**2022-2023**

Diplôme d'État de sage-femme

École de Sages-Femmes René Rouchy – Angers

# REPRESENTATIONS DES MISSIONS DE L'EXERCICE EN CENTRE DE PROTECTION MATERNELLE INFANTILE PAR LES SAGES-FEMMES Y EXERÇANT

## *Différences entre leurs représentations de la profession avant leur installation en structure et la réalité du terrain.*

**ASTRID DESHORMEAUX**

Née le 08 juillet 2000

Sous la direction de Mme BEDOUET Marie-Cécile et de Mme PIERROT Béatrice

**Jury**

Mr Guillaume LEGENDRE : présidente

Mme Céline MABON : membre

Mme BARBOT-SUBILEAU : membre

Mme Yolande ROSSARD : membre

Soutenu publiquement le 25 mai 2023

**Document confidentiel**

université angers

# AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée DESHORMEAUX Astrid

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse / rapport / mémoire.

Signé par l'étudiante le 10/11/2022

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame PIERROT Béatrice d'avoir repris la direction de ce mémoire et sans qui ce travail n'aurait jamais abouti. Merci pour votre disponibilité et pour votre accompagnement.

Madame BEDOUET Marie-Cécile qui a débuté la direction de ce mémoire.

L'équipe pédagogique de l'école d'Angers et Laurence SADI. Merci de m'avoir accompagnée et encouragée quand cela était nécessaire. Merci de m'avoir aidée à devenir la future professionnelle sage-femme que je serais.

L'équipe du CH Laval pour cet accompagnement et pour cette bienveillance durant mon stage long.

Ma promotion pour cette super ambiance pendant 4 années. Merci pour votre soutien et pour tous ces bons moments.

Mes copines angevines (Jeanne, Othilie, Lise, Joy, Emma, Justine, Maëla, Lisa et Louise) qui ont toujours su être là pour moi dans les moments difficiles. Merci pour tous ces rires et ces bons moments partagés. Ce n'est que le début !

Mes ami.e.s Mayennais.es pour votre précieuse amitié.

Ma famille et belle famille pour votre soutien de toujours.

Mes parents et mon frère qui m'ont permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour votre patience, vos encouragements et surtout votre soutien sans faille.

Alan pour tout ce que tu fais pour moi, pour ton soutien, ta patience et ta positivité qui m'a permis de garder le sourire pendant ces 5 années même dans les moments les plus difficiles.

# LISTE DES ABREVIATIONS

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**IST :** Infections Sexuellement Transmissibles

**DU :** Diplôme Universitaire

**DIU :** Diplôme Interuniversitaire

**PDLL :** Pays de la Loire

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

# SOMMAIRE

**Avertissement** ..... **3**
**Engagement de NON-PLAGIAT** ..... **4**
**Remerciements** ..... **5**
**Liste des abréviations** ..... **6**
**Sommaire** ..... **7**
**Introduction** ..... **9**
**Matériel et Méthodes** ..... **12**
MATERIEL ..... 12
Schéma d'étude ..... 12
Population de l'étude ..... 12
Critère d'inclusion et de non-inclusion ..... 12
Recrutement des sages-femmes interrogé.e.s ..... 12
METHODE ..... 13
Méthodologie de recherche ..... 13
Choix de l'outil ..... 13
Déroulé des entretiens ..... 15
Traitement et analyse des données ..... 15
Considérations éthiques ..... 15
**Résultats** ..... **16**
CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ..... 16
ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS ..... 17
Pourquoi sage-femme de PMI ? ..... 17
1) Attraits pour la dimension psycho-sociale du travail en PMI ..... 17
2) Un besoin de changement de mode d'exercice ..... 17
3) Organisation du travail et des horaires ..... 18
Pourquoi pas le choix du libéral ? ..... 18
1) Besoin de travailler en équipe ..... 18
2) Aspect logistique et organisationnel ..... 18
3) Sécurité financière ..... 19
Représentations initiales des missions avant la prise de poste en PMI ..... 19
1) Renseignements préalables à la prise de poste en PMI ..... 19
2) Conditions de travail imaginées ..... 20
3) 3 attentes avant cette prise de poste ..... 20
4) Les représentations ..... 20
Représentations après expérience professionnelle ..... 21
1) Points communs avec les représentations initiales ..... 21
2) Points qui différent des représentations initiales ..... 22

