle est facilitée si elle est réalisée dans un établissement déjà connu et encore plus si l'équipe a déjà été rencontrée car elle est plus accueillante. Cependant certaines ont du faire leur preuve dans une équipe ou face à des médecins qui les ont testées.

Le fait d'être doublé joue également un rôle dans la transition étudiant-professionnelle. Plusieurs participantes de notre étude ont pu en bénéficier pour prendre leurs marques au sein de l'établissement.

La doublure peut être considérée comme une forme de tutorat dispensé par un professionnel plus expérimenté. Elle est aussi importante dans l'insertion

professionnelle des infirmiers car elle permet de montrer le fonctionnement du service mais aussi d'évaluer la capacité du nouvel arrivant à être autonome. Néanmoins l'activité du service influence la possibilité de la réaliser de manière correcte (53).

De plus, les employeurs souhaitent souvent embaucher un professionnel opérationnel immédiatement, c'est pour cela que dans la mesure du possible, ils préfèrent que le dernier stage ait lieu au sein de leurs structures afin de pouvoir évaluer et former le futur employé. Le critère économique est aussi avancé car la transition étudiant-professionnel au sein d'un même établissement permet de mettre en place un tutorat plus ou moins efficient (53).

Le système infirmier est relativement comparable à celui des sages-femmes (si ce n'est que le tutorat n'est pas formalisé pendant les stages sages-femmes), car comme l'ont témoigné nos participantes, celles qui connaissaient déjà les lieux n'ont pas bénéficié de tutorat et n'en ont pas ressenti le besoin. Il conviendrait donc de réaliser son stage-préprofessionnel, dans la mesure du possible, au sein du lieu où les sages-femmes débiteront leur carrière. Cela faciliterait leur insertion en les laissant dans un lieu connu où elles font déjà partie de l'équipe et se sentent confiantes et compétentes en tant qu'étudiantes.

D'autre part, le statut de jeune diplômée a donné à certaines sages-femmes quelques avantages comme avoir des connaissances à jour sur les dernières recommandations ou encore avoir une formation récente sur la pratique de certains actes. En effet, il paraît évident que le fait de sortir de l'école dispense des habitudes et permet de s'adapter plus facilement aux nouvelles recommandations. Néanmoins, aucune étude n'étaye ces faits dans la littérature.

Toujours est-il que le changement de collaborateur au sein d'une équipe génère de l'incertitude. La jeune diplômée, avec son regard neuf et ses logiques différentes, peut interpeller les modes d'organisation déjà en place (52).

3.1.3. Acquisition d'expérience

L'amélioration de la théorie et des notions préconçues par confrontation aux situations réelles constitue l'expérience. Les sages-femmes ont donc acquis de l'expérience durant leur formation via les stages, cependant elles ont témoigné en avoir

développé davantage durant leur première année de diplôme. Il semblerait que cette année ait été pour elles très enrichissante et forte d'apprentissages. Cela leur a permis d'emmagasiner des connaissances qu'elles pourront mettre à profit dans les situations futures.

Une étude réalisée sur les nouvelles sages-femmes au Royaume Uni a révélé que les sages-femmes ressentaient que le manque d'expérience avait engendré une diminution de leur confiance personnelle, et que c'est par l'acquisition de ladite expérience que leur confiance avait grandi. Elles reconnaissaient néanmoins que leur expérience acquise durant leur formation les avait aidées à gérer les situations une fois diplômées (51).

La prise de conscience des responsabilités s'est faite au moment de devoir prendre seule des décisions. Préoccupées par leur capacité à opérer les bons choix, elles se sont rendues compte, d'après analyse, que ce sont surtout le manque d'expérience et le peu de confiance en elles qui les inquiétaient plus que leur manque de compétences, comme en témoignent leurs attitudes et choix, adaptés aux situations (51). Ces propos sont en accord avec le ressenti de nos participantes.

L'expérience acquise a donc permis aux sages-femmes de se sentir plus confiantes et plus compétentes comme en témoigne l'analyse des entretiens.

3.1.4. La relation avec les patientes

En devenant sages-femmes, les professionnelles interrogées ont souligné le côté gratifiant de la relation avec les patientes. Certaines sages-femmes ont évoqué le fait de se sentir plus écoutées et reconnues par les patientes que lorsqu'elles étaient étudiantes.

A noté qu'aucune étude n'a été retrouvée permettant de vérifier si ces ressentis sont partagés par la population générale.

Bien que la majorité ait déjà été confrontée à des questionnements de la part des patientes sur leur jeune âge, seulement l'une d'entre elles a reçu des remarques négatives, remettant en doute ses compétences. Ces questionnements ont déjà été évoqués dans un mémoire de sage-femme du secteur libéral, et tout comme pour nos participantes la majorité n'a jamais été désobligeante. De plus, il a même été rapporté que les patientes jeunes apprécient le fait d'être suivies par une jeune sage-femme, se

sentant alors plus à l'aise (38). Cet impact positif dû à leur âge n'a pas été décrit par nos participantes, peut-être parce qu'elles exercent majoritairement en hospitalier et que la relation avec les patientes est différente.

3.2. Auto-évaluation du sentiment de compétence

3.2.1. Echelle de Dreyfus

Grâce à l'échelle de Dreyfus (46), chaque sage-femme interviewée a pu autoévaluer son sentiment de compétence. Il en est ressorti une évolution positive dans tous les cas.

Ce qui a pu être constaté c'est que bien que toutes aient suivi la même formation, leur évaluation à la sortie de l'école différait en fonction de chacune. Cependant, après un an d'exercice dans des milieux plus ou moins différents, elles arrivent sensiblement toutes au même niveau d'évaluation de leurs compétences.

Aucune étude n'a été retrouvée sur l'évaluation du sentiment de compétence au bout d'un an d'exercice chez les sages-femmes. Une comparaison des résultats avec des données de la littérature n'est donc pas possible. Néanmoins l'hypothèse émise est que la première année d'exercice est riche en apprentissage et que c'est l'année durant laquelle le sentiment de compétence connaît la plus grande évolution.

De plus, plusieurs sages-femmes ont mis en évidence le fait que leur métier est une profession où « *on apprend tous les jours* » et que par conséquent elles n'atteindront jamais un sentiment de compétence parfait, malgré une volonté de continuer à enrichir leur expérience. Il semblerait, en effet, qu'un niveau élevé d'auto-efficacité dirige la pratique professionnelle des soignants et favorise grandement des comportements auto-formatifs d'acquisition de compétences professionnelles (54).