3) Charge mentale de l'exercice territorial ..... 23
4) Plus-values professionnelles de l'exercice territorial ..... 23
**Discussion ..... 25**
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE..... 25
REPRESENTATIONS INITIALES : ..... 25
Facteurs liés aux représentations sociales ..... 25
Facteurs personnels ..... 26
REPRESENTATIONS APRES EXERCICE :..... 27
Les différences avec les représentations initiales ..... 27
Les points communs avec les représentations initiales ..... 28
LES PRECONISATIONS..... 29
**Conclusion ..... 30**
**Annexes ..... 31**
Annexe 1 : Guide d'entretien ..... 31
**Bibliographie ..... 33**
**Table des matières ..... 36**
**Résumé ..... 38**
**Abstract..... 38**

# INTRODUCTION

La Protection Maternelle Infantile (PMI) est une institution qui a vu le jour en 1945 à la sortie de la deuxième guerre mondiale. Cette organisation de la sécurité sociale avait pour objectifs de lutter contre la mortalité infantile et de protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans.[1]

Au début des années 1980, les missions de la PMI sont décentralisées et deviennent compétences territoriales.[1] Ce changement s'explique par l'ambition de l'État d'être au plus près de la population pour parvenir à lui apporter une prise en charge la mieux adaptée à ses besoins. Cette ambition est partagée en 1999 par J.Puech, président de l'Association des départements de France lors de journées sur l'avenir de la PMI : *« L'action locale est la seule solution d'avenir pour une réponse adaptée, globale et spécifique à la fois pour chaque famille et chaque usager »* [2]

Avec ce changement de statut et l'évolution des populations, les missions de cette institution se sont élargies et se divisent aujourd'hui en 2 axes majeurs de santé publique. Le premier est basé sur une **mission de prévention** dans les établissements scolaires : prévention sexuelle, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) auprès des jeunes, accompagnement des parents autour de la parentalité. Le deuxième axe se concentre sur un **dépistage** individualisé des femmes, des femmes enceintes et des enfants (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi pédiatrique, aide sociale, protection de l'enfance).[3]

Pour parvenir à remplir ses missions, la PMI est une institution qui prône la collaboration interprofessionnelle. En effet, dans ces structures nous retrouvons différents professionnels de la santé et du social : des pédiatres, des assistantes sociales, des puéricultrices ainsi que des sages-femmes dont le but est de travailler en collaboration afin d'offrir une prise en charge globale et complète aux patients qu'ils.elles prennent en charge. La PMI travaille également en collaboration étroite avec les services de protection de l'enfance ce qui permet d'intervenir rapidement et efficacement en cas de maltraitance ou d'incapacité des parents à protéger leur enfant.[4]

La PMI a été pendant longtemps et reste aujourd'hui dans l'imaginaire collectif un lieu d'accueil et d'accompagnement pour les personnes défavorisées ou ayant un niveau socio-économique faible. De plus, du fait du travail collaboratif avec les services de protection de l'enfance, certaines personnes restent très réfractaires à faire appel à la PMI pour le suivi de leur grossesse et pour le suivi postnatal maternel et infantile. Leur crainte principale est le jugement de leur parentalité et la peur de se voir retirer la garde de leur enfant.[5] Le rôle des professionnels de santé de PMI et plus largement de tous les professionnels de santé est aujourd'hui de déconstruire cette idée préconçue et d'encourager les populations de tout niveau social à consulter les services de PMI.

Le rôle des sages-femmes territoriales, va être plus particulièrement d'accompagner les femmes et les couples sous différents aspects. La mission principale est le suivi médical de la grossesse et l'accompagnement des parents autour de la parentalité. Son rôle est également d'orienter les patients vers les professionnels ou structures adaptées à leur situation de vie. Le but ultime est de prévenir les situations complexes comme le manque de soins apporté à l'enfant, la maltraitance ou encore la négligence par le lien et le travail en équipe.