Mais la question qui se pose est : faut-il nécessairement savoir résoudre toutes les situations pour être un véritable expert ?

3.2.2. Acquisition d'aptitudes personnelles et professionnelles

L'analyse des entretiens a permis de mettre en exergue toutes les qualités acquises par les sages-femmes durant leur première année d'exercice. En effet, elles ont pu noter une augmentation de leur confiance, de leur efficacité, et ont également appris à prendre plus de recul sur les situations. De plus, une amélioration dans leur relation avec l'équipe ainsi qu'avec les patientes a été soulignée. Une étude anglaise est en accord avec nos résultats. En effet, les jeunes diplômées témoignaient qu'avec l'acquisition d'expérience, elles se sont vues gagner en efficacité, car au début, seulement maîtres de connaissances théoriques, elles étaient trop lentes dans leur réalisation (51).

Ces améliorations obtenues au bout d'un an correspondent à ce que Bandura appelait la source « de l'expérience active ». En effet, tout cela leur a permis de faire croître leurs capacités personnelles (40).

Une amélioration de la capacité à gérer les situations d'urgence auxquelles elles étaient confrontées, a également été constatée par nos participantes. Il semblerait qu'être capable d'effectuer un geste technique en situation d'urgence est un signe d'accession à un niveau de compétence supérieur (50).

La quatrième source décrit par Bandura comme influence du sentiment d'efficacité personnelle se retrouve ici (40). En effet, n'ayant pas d'autres choix que d'agir les sages-femmes n'ont pu laisser leur anxiété prendre le dessus. Ce comportement leur a donc permis de découvrir leurs capacités personnelles à accomplir les actes nécessaires.

4. Le vécu de la première année d'exercice

4.1. Répercussion du vécu des études sur la vie professionnelle

Le vécu des études de sages-femmes est plutôt mitigé chez nos participantes. En effet, quatre les ont bien vécues alors que trois ont trouvé cela difficile. La charge de travail très importante est un ressenti partagé par la majorité des sages-femmes interrogées.

Quelques éléments ont été trouvés en commun avec l'étude bien-être de l'ANESF (31), comme des difficultés en stages ou une pression importante de la formation entraînant une augmentation du stress, bien que ces difficultés ne soient pas partagées par l'ensemble des participantes. Aucun élément relatif à un état dépressif n'a été décrit par les participantes contrairement au fort taux relaté par l'ANESF. Sachant qu'il s'agit d'un ressenti personnel et qu'aucune question précise à ce sujet n'a été posée, il est probable que cet élément ne soit pas ressorti dans notre étude.

Bien que le vécu des études ne semble pas avoir été facile pour toutes les participantes, le bilan de la première année d'exercice est positif pour l'ensemble des sages-femmes interrogées. Il semble donc que le bien-être des étudiants ne conditionne pas celui des professionnels de demain, comme le sous-entendait l'enquête de l'ANESF (31). Mais cela reste encore à prouver, car notre échantillon est trop faible pour être représentatif de la population générale.

Une enquête réalisée par le CNOSF a débuté le 6 janvier 2020 afin d'évaluer le bien-être des sages-femmes au travail, car comme tout soignant elles sont confrontées au stress. Les résultats de cette enquête nationale, donc représentative de la population générale, seront plus fiables et pourront être comparés à ceux obtenus par l'ANESF.

4.2. L'insertion professionnelle

De nombreux points ont été mis en évidence par les sages-femmes concernant leur insertion dans leur vie professionnelle et les retentissements dans leur vie personnelle.

4.1.1. Type de contrat de travail

Bien que l'ensemble des sages-femmes questionnées a toujours été sous contrat depuis l'obtention du diplôme, c'était à chaque fois sous forme de CDD. Une précarité de l'emploi semble donc bien présente, comme le soulignait le CNOSF (34), au vu des nombreux CDD proposés d'une durée souvent inférieure ou égale à six mois. Les différentes études sur l'insertion professionnelle retrouvées dans la littérature sont en accord avec cette analyse de l'offre d'emploi instable (3-6).

De plus il semblerait que l'accès à un emploi stable soit plus long, et se fasse qu'après de nombreux CDD (34), puisqu'au bout d'un an, seule une sage-femme a été stagiairisée.

Néanmoins, les sages-femmes interrogées n'ont pas souffert du problème de renouvellement de contrat dont parlait une étude du CNOSF, puisque leur contrat a toujours été reconduit et ce dans le respect des délais légaux d'annonces contrairement à ce qu'on pouvait trouver dans la littérature (34). La seule sage-femme qui a changé de lieu d'exercice l'a fait par choix personnel.

Par ailleurs, ces formes de contrats ont contraint les sages-femmes dans leur vie personnelle, notamment sur leur projet de vie de famille ou encore sur le projet d'achat ou location dans l'immobilier. Ces difficultés ont été retrouvées dans la littérature aussi bien dans un mémoire de sage-femme (3) que dans une enquête du CNOSF (34). Seules les sages-femmes travaillant dans les DOM-TOM, sous CDD d'un an, n'ont pas été confrontées à ces difficultés. Même si ces dernières ont reconnu que ce n'était que temporaire et qu'elles savaient qu'elles ne resteraient pas à ce poste toute leur vie.

L'absence de chômage a été un point fort à relever, bien que l'une d'entre elles a été contrainte de travailler à temps partiel (80%). Contrairement à ce que l'on trouve dans la littérature (34), il semblerait que l'offre d'emploi, même précaire, soit bien présente car aucune des sages-femmes interrogées n'a connu de chômage ne serait-ce que pendant une courte période de transition. Il semblerait même que nous assistions à une augmentation d'offre d'emplois : une étude réalisée en 2013 avait montré que durant la période suivant l'été, un plus grand nombre de sages-femmes s'était retrouvé sans emploi (6).

De nombreuses questions se soulèvent alors : à quoi est due cette diminution du chômage ? Cela signifie-t-il que l'augmentation des champs de compétences des sages-femmes a réellement conduit à une diversification notamment vers le secteur libéral, libérant ainsi une quantité de postes nécessaires pour les jeunes diplômées comme le projetaient la DRESS ou le CNOSF (33,35) ? Ceci étant dit, les jeunes diplômées accéderont-elles à des CDI dans les établissements hospitaliers ? Et si oui combien de temps cela prendra-t-il ?

4.1.2. Rémunération

Les sages-femmes interrogées ont souligné que leur salaire était convenable pour vivre, mais n'était pas proportionnel à la responsabilité qu'elles ont, et ne leur permettait pas d'être reconnues à leur juste valeur, notamment en comparaison avec le salaire d'une infirmière. Cette insatisfaction salariale et ce manque de reconnaissance paraissent être partagés par l'ensemble de la profession puisque de nombreux écrits de la littérature sont en accord avec cela (5,37).

A ce jour, l'impact des nombreux CDD joue sur la rémunération des salariées car elles révélaient être confrontées à des disparités avec leurs confrères titulaires. En effet, leurs statuts précaires ne leur permettent pas de toucher l'ensemble des primes et elles sont nombreuses à ne pas être payées sur les bonnes grilles indiciaires.

La sage-femme du secteur libéral ayant participé à notre étude n'a pas évoqué de difficultés financières malgré le fait de redonner une part importante de ses gains dans les charges et les cotisations. Elle a déclaré avoir un revenu correspondant à son activité et son temps de travail. Les résultats de l'enquête sur les sages-femmes libérales (36) ne sont pas en accord avec ses dires car la majorité avait reconnu avoir de grandes difficultés financières. Pour 84% d'entre elles, leurs charges étaient supérieures à la moitié de leurs salaires.

4.1.3. Choix du premier poste

La quasi-totalité de nos participantes ont pu choisir et obtenir le poste qu'elles avaient demandé.

Un mémoire de sage-femme comparant l'insertion professionnelle dans les années 2000 aux années 2010, semble montrer que la situation actuelle ressemble plus au schéma des années 2000 pour ce qui est du choix du premier poste. Les sages-femmes choisissent le lieu où elles veulent travailler, et ne sont pas obligées de déménager dans une ville non choisie afin de trouver un emploi (5). En 2013, la difficulté majeure rencontrée dans le parcours de recherche d'emploi était l'absence d'offre d'emploi dans le lieu géographique souhaité (6).

Il apparaît donc que la recherche d'emploi semble être moins chaotique que dans les années 2010, même si celle-ci se solde par des contrats précaires.

4.1.4. Concordance avec leurs espérances

Les entretiens ont révélé que les participantes sont épanouies dans leur vie professionnelle au bout d'un an d'exercice. Cette première année a répondu à leurs attentes voire même plus. Seule une sage-femme interrogée soulignait qu'elle souhaiterait quelques améliorations au niveau de son temps de travail et de son activité.

Ces résultats sont encore plus positifs que ceux obtenus par une sage-femme dans son mémoire (6). Elle avait demandé une notation sur dix pour la concordance entre le choix du projet professionnel et le parcours professionnel durant la première année d'exercice des participantes. La moyenne obtenue était de 6,3/10 ce qui correspondait à un parcours « *plutôt concordant* ».

Bien que les conditions de travail sont parfois difficiles, notamment l'alternance jour-nuit, les weekends, une reconnaissance pas toujours à la hauteur des espérances... aucune n'a témoigné avoir des conditions plus difficiles que les titulaires comme soulevé par l'enquête du CNOSF (34). De plus, l'ensemble des participantes a témoigné de sa volonté de continuité à exercer ce métier. La part non-négligeable de personnes souhaitant changer de métier, retrouvée dans une enquête réalisée en 2005 (37), ne semble pas correspondre à notre échantillon.

4.3. Emotions ressenties à leur début

4.2.1. Lors de la prise de fonction

Les sages-femmes étaient généralement stressées dans leurs débuts professionnels, sans pour autant hypothéquer l'accomplissement de leur devoir. Au contraire, pour l'une d'entre elles, le stress a révélé de nouvelles capacités lors de situations d'urgence. Ce stress, dû à la prise de fonction et notamment à l'augmentation significative des responsabilités, est souligné dans une étude Australienne sur les jeunes

diplômées. En plus du stress, il semblerait que certains puissent même ressentir de l'appréhension voire même de la peur et se sentir « insécure » (43).

Deux études ont montré que le fait de fournir un programme de soutien aux nouvelles diplômées, facilitait leur insertion et leur permettait de se sentir plus confiantes (43,44). L'une des études, australienne, a évalué le niveau de confiance au début et à la fin de ce programme. Ce dernier avait permis de booster le niveau de confiance et de compétences des sages-femmes (44). Nos participantes ont fait part de la même évolution, sans programme de soutien. Malgré un stress persistant durant les premiers mois, il est ressorti des entretiens qu'elles ont bien su gérer les situations avec leurs seules compétences et le soutien de leur équipe.

La question en suspens, est de savoir s'il serait intéressant de proposer ce genre de soutien aux nouvelles diplômées en France et combien de personnes souhaiteraient en bénéficier.

Cet état de stress est essentiellement dû au fait de se retrouver seul. L'ensemble des participantes a souligné l'importance du soutien des collègues, à leurs débuts, toujours là pour les épauler, si nécessaire, dans leurs décisions. De nombreuses études menées en Australie sur les jeunes diplômées sages-femmes ont mis en exergue l'importance de ce soutien (42,43).

Parmi les difficultés soulignées dans les entretiens, figure en bonne place l'adaptation à un environnement inconnu, comme le service, le matériel mais aussi l'équipe.

En effet, les situations stressantes auxquelles les professionnels de santé sont confrontés, sont nombreuses : imprévus, surcharge de travail, conflits avec le personnel, manque de personnel, conditions de travail (horaire,...). Pour arriver à gérer ce stress, des compétences-clé sont nécessaires : hiérarchiser les priorités d'actions, agir rapidement et prendre les bonnes initiatives (appel de l'équipe en soutien...), avoir un esprit d'équipe, faire preuve d'une bonne maîtrise de soi (50). La plupart de ces éléments-clé semblent être présents chez nos participantes au vu de leurs témoignages.

Néanmoins, les sages-femmes, qui tournent sur plusieurs services au sein d'un même établissement de type I ou type II, ont révélé que le fait de pouvoir suivre les

femmes durant leur grossesse, leur accouchement puis dans les suites de couches voire même durant leur suivi en consultation, est très enrichissant et bénéfique puisque cela permettait de créer une réelle relation de confiance. Bien que les soins continus ne soient pas une réalité dans les maternités françaises et que la majorité fonctionne en services séparés, l'effet bénéfique de cette relation a été retrouvé dans une étude Australienne (42).

Deux études menées sur les sages-femmes exerçant en secteur libéral (36,37) sont en accord avec le ressenti de notre participante : la qualité de la relation établie avec les femmes, la liberté d'organisation et la possibilité de choisir l'activité exercée influençaient de manière positive la satisfaction professionnelle de ces sages-femmes.