Aujourd'hui en 2022, nous comptons en France 1311 sages-femmes de PMI soit 5,5% des sages-femmes en France.[6] L'accès à l'exercice territorial peut se faire par deux voies différentes. La première concerne les sages-femmes travaillant dans la fonction publique hospitalière. En effet, dans ce cas un détachement vers la fonction territoriale est possible. La deuxième manière est l'obtention du concours d'accès à la fonction publique territoriale. Ce dernier est accessible à tout titulaire du diplôme

d'État de sage-femme ou tout titulaire d'une autorisation d'exercer la profession de sage-femme délivrée par le ministre de la Santé (article L4151-5 du code de la santé publique). Il se compose d'une épreuve orale d'admission sous forme d'entretien avec un jury.

Dans les deux cas, la sage-femme sera nommée sage-femme de classe normale stagiaire pour une durée d'un an renouvelable deux ans sur demande. Durant cette période de stage, elle devra suivre une période de formation d'intégration de 5 jours. La titularisation se fera par décision de l'autorité territoriale à la fin du stage. Une fois titulaire, le professionnel devra réaliser une formation de professionnalisation de 5 jours dans les 2 ans suivant la titularisation puis une formation de 2 jours tous les 5 ans.[7]

L'exercice territorial est protocolaire et régi par chaque département qui en énonce la politique. Cependant, tout en respectant les protocoles érigés par l'institution territoriale, chaque sage-femme peut adapter son exercice en fonction de ses formations complémentaires, de ses éventuels diplômes universitaires ou simplement en fonction de ses attraits pour certains modes d'exercices. Ces variantes propres à chaque sage-femme, bien qu'elles n'impactent en rien la qualité de prise en charges des patients, dépend des représentations que le.la professionnel.le a de son exercice et de ses missions.

Le terme « représentation » est utilisé en psychologie et plus particulièrement en psychologie cognitive.

Les représentations collectives sont décrites pour la première fois par le psychologue Emile Durkheim à la fin du XIXème siècle.[8] Cependant c'est en 1961 que la définition des représentations sociales est énoncée par Mr Serge Moscovici à travers son ouvrage *La psychanalyse, son image et son public.*[9] Il s'agit selon lui d'une forme de savoir naïf, destiné à organiser les conduites et orienter les communications.

Cette définition a été reprise par différents auteurs tels que D.Jodelet ou Mannoni.[10]Ils exposent le fait que les représentations sociales sont dépendantes des individus et même plus largement d'un groupe social. En effet, selon eux, pour un même objet social, deux groupes sociaux différents n'auront pas la même représentation de cet objet. Cela s'explique par la différence de croyances, d'interactions sociales, de modèles de pensées transmis par la croyance, la tradition, la communication sociale ou encore l'éducation.[10] Ils expliquent également qu'au sein d'un même groupe social, deux individus peuvent avoir des représentations divergentes d'un même objet social en fonction de leurs expériences personnelles, de leur vécu mais aussi de leurs capacités cognitives.[10]

Les représentations sociales s'opposent aux faits scientifiques. En effet, le raisonnement scientifique part de faits prouvés et reproductibles afin de parvenir à une conclusion scientifique. Au contraire, pour les représentations sociales, il s'agit de partir de la conclusion ce qui permettra par la suite d'exposer ses convictions, ses préférences ou encore ses valeurs. A la suite de cela, l'individu va sélectionner des informations afin de les mettre en avant pour justifier sa conclusion. Nous sommes donc ici dans la justification et non dans la démonstration scientifique. Quand il s'agit de représentations sociales, peu importe la reproductibilité des faits, il s'agit que le fait même unique soit valorisé et non nul. [11]

Ce phénomène explique la difficulté de l'étude des représentations sociales. En effet, il s'agit de connaitre les limites, les référents culturels, les mécanismes psychiques conscients et inconscients, les pratiques sociales ou encore les cadres institutionnels et sociaux du groupe social que l'on étudie.[12]

Dans notre étude, nous interrogerons les représentations des sages-femmes territoriales vis-à-vis de leur propre exercice. Ici, nous nous limiterons donc au groupe social des sages-femmes de PMI. Ainsi, si nous extrapolons le principe des représentations sociales aux représentations du métier de sage-femme de PMI, nous

pouvons imaginer que celles-ci comporteront des points communs. En effet, les sages-femmes interrogé.e.s faisant partie d'un groupe social commun (celui des sages-femmes territorial.e.s), nous pouvons légitimement penser que leurs représentations seront influencées par l'existence de convictions communes, de champs sociaux ou encore de modèles de pensées transmis par leurs paires durant leurs formations mais aussi pendant leurs exercices professionnels.