4.2.2. Lors de l'encadrement d'étudiants

La fréquence d'encadrement des étudiants est souvent irrégulière et dépend principalement du niveau de l'établissement dans lequel exercent les sages-femmes. Malgré tout, il semblerait que des difficultés soient régulièrement rencontrées au cours de cette mission (55).

En effet, deux sages-femmes ont évoqué la complexité de cette tâche due à un manque de formation durant leurs cursus, mais aussi à un manque d'expérience professionnelle conformément au mémoire d'une étudiante sage-femme (55). Par ailleurs, ce mémoire a soulevé d'autres difficultés non évoquées dans notre étude : le manque de temps, des étudiants trop nombreux...

Le fait que la majorité des participantes exerçant dans des structures de type I ou II, où la fréquence des étudiantes est moins importante que dans les maternités de type III, peut constituer un biais à la description des difficultés rencontrées dans cette étude. De plus, aucune question portant sur ce sujet n'ayant été posée durant l'entretien, il est fort probable que ces difficultés aient été sous-estimées.

Comme le soulignait une des participantes, l'encadrement des étudiants de promotions inférieures n'est plus réalisé au cours de la formation. Il semblerait que ce changement ait créé un manque dans la formation, car encadrer les étudiants est une des missions confiées aux sages-femmes.

4.2.3. Relative aux tâches administratives

La lourdeur de la tâche administrative a été mise en évidence comme la quantité importante de papiers à compléter, la difficulté d'utilisation des logiciels propres à chaque établissement ainsi que le fait de devoir continuer à gérer l'activité du service dans le même temps. La lourdeur administrative n'échappe pas non plus à l'exercice du secteur libéral (36,38).

Une des sages-femmes a reconnu que cette tâche empêchait les professionnelles de dédier le plus gros de leur temps aux patientes. En 2015, ce point était déjà perçu comme LE point noir de la profession (37).

Il semblerait donc intéressant de trouver des solutions pour pallier ces difficultés beaucoup trop chronophages, en uniformisant, par exemple, l'ensemble des logiciels utilisés dans les établissements français. Cependant, considérant les besoins qui diffèrent en fonction de l'activité de chaque établissement et du coût des logiciels, il semble peu probable de pouvoir alléger et simplifier le côté administratif.

4.4. Projection sur l'avenir

Le milieu dans lequel chaque sage-femme exerce (hospitalier ou libéral) semble correspondre à chacune. En effet, toutes ont émis le souhait de rester dans celui-ci, excepté deux d'entre elles qui envisagent d'exercer dans le secteur libéral en fin de carrière.

Bien que le changement de secteur ne soit pas pour l'heure envisagé, elles ont révélé que ce dernier ne leur faisait pas peur et qu'il était possible.

La probabilité que chacune reste dans son milieu est grande car elles ne souhaitent pas en changer et il semblerait que l'envie et le besoin de mobilité diminuent avec l'âge (35). A noter que ce sont des jeunes diplômées, et leurs envies peuvent encore évoluer...

De plus, les personnes travaillant dans un établissement de type I avaient reconnu qu'il serait difficile de retourner travailler dans un établissement de type II et encore plus de type III car elles perdraient en autonomie.

Cette autonomie et la lourde responsabilité pourraient tout de même conduire un bon nombre d'étudiants à se questionner sur leur motivation à intégrer ce type de structure, à la sortie de l'école. D'ailleurs, une enquête issue d'un mémoire avait révélé que seulement 8,2% des étudiants souhaitaient travailler dans une maternité de type I car il y a trop de responsabilités. La majorité (66%) préférerait se tourner vers un établissement de type II, leur offrant plus de sécurité avec la présence de plus de personnels sur place, tout en leur permettant de répondre aux attentes des patientes, étant donné une charge de travail moins importante que dans les types III (4).

Le fait que la formation continue soit une obligation pour les sages-femmes (23), n'altère en rien leur envie de continuer à se former. De nombreux thèmes ont été abordés, mais les deux les plus souvent cités ont été : le DIU d'acupuncture et le DU d'échographie.

Le choix de ces formations est personnel aux participantes et quelques-unes ont insisté sur leur souhait de pouvoir offrir une diversité d'exercice aux établissements pour lesquels elles travaillent.

Il semblerait donc que les jeunes diplômées sont motivées et ont pour objectif d'accompagner au mieux les femmes, en essayant de leur proposer un large panel d'options possibles (acupuncture, homéopathie...).

5. Projet d'action

Pour optimiser la préparation à la vie professionnelle de ces sages-femmes et leur permettre d'augmenter leur capital confiance, des solutions peuvent être proposées.

La première solution serait d'ajouter une sixième année à la formation de sage-femme. Cette dernière permettrait de pouvoir approfondir la théorie notamment en pédiatrie/puériculture mais aussi de pouvoir réaliser davantage de stages en gynécologie, comme évoqué dans les points faibles de la formation par les participantes. L'augmentation des compétences des sages-femmes durant la dernière décennie a, en effet, demandé une augmentation pendant les études du volume des contenus

didactiques mais aussi des pratiques en situations concrètes et des processus d'évaluation d'acquisition de ces compétences.

De plus, les études ont été décrites comme relativement difficiles et comprenant une charge de travail importante. Cette année supplémentaire permettrait donc d'étaler et d'approfondir les nombreuses tâches à effectuer par l'étudiant (cours, stages, mémoire).

D'autre part, cette sixième année semblerait légitime car elle permettrait l'ouverture d'un troisième cycle dans la formation des sages-femmes comme dans les cursus des autres professions médicales (médecin, dentiste) (56,57). En plus de réduire l'inégalité entre ces différentes professions, elle conduirait à l'obtention du diplôme de Master et donc à une meilleure reconnaissance de la profession.

La seconde solution serait d'envisager la création d'une association d'anciens étudiants sages-femmes (58). A ce jour, de nombreuses associations existent déjà au sein de la profession (59), néanmoins aucune de ce style n'a été retrouvée.

En effet, comme toute profession médicale, celle de sage-femme possède un Ordre professionnel et une société savante le Collège National des sages-femmes. Il existe aussi de nombreuses associations organisées par type d'exercice (PMI, libéral) ou par type de pratique (acupuncture, échographie, orthogénie, ...), ainsi que des syndicats professionnels spécifiques, l'ONSSF et l'UNSSF.

Même si la situation a dû évoluer dans un sens positif, ce qui n'a pas été encore évalué, un rapport de recherche réalisé en 2011 montrait que la population de sages-femmes restait peu engagée dans ce réseau associatif et syndical (hors Conseil de l'Ordre dont l'inscription est obligatoire pour exercer), et que l'engagement concernait principalement les sages-femmes libérales au-delà de dix années d'exercice (60).

La première année d'exercice est une année d'incertitude encore sur l'orientation que prendra sa carrière et il est compréhensif que ce type d'engagement ne réponde pas tout de suite aux besoins spécifiques des débuts de carrière.

L'Ordre est une organisation pouvant paraître inaccessible, voir impressionnante de par ses missions, aux jeunes sages-femmes n'osant pas forcément le solliciter. Il existe pourtant au moment de la demande d'inscription au tableau un entretien obligatoire en présentiel avec une sage-femme conseillère départementale de l'Ordre. Cet entretien confraternel, destiné à vérifier la conformité de la demande d'exercice avec une responsabilité de sage-femme est aussi l'occasion de répondre à de

nombreuses questions. Mais très peu de jeunes sages-femmes reviennent vers le Conseil de l'Ordre lorsque d'autres questions ou difficultés surviennent après cet entretien d'inscription.

Il semble donc qu'une association d'anciens étudiants, au niveau de la région de l'école, pourrait être une aide précieuse pour les nouvelles diplômées au moment de leur immersion professionnelle et permettrait de répondre à quelques difficultés soulevées par l'analyse des entretiens, comme le stress des premières gardes.

La solidarité née pendant les études trouverait une continuité d'autant plus efficiente que les personnes se connaissent déjà et s'identifient aisément. L'utilisation des réseaux sociaux par les étudiants organisés en groupe d'échange durant leurs études, a largement préparé cette cohérence de groupe et d'échange, d'écoute et de conseils. Une enquête de 2017 montre effectivement que 79% des étudiants ont utilisé un groupe Facebook pour travailler avec leurs camarades (61).

Cette association permettrait de partager les « bons plans » (logement, activités, contact au sein de la maternité, ...), et pourrait également servir à diffuser les offres d'emploi disponibles. Par le biais de cette association, les sages-femmes qui partent dans une région inconnue pourraient prendre contact avec une sage-femme déjà sur les lieux et rencontrer ses futurs collègues.

Il pourrait également être imaginé la mise en place d'un parrainage entre nouvelle diplômée et sage-femme plus expérimentée. Ce parrainage permettrait d'échanger sur les situations vécues, et d'avoir le retour d'une personne qui fait partie du même milieu tout en étant non impliquée. Il offrirait également un soutien pour les personnes qui sont seules et/ou qui ont été amenées à vivre des situations compliquées (stress, conflit avec autre membre du personnel ...). Bien sûr l'obligation très règlementée du secret professionnel incombant à la profession de sage-femme, devra faire partie des précautions à mettre à place dans les échanges au sein de cette association.

Par ailleurs, la mise en place dans les maternités du modèle de soin périnatal développé au Royaume Uni (62), le « one to one », et destiné à améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés, permettrait également d'augmenter le niveau de confiance personnelle des sages-femmes et le lien de confiance avec la femme. Plusieurs sages-femmes interviewées ont mentionné ne pas avoir forcément tout le temps nécessaire et souhaité à accorder à la femme à cause de l'activité importante du service et des tâches

administratives. Cette forme d'exercice permettrait à la sage-femme de se consacrer uniquement à une femme.

La conséquence serait également d'augmenter le nombre de sages-femmes en activité et de sécuriser le marché de l'emploi pour les nouvelles diplômées. En 2010, il y avait 233 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer au Royaume Uni contre 133 en France (63).

Pour finir, afin de compléter cette étude, il semblerait intéressant d'interroger les sages-femmes issues de l'ensemble des écoles françaises pour apprécier leur vécu de première année. Une étude nationale permettrait de pointer quelles solutions sont nécessaires pour préparer au mieux les futures sages-femmes qui ne travailleront pas forcément dans un lieu rattaché à la région de leur école.

De plus, il serait intéressant de comparer le sentiment de compétence des jeunes diplômées au niveau national, afin de voir si des disparités de formation et d'exercice existent entre les différentes régions.

CONCLUSION

Chaque année de nouvelles promotions de sages-femmes sont diplômées et se lancent dans la vie professionnelle. Ces sages-femmes sont confrontées aux lois du marché du travail.

Dans un premier temps, elles œuvrent à la recherche d'un emploi, puis une fois ce dernier trouvé, elles doivent prendre leurs marques et s'intégrer. Il a été évoqué que la transition étudiant-professionnel est facilitée si elle a lieu au sein d'une structure déjà connue.

Néanmoins, des difficultés persistent dues à la précarité de l'emploi (nombreux CDD) ne permettant pas aux sages-femmes de pouvoir se projeter sereinement dans leur vie professionnelle et personnelle, même si à ce jour il semblerait que l'offre (libéral, hospitalier) soit suffisante pour couvrir la demande.

Sorties de la formation avec un bagage théorique conséquent, ces étudiantes sages-femmes se sentaient prêtes à devenir professionnelles. Leur sentiment de compétence a progressé tout au long de cette année, riche en expériences et enrichissante.

Malgré le stress dû à leurs nouvelles responsabilités et au fait de devoir gérer les situations de manière autonome, notamment durant leurs premiers mois, le soutien de l'équipe a été un facteur clé dans l'acquisition de confiance personnelle.

In fine, les sages-femmes interrogées ont bien vécu leur première année d'exercice pendant laquelle elles ont quasiment toutes pu choisir leur lieu d'exercice. S'agissant de leurs attentes, le bilan est positif. Cependant, quelques points restent encore à améliorer comme l'augmentation de leur rémunération ou la diminution des tâches administratives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conseil National Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [Ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). [cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
2. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. JORF n°0074 (2013).
3. Malbos A. Etude qualitative sur l'insertion professionnelle des sages-femmes récemment diplômées de l'Université d'Angers [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Angers] : Univeristé d'Angers; 2018 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20122648/2018MFASMA8541/fichier/8541F.pdf>
4. Brugiere L. Insertion professionnelle des étudiants sages-femmes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Limoges] : Université de Limoges; 2018 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/decd45a5-6d94-4a9e-b867-293703ef5da4/blobholder:0/M-SM2018-003.pdf>
5. Piveteau C. Quelle insertion professionnelle pour les jeunes diplôm(e)s sages-femmes ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Nantes] : Université de Nantes; 2016 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/b9fe48d4-46f7-47fe-9624-3e6461254f17>
6. Spiegel F. L'insertion professionnelle des nouveaux diplômés d'État de sage-femme : étude auprès des diplômés 2013 en région Rhône-Alpes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. Université de Grenoble; 2015 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176612/document>
7. Collectifs des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. [Ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2010 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
8. International Confederation of Midwives (ICM). Definitions of the midwife [Internet]. [internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org). 2005 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
9. Duff E. Definition of the Midwife. *J Midwifery & Womens Health*. 2006;51(4):310-310.
10. CNOSF. Les compétences des sages-femmes [Internet]. [Ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2015 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
11. Article L.4151-1. Code de la santé publique (2016).
12. Article R.4127-318. Code de la santé publique (2016).
13. Article L.4151-4. Code de la santé publique (2016).
14. Article L.4151-2. Code de la santé publique (2016).