Cependant, si nous suivons la théorie de J.Dodelet et Mannoni, nous pouvons également faire l'hypothèse que certaines représentations du métier différeront en fonction des individus. Cela s'expliquerait par des caractéristiques personnelles propres à chaque interviewé comme les expériences professionnelles antérieures à la PMI, les convictions personnelles ou encore l'éducation.

Comme nous le savons maintenant, les expériences personnelles influencent et modifient les représentations vis-à-vis d'un objet. Dans notre étude, nous interrogerons les sages-femmes sur leurs représentations passées et leurs représentations actuelles de l'exercice en PMI. Ainsi, nous pouvons imaginer que ces deux représentations ne seront pas les mêmes. En effet, leur expérience professionnelle en PMI aura peut-être influencée leurs représentations. De plus, notre hypothèse sera renforcée par le fait que les interviewé.e.s n'appartenaient pas au groupe social des SF de PMI au moment de l'élaboration de leurs représentations initiales. Ainsi, ayant appartenus à deux groupes sociaux différents (groupe social antérieur à la PMI et groupe social des SF de PMI), il serait plausible que les deux représentations divergent.

Notre problématique sera donc la suivante : quelles sont les différences entre les représentations de la profession territoriale par les sages-femmes de PMI avant leur installation et ces mêmes représentations après plusieurs années d'exercice.

Afin de mener à bien cette étude, nous avons fait le choix d'interroger des sages-femmes exerçant en PMI qui ont une expérience de l'exercice dans cette structure suffisamment importante pour pouvoir comparer leur vision avant l'installation et leur quotidien en PMI. Cependant, pour que ces hommes et femmes aient un souvenir clair de leurs attentes vis-à-vis du métier en PMI avant leur installation, il est nécessaire que la durée d'exercice ne soit pas trop importante. En effet, l'intégrité des souvenirs initiaux des représentations du métier de sage-femme de PMI est inversement proportionnelle aux années d'exercice.

Il s'agit bien ici de comprendre, à travers leurs propos, comment la vision du métier de sage-femme territoriale a pu évoluer dans leur esprit et quelles en ont été les conséquences dans leur exercice professionnel au quotidien.

L'objectif de notre étude était donc d'identifier les représentations des sages-femmes de PMI sur leur exercice et de voir si celles-ci ont été modifiées par leur expérience professionnelle.

# MATERIEL ET METHODES

## MATERIEL

### Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle, qualitative, multicentrique, auprès des sages-femmes de PMI des Pays-de-la-Loire sur la période du 01/11/2022 au 01/02/2023 grâce à des entretiens semi-directifs.

### Population de l'étude

#### Critère d'inclusion et de non-inclusion

Les sages-femmes inclus.e.s dans l'étude devaient remplir l'ensemble des critères suivants, exercer :

- Dans une structure de PMI
- En Pays-de-la-Loire
- Depuis plus d'un an en PMI
- Depuis moins de 20 ans en PMI

Les professionnel.le.s non inclus.e.s dans l'étude présentaient au moins un des critères suivants, exercer:

- Le métier de sage-femme en hospitalier, en libéral, dans une maison de naissance, échographiste.
- En PMI en remplacement

#### Recrutement des sages-femmes interrogé.e.s

Le recrutement des sages-femmes interrogées s'est fait par l'envoi d'un mail aux secrétariats des PMI de Pays-de-la-Loire. Le but de ce mail était dans un premier temps de transmettre aux sages-femmes le sujet de l'étude et de leur proposer de participer à notre étude.

4 relances ont été effectuées sur la période du 01/11/2022 au 01/12/2022.

A la suite de l'envoi de ce mail, les SF nous recontactaient pour participer à cette étude. Cette réponse permettait de voir si leur profil correspondait aux critères d'inclusions définis.

Pour terminer, si les professionnels entraient dans les critères de notre étude, il leur était proposé de réaliser un entretien semi-directif sur la base du volontariat en face à face, en visioconférence ou par téléphone en fonction de leurs disponibilités et de leur lieu d'exercice.

# METHODE

## Méthodologie de recherche

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative se basant sur des entretiens individuels réalisés auprès de sages-femmes de PMI.

Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation. Par le biais de cette méthode, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou de plusieurs individus dans la société. A propos de cette méthode Quivy et Van Campenhoudt (2011), signalent qu'elle permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* ».