15. Article L.2212-2. Code de la santé publique (2016).
16. Article L.2121-1. Code de la santé publique (2016).
17. Article D.331-1. Code de la sécurité sociale (2015).
18. CNOSF. Les différents modes d'exercices [Internet]. Ordre-sages-femmes.fr. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <http://cdosf69.fr/page/les-differents-modes-dexercices-8>
19. CNOSF. Les différents modes d'exercice libéral [Internet]. Ordre-sages-femmes.fr. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-liberal/les-differents-modes-dexercice-liberal/>
20. Article L.4111-1. Code de la santé publique (2017).
21. Article D.4151-15. Code de la santé publique (2014).
22. Article D.4151-16. Code de la santé publique (2014).
23. Article L.4021-1. Code de la santé publique (2016).
24. Amiot I. L'universitarisation de la formation de sage femme et ses conséquences pour les structures de formation : entre dynamique de professionnalisation et remaniements de l'identité professionnelle des enseignants en maïeutique [Internet] [Thèse : Science de l'éducation]. [Lille] : Université de Lille ; 2017 [cité 26 mai 2019]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01880616/document>
25. Arrêté du 19 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 11 décembre 2001 modifié relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens. JORF n°0016 (2012).
26. Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMA). Intégration des écoles Sages-Femmes à l'université : une évolution nécessaire [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gcs_contribution_4_-_integration_des_ecoles_de_sf_a_luniversite_-_evolution_necessaire_.pdf
27. Demeester A. Formation initiale sage-femme : l'université est une chance. Saisissons-la ! La Revue Sage-Femme. juin 2011;10(3):101-3.
28. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). L'intégration Universitaire [Internet]. ANESF. 2018 [cité 26 mai 2019]. Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2019/01/13/lintegration-universitaire-engagement-n31-mai-2018/>
29. Goyet S, Sauvegrain P, Schantz C, Morin C. State of midwifery research in France. Midwifery. 2018;64:101-9.
30. ANESF. Enquête bien être : Pourquoi ? Comment ? [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/enquete-bien-etre/contexte/>

31. ANESF. Enquête bien être étudiants de L'ANESF [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/enquete-bien-etre/dossier-de-presse/>
32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Effectifs des sages-femmes par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2018 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3752>
33. CNOSF. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes : modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales [Internet]. Ordre-sages-femmes.fr. 2016 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-march%C3%A9-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
34. CNOSF. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? [Internet]. Ordre-sages-femmes.fr. 2014 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Note-de-synthese-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF.pdf>
35. DRESS. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. dress.solidarités-sante.gouv.fr. 2012 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
36. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). La face noire du libérale [Internet]. ansfl.org. 2017 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/premiers-resultats-de-lenquete-la-face-noire-du-liberal/>
37. Midy F, Condiguy S, Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. IRDES. 2005;(102):1-4.
38. Laurent J. Les jeunes diplômées sages-femmes et l'exercice libéral [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Metz]: Université de Lorraine ; 2014 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844100/document>
39. CNOSF. Les formalités d'installation libérale [Internet]. Ordre-sages-femmes.fr. 2012 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-liberal/formalite-dinstallation/>
40. Rondier M. "A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle" [Internet]. L'orientation scolaire et professionnelle. 2004 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/osp/741>
41. Engberink AO, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. 2011;12(4):199-212.
42. Cummins AM, Denney-Wilson E, Homer CSE. The experiences of new graduate midwives working in midwifery continuity of care models in Australia. Midwifery. 2017;24:106-11.

43. Clements V, Davis D, Fenwick J. Continuity of Care: Supporting New Graduates to Grow Into Confident Practitioners. *Int J Childbirth*. 2013;3:3-12.
44. Chapman A. Developing confidence in competence: My experience of the Midwifery First Year of Practice programme. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2018;54:58-62.
45. Robo P. A propos de recherche et de méthodes qualitatives [Internet]. 1995 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur : http://probo.free.fr/ecrits_divers/methodes_qualitatives.pdf
46. Hugonnet E. Le modèle d'acquisition de compétences de Dreyfus [Internet]. 2009 [cité 22 mars 2020]. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/ehsavoie/le-modle-dacquisition-de-comptences-de-dreyfus>
47. Dell'Omodarme C, Bocci G, Troiano G, Rossi S, Kundisova L, Nante N, et al. Midwives in England and in Italy: two realities compared. *Ann Ig*. 2018;30(1):14-20.
48. ICM. Global Standards for Midwifery Education (2010) Amended 2013 [Internet]. internationalmidwives.org. 2013 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur : https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/04/icm-standards-guidelines_ammended2013.pdf
49. Luyben A, Barger M, Avery M, Bharj KK, O'Connell R, Fleming V, et al. Exploring global recognition of quality midwifery education: Vision or fiction? *Women Birth*. 2017;30(3):184-92.
50. Roques O, Roger A. Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. *Politiques et Management Public*. 2004;22(4):47-63.
51. Skirton H, Stephen N, Doris F, Cooper M, Avis M, Fraser DM. Preparedness of newly qualified midwives to deliver clinical care: An evaluation of pre-registration midwifery education through an analysis of key events. *Midwifery*. 2012;28(5):660-6.
52. Ringele J. L'accueil et l'intégration des jeunes professionnels infirmier : un enjeu pour les directeurs de soins [Internet] [Mémoire : Santé Publique]. [Rennes] : Ecole Nationale de Santé Publique ; 2002 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/ig/ringele.pdf>
53. Apriou Ledesma L. Le sentiment identitaire professionnel [Internet] [Thèse d'exercice : Science de l'éducation]. [Paris] : Ecole doctorale Abbé Gregoire ; 2018 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01933285/document>
54. Piguet C, Nagels M. Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de la santé en France et en Suisse. In: 7ème colloque européen sur l'Autoformation [Internet]. Auzeville, France ; 2007 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00174685>

55. Desnoyer M. Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-ferrand] : Université Clermont 1 ; 2012 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00764839/document>
56. Décret n° 2011-22 du 5 janvier 2011 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques. JORF n°0005 (2011).
57. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. JORF n°0276 (2016).
58. Animafac. Créer et animer un réseau d'anciens [Internet]. www.animafac.net. 2014 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : https://www.animafac.net/media/FP9_BD.pdf
59. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Liens utiles [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/informations/liens-utiles/>
60. Charrier P. Les sages-femmes en France [Internet]. Université de Lyon ; 2011 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00584595>
61. Costes J. Les réseaux sociaux et les étudiants [Internet]. École Webstart. 2017 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : <https://ecole-webstart.com/reseaux-sociaux-etudiants/>
62. Page L. One-to-one Midwifery: Restoring the "with Woman" Relationship in Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003;48(2):119-25.
63. Blanchard L. Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Paris] : Ecole de sages-femmes Saint-Antoine ; 2016 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394096/document>

ANNEXES

Annexe I

Grille d'entretien

Renseignements généraux :

- Quel âge avez-vous ?
 - Avez-vous des enfants ? Si oui combien ? Quels âges ont-ils ?
 - Quel parcours de stage aviez-vous choisi (type 1-2 ou 3; libéral) pendant vos études ? Pourquoi ? Comment aviez-vous envisagé votre projet professionnel ?
 - Dans quel(s) endroit(s) avez-vous travaillé durant votre première année ?
 - Votre premier lieu de travail est-il un endroit où vous aviez déjà effectué des stages en tant qu'étudiant ? Ce lieu était-il un choix personnel ou une réponse à une offre du marché de travail ?
 - Avez-vous connu des périodes de chômage ? de temps partiel non choisi ? d'intérim non choisi ?
 - Sous quelle forme de contrat étiez-vous embauché(e) ?
- Cela a-t-il eu un impact sur votre vie personnelle ?
- Durant cette première année, avez-vous vécu des situations qui ont pu engendrer une certaine forme de stress (aussi bien positifs que négatifs) ? (mariage/divorce/séparation/déménagement/ grossesse/ décès d'un proche...).
- => Selon vous, cela a-t-il pu influencer votre vie professionnelle ?

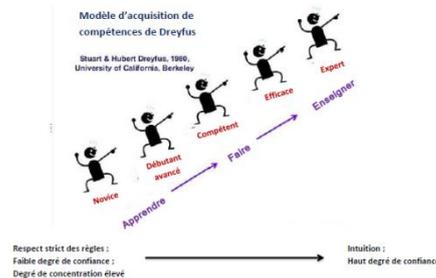
Retour sur la première année d'exercice

- Comment avez-vous vécu vos études ?
- Comment appréhendez-vous le fait de quitter le statut d'étudiant ?
- A la sortie de l'école, vous sentiez-vous suffisamment compétent(e)s dans les différents domaines de votre exercice ? (gynécologie/ obstétrique)
 - Les apports théoriques de la formation, vous semblaient-ils suffisants ?
- Vous sentiez-vous prêt(e) à exercer ? Si ne répond pas oui → Pourriez-vous nous donner un exemple de situation vécue en tant que sage-femme ou vous vous êtes senti(e) en difficulté ou en échec, au point d'avoir eu le sentiment de ne pas être

prêt(e) à exercer ? Selon vous, quel(s) élément(s) a/ont entraîné(s) un tel ressenti ?

- A la sortie de l'école comment vous vous voyiez quand vous vous imaginiez en tant que sage-femme ? Cela correspond-il à ce que vous êtes dans la réalité ?
- Comment avez-vous vécu vos premières expériences en tant que SF ?
 - Avez-vous été doublé(e) durant vos premiers jours ? et pendant combien de temps ?
 - Avez-vous rencontré des difficultés au niveau de certaines tâches administratives relatives à votre profession ?
- Comment avez-vous vécu la prise de responsabilités avec votre fonction ? Etiez-vous à l'aise avec le fait de devoir prendre des décisions ?
- Votre rémunération vous a-t-elle paru satisfaisante ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous vécu et géré vos premières situations d'urgences ?
- Dans quel secteur vous sentez-vous le plus à l'aise / compétent(e) ? Pourquoi ?
- Dans quel secteur êtes-vous le moins à l'aise / compétent(e) ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que le fait d'être nouvellement diplômé(e) jouait un rôle dans vos relations professionnelles et dans le regard des autres professionnels ?
 - Vous a-t-on fait des remarques sur le « peu » d'expérience que vous possédiez ?
 - Attitude des sages-femmes envers vous ?
- Votre jeune âge a-t-il engendré des remarques de la part des patientes ?
- Le fait d'avoir exercé principalement dans un des deux milieux (hospitalier ou libéral) vous donne-t-il le sentiment que vous pourriez être en difficulté pour exercer dans le milieu où vous avez le moins pratiqué ? Pourquoi ?
- Si vous deviez faire un point sur votre évolution en une année, que diriez-vous ?
- Pouvez-vous dire que vous êtes épanoui(e) dans votre vie professionnelle ? Votre première année d'exercice correspond-elle à ce que vous attendiez ?
- A l'heure actuelle, comment envisagez-vous votre avenir professionnel ? envisagez-vous de rester dans le milieu dans lequel vous êtes actuellement ? Avez-vous prévu d'effectuer des formations ou DIU/DU ? si oui lesquelles ?

- Sur l'échelle suivante, qui représente le niveau d'acquisition de vos compétences, où vous placeriez-vous à l'obtention du diplôme ? et maintenant [au bout d'un an de diplôme] où vous situeriez-vous ?



Novice : Vous avez peu ou pas d'expérience. Vous agissez en suivant strictement les règles, vous faites ce qu'on vous dit de faire, cependant cela vous demande une grande concentration. Vous assimilez des modèles de comportements et d'actions à tenir.

Débutant avancé : la réalisation de vos tâches, toujours régie par des règles, vous demande encore de la concentration mais vous commencez à prendre en compte le contexte des situations auxquelles vous êtes confrontés.

Compétent : vos expériences passées commencent à influencer votre prise de décision. Vous prenez des initiatives, vous vous sentez responsables de vos choix et de ce fait vous commencez à remettre en cause certaines règles.

A ce stade, les échecs rencontrés vous donnent la sensation de régresser.

Efficace : vous commencez à laisser de côté la théorie au profit de la pratique. Vous analysez le contexte général de la situation afin de la résoudre en prenant des décisions de manière toujours consciente et en suivant les règles.