Le but de notre étude étant d'interroger et d'analyser ses représentations personnelles, il était donc pertinent de choisir cette méthodologie de recherche. [13]

## Choix de l'outil

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Selon Banchet et Gotman, l'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et non directif. Il se caractérise par le fait qu'il laisse à l'interviewé.e un espace assez large pour donner son point de vue. L'enquêteur pose des questions et laisse l'enquêté.e répondre en toute liberté. Le rôle de l'enquêteur dans ce type d'entretien est d'encourager l'informateur à parler et à donner davantage d'informations sur la thématique de sa recherche.

Les questions posées lors de nos d'entretiens étaient relativement ouvertes ce qui a permis aux interviewé.e.s d'exprimer leurs représentations librement et objectivement sans être biaisé.e.s par un éventuel jugement de notre part. [14]

Il nous a semblé pertinent d'opter pour ce moyen de communication, puisque nous touchons à une vision propre à chacun et difficilement discernable dans un questionnaire.

Ainsi nous avons élaboré notre guide d'entretien à partir de nos recherches bibliographiques.

Finalement, cette grille d'entretien semi-directif, comportait 15 questions ouvertes permettant de ne pas induire les réponses des personnes interviewées. Elle comportait également 2 questions fermées qui nous permettaient de dégager des idées principales claires et majeures pour les sages-femmes interrogé.e.s.

Elle a été utilisée comme trame pour interroger les professionnel.le.s et est structurée en 4 parties :

- Une première partie qui permet aux professionnel.le.s interrogé.e.s de se présenter sur le plan professionnel avec :
    - Leur âge
    - Leur parcours d'études
    - Leurs différents lieux d'exercices
    - Leurs formations complémentaires

- Une deuxième partie axée sur leur choix d'exercer en PMI avec :
    - Leurs motivations
    - Les éventuelles opportunités qui leur ont permis cette prise de poste
    - Les éventuels questionnements sur un possible exercice en libéral et les facteurs ayant influencés le choix de ne pas mener à bien ce projet éventuel

Dans cette étude, il était pertinent pour comprendre le choix d'exercice des sages-femmes interrogé.e.s, de leur demander si ils.elles avaient envisagé un exercice libéral et si oui pourquoi ils.elles n'étaient pas allé.e.s au bout de ce projet.

- Une troisième partie sur les représentations initiales que ces sages-femmes pouvaient avoir de l'exercice en structure de PMI sur :
    - La population à prendre en charge
    - Les activités principales des sages-femmes de PMI
    - L'organisation du travail

- Une quatrième et dernière partie sur la réalité de l'exercice en PMI et sur les différences entre les représentations initiales et la réalité du terrain avec :
    - Les aspects de l'exercice en PMI qui diffèrent des représentations initiales
    - Les apports et plus-values que peut leur apporter un tel exercice

Cette grille d'entretien a été testée lors d'un premier entretien non utilisé dans les résultats de cette étude car nous avons fait le choix de faire ce test avec une sage-femme de PMI ne rentrant pas dans nos critères d'inclusion. Cette sage-femme était au préalable informée que cet entretien était un entretien test et a accepté de le réaliser. Ce test nous a permis d'ajouter 14 questions de relance afin d'affiner les réponses apportées par les personnes interrogées et d'obtenir les informations nécessaires à notre étude.

Les 14 questions de relance étaient les suivantes :

Dans la partie « Présentation du.de la professionnel.le interviewé.e : parcours professionnel » :

- Exercez-vous en milieu urbain ou en milieu rural ?
- Avez-vous obtenu des diplômes complémentaires au diplôme d'État de sage-femme ?
- Des formations complémentaires ?

Dans la partie « Exercice en PMI, pourquoi ce choix ? »

- Quels éléments ou opportunités ont orienté ce choix ?
- Quelles ont été vos motivations pour travailler en PMI en milieu rural/en milieu urbain ?

Dans la sous-partie « Aviez-vous pris contact avec des sages-femmes de PMI pour d'éventuelles questions sur l'exercice ? »

- Si non, vous n'en ressentiez pas le besoin ? Si non, pourquoi ?