Expert : vous ne vous posez plus de questions, vous faites ce qu'il faut faire car vous reconnaissez les situations de manière intuitive. Vous « sentez » les choses. Vous ne réfléchissez plus à quelle règle appliquer mais à son but.

Annexe II

LETTRE D'INFORMATION

VECU DE LA PREMIERE ANNEE D'EXERCICE DE SAGE-FEMME

- Etudiante sage-femme
 - Sous la direction d'une sage-femme hospitalière
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Vécu de la première année d'exercice de sage-femme ».

L'étude « vécu de la première année d'exercice de sage-femme » s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité d'une sage-femme hospitalière.

1-Pourquoi cette étude

Au fil des années, les sages-femmes ont vu leur champ de compétences s'élargir, ce qui les a amenées à modifier leurs pratiques et à en acquérir de nouvelles (notamment en matière de gynécologie). Les sages-femmes ayant été diplômées après ces réformes, doivent faire face à ce large spectre de compétences dès leur entrée dans le monde du travail.

A ce jour aucune étude n'a été retrouvée sur l'expérience de la première année d'exercice en tant que sage-femme.

2- L'étude en pratique

Pour cette étude, des entretiens individuels semi-directifs seront réalisés par téléphone ou en face en face. Ces entretiens seront enregistrés avec un dictaphone afin de permettre leur retranscription. Les données seront conservées de manière anonyme et seront détruites après utilisation.

3-Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration au DPD (Délégué de Protection des Données).

4- Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à l'étudiante sage –femme.

5- Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

Annexe III

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

VECU DE LA PREMIERE ANNEE D'EXERCICE DE SAGE-FEMME

Directeur du mémoire : Sage-femme hospitalière,

Investigateur : étudiante sage-femme

L'étudiante sage-femme,

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Vécu de la première année d'exercice de sage-femme ».

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrais à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « **Vécu de la première année d'exercice de sage-femme** »

- Noms :

Prénoms :

- Courriel :

- Numéro de téléphone :

Numéro d'anonymat du (de la) participant(e) :

Je refuse de participer à l'étude intitulée : « **Vécu de la première année d'exercice de sage-femme** »

Fait (en double exemplaire) à :

Le : / /

Signature participant(e) :

Signature investigateur :

Annexe IV

TABLEAU D'ANALYSE HORIZONTALE DES DONNEES

Thèmes	Sous thème
La formation en sciences maïeutique	<ul style="list-style-type: none">• Vécu des études• Les apports théorique et pratique sont-ils suffisants pour se sentir compétent ?• Ressenti à la fin de la formation
Emotions suscitées par l'insertion dans la vie active	<ul style="list-style-type: none">• Premiers jours de travail• Premières urgences• Responsabilité et décision• Tâches administratives
Les différents types de relations	<ul style="list-style-type: none">• Avec les collègues• Avec les patientes• Avec les étudiantes sages-femmes
Projet professionnel : rêve ou réalité	<ul style="list-style-type: none">• Premier poste : choisi ou subi ?• Projet de son devenir professionnel : imagination versus réalité• La première année répond-elle aux attentes espérées ?
Volet administratif et social de l'emploi	<ul style="list-style-type: none">• Forme des contrats d'embauches• Rémunération
Evolution des sages-femmes après un an d'exercice	<ul style="list-style-type: none">• Développement des aptitudes professionnelles• Evaluation acquisition de compétences• Domaine préférentiel d'exercice
Projet d'avenir	<ul style="list-style-type: none">• Forme et lieu d'exercice• Formation

Résumé :

Introduction – Au fil des années, les sages-femmes ont vu leur champ de compétences s'élargir. La formation de sages-femmes fournit aux étudiants des enseignements pratiques et cliniques permettant d'exercer de manière qualifiée. Néanmoins, le vécu des débuts professionnels ont peu été étudiés.

Objectifs – Evaluer le sentiment de compétence des sages-femmes dans leur pratique quotidienne au bout d'un an d'exercice et explorer les facteurs qui l'influencent. Explorer le vécu de la première année d'exercice des sages-femmes diplômées.

Méthode – Une étude descriptive interprétative a été réalisée via sept entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes diplômées en 2018 à Clermont-Ferrand, qui ont été analysés de manière thématique.

Résultats – La formation suivie par les participantes semble les préparer à « être prêtes à exercer » malgré quelques failles en gynécologie ou pédiatrie. L'insertion dans la vie active, bien que stressante, s'est bien déroulée. Le sentiment de compétence a connu une évolution positive après un an grâce à l'expérience acquise et au soutien des collègues. Quant aux projets d'avenir, il s'agit majoritairement de rester dans leur lieu d'exercice avec une volonté de réaliser des formations.

Discussion – Depuis quelques années, l'insertion professionnelle semble compliquée au vu de la précarité des contrats, néanmoins il semblerait que l'offre d'emploi soit présente.

Conclusion – Il a été démontré que cette année d'exercice a été relativement bien vécue. Bien que les sages-femmes nouvellement diplômées aient été confrontées à de nombreuses situations stressantes, elles ont réussi à faire face de manière adaptée. L'acquisition d'expérience leur a permis de faire croître leur sentiment de confiance personnelle.

Mots clés – Sage-femme ; Nouvelle diplômée ; Sentiment de compétence ; insertion professionnelle

Abstract

Background – Over the years, midwives have grown in qualification. Midwifery training provides students with practical and clinical lessons for qualified practice. However, the experience of professional beginnings has been little studied.

Objectives – Evaluate the midwives' self efficacy in their daily practice after one year of exercise and explore the factors that influence it. Explore the experiences of the first year of practice for graduate midwives.

Methods –An interpretative descriptive study was carried out to seven semi-structured interviews with midwives graduated in 2018 in Clermont-Ferrand, who analyzed thematically.

Results – The training followed by the participants seems to prepare them to "be ready to practice" despite some flaws in gynecology or pediatrics. The integration into working life, although stressful, went well. The feeling of competence has developed positively after a year thanks to the experience gained and the support of colleagues. As for future projects, it is mainly a question of staying in their place of exercise with a desire to carry out training.

Discussion – In recent years, professional integration seems to be complicated due to precarious jobs, however it seems that the job offer is present.

Conclusion – This first year has been shown to have been relatively well lived. Although the newly graduated midwives were faced with many stressful situations, they managed to cope appropriately. The experience gained allowed them to grow their sense of personal confidence.

Keywords – Midwives ; New graduate ; Self efficacy ; occupational integration