Dans la partie « Représentations initiales du mode d'exercice en PMI ». Concernant les représentations initiales :

- Sur la population à prendre en charge
- Sur les activités principales
- Sur l'organisation du travail
    - Sur l'emploi du temps, sur le travail administratif

Dans la partie « Réalité de l'exercice à la suite de l'expérience professionnelles ». Concernant la charge mentale :

- Certaines situations sont-elles difficiles à laisser au travail lorsque vous rentrez chez vous le soir ?
- Si oui, ces situations sont-elles plus fréquentes en PMI que sur votre précédant lieu d'exercice ?
- Si oui, pourquoi ?

La grille d'entretien n'a pas été modifiée au cours des entretiens suivants.

## Déroulé des entretiens

Le nombre d'entretiens réalisé a été défini par le nombre de sages-femmes répondant positivement à notre invitation de participation à l'étude.

Le choix du moment et le lieu de rencontre ont été laissés aux participants. Finalement, tous les entretiens se sont déroulés par appels téléphoniques.

Chaque participant a tout d'abord donné son accord pour que cet entretien soit enregistré. L'entretien s'est ensuite déroulé en suivant le guide d'entretien élaboré auparavant (cf annexe 1).

Les participant.e.s ont été libres de s'exprimer sans être orienté.e.s par d'éventuelles représentations de notre part. Au besoin, nous avons utilisé des questions ouvertes de relance afin de recentrer l'entretien sur les éléments attendus si cela était nécessaire.

## Traitement et analyse des données

Les enregistrements et les prises de notes ont été retranscrits sur le logiciel Word® dans les 7 jours suivant l'entretien.

L'analyse de ces retranscriptions est une analyse inductive, thématique, selon le principe de la théorisation ancrée.

Nous avons respecté les trois phases d'analyse des données qualitatives (phases de transcription-réduction, de transposition-réarrangement et de reconstitution-narration). Ainsi après la transcription des données, une lecture préliminaire des données brutes a été réalisée afin de relever les principales catégories émergentes ou préexistantes, soit à partir de notre objet d'étude, de notre cadre de référence ou des questions de notre grille d'entretien (entretien semi-directif). Ainsi nous avons dégagé les lignes directrices de chaque entretien et secondairement de l'ensemble des entretiens.

L'analyse par tableau thématique a été réalisée sur le logiciel Word®. Les entretiens ont été numérotés dans l'ordre de réalisation. Une couleur a été attribuée à chacun pour faciliter la lecture du tableau.

Afin de présenter nos résultats nous avons fait le choix pour certaines parties de réaliser des nuages de mots. Ces nuages de mots ont été réalisés avec le logiciel « nuagedemots.co » disponible gratuitement sur internet. Les mots choisis ont été tirés des entretiens réalisés et correspondent à des idées ou attentes définies par les sages-femmes avec ces mots.

## Considérations éthiques

Dans cette étude, nous avons fait le choix de ne pas solliciter de comité d'éthique car nos entretiens étaient sur la base du volontariat et les participants ont donné leur accord oral pour l'utilisation des données sous conditions d'anonymisation. De plus, dans cette étude, il était question de représentations personnelles des professionnels interrogés ne faisant à aucun moment intervenir de données à caractère médical. Le secret médical n'avait en aucun cas été levé lors des entretiens.

# RESULTATS

## CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

| SF interrogées | Zone géogra-phique | Temps de travail | Exercice sage-femme antérieur à la PMI | Ancien-neté en PMI | Diplômes et formations complémentaires |
|---|---|---|---|---|---|
| Mme X | Semi rural/ semi urbain | Temps plein | - Hospitalier niveau II 10 ans (salle de naissance et suite de couche) | 13 ans | Formations : Gynécologie |
| Mme Y | Rural | Temps plein | - Hospitalier 12 ans dont 6 ans en salle de naissance et 6 ans en consultation<br>- Durant les 2 dernières années : référente AMP | 4 ans | DU violences conjugales<br>Formations :<br>Prise en charge des violences conjugales |
| Mr X | Urbain | Temps plein | - 1 an clinique privée à but non lucratif<br>- 1 an hospitalier à Mayotte<br>- Clinique mutualiste 8 mois<br>- PMI Mayotte 2 ans | 5 ans | DIU gynécologie<br>Formations : Nesting/ Gynécologie/ Contraception/ Protection de l'enfance |
| Mme Z | Semi rural/ semi urbain | Temps plein | - Clinique privée<br>- Maison de naissance 10 ans<br>- Libéral (remplacements) | 15 ans | Formations : Diabète/ Violences conjugales/ Pédopsychiatrie |
| Mme A | Urbain | Temps plein | - Hospitalier niveau I 8 ans<br>- Cadre de maternité | 4 ans | Diplôme de cadre de service<br>Formations : Tabacologie/ Sophrologie/ Ostéopathie/ Préparation à l'accouchement en piscine/ Nesting |
| Mme B | Rural | 90% | - Intérimaire 4 ans<br>- Hospitalier niveau III 8 ans | 9 ans | DU de droit médical/de pédiatrie/d'homéopathie<br>Certification en anglais médical<br>Formations : Obstétrique/ IVG/ Contraception/ Mutilations sexuelles/ Violences intrafamiliales |
| Mme C | Rural | Temps plein | - Reconversion professionnelle<br>- Clinique privée 6 mois | 2 ans | Formations : entretien prénatal précoce/ Obstétrique et gynécologie en humanitaire |
| Mme D | Urbain | Temps plein | - Maternité niveau I 10 ans | 20 ans | Formations : Gynécologie de prévention / Pose et retrait implant et stérilet/ Examen du nouveau-né |

# ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS

Nous avons interrogé 8 sages-femmes dont 1 homme et 7 femmes.

Les entretiens ont duré entre 35 et 60 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 44min 47sec.

## Pourquoi sage-femme de PMI ?

Dans cette partie, les sages-femmes territoriales interrogé.e.s ont pu exposer leurs motivations à travailler en PMI. Ces motivations pouvaient être classées en trois groupes.

### 1) Attraits pour la dimension psycho-sociale du travail en PMI

Tout d'abord, un attrait pour le travail psycho-social et la prise en charge de personnes socio-culturellement différentes.

> *« Ce qui a motivé mon choix c'est le parcours que j'ai réalisé qui progressivement, m'a poussé à m'intéresser à la diversification culturelle, au profil de personnes touchées par la précarité, par l'exclusion sociale, par ces personnes qui sortent des systèmes de soins. »* Mr X-l.106
>
> *« Je crois que j'ai toujours été au fond de moi une sage-femme plus sociale que médicale, si je peux dire ça comme ça. »* Mme Y-l.97
>
> *« c'est extrêmement enrichissant, des populations extrêmement variées, très différentes, d'origines culturelles très très variées»* Mme Z-l.211

### 2) Un besoin de changement de mode d'exercice

Dans un deuxième temps, les sages-femmes exprimaient un besoin de changement de mode d'exercice, un besoin de réaliser des suivis médico-sociaux sur du long terme. A cela, s'associait un besoin de prendre le temps avec les patientes, prendre le temps d'écouter leur histoire et de les accompagner de façon globale.

> *« vraiment au bout de 10 ans j'avais fait le tour, je travaillais c'était vraiment...C'était la routine quoi »* Mme X-l.252
>
> *« moi j'étais un peu à bout de l'encadrement »* Mme A-l.195
>
> *« Moi, j'ai vu hein l'augmentation du nombre de naissances. Enfin, plutôt la diminution du personnel et donc travailler de plus en plus vite, courir de plus en plus vite, pas prendre le temps avec les patientes. »* Mme B-l.234
>
> *« Et j'avais envie effectivement de dérouler un peu la pelote de l'histoire. L'histoire de cette femme, de ce couple, de cette famille et du coup avoir quelque chose de plus […] d'ensemble. »* Mme D-l.271

### 3) Organisation du travail et des horaires

Pour finir, il a été question de motivations personnelles sur l'organisation du travail et les horaires.

*« c'était vraiment l'objectif principal, c'est un travail de jour»* Mme X-l.22 »

*« le fait d'avoir des enfants bah…T'aspires aussi à travailler en même temps qu'eux »* Mme X-l.238

*« C'est aussi les conditions de travail ; des horaires fixes, plus les week-ends. »* Mme A-l.229

*« là j'ai découvert un autre aspect du métier qui est vraiment le… travail en réseau et puis le travail en équipe. »* Mme Z-l.206

## Pourquoi pas le choix du libéral ?

Sur les 8 sages-femmes interrogé.e.s, 2 ont répondu s'être posé la question d'une installation en libéral et 6 ont répondu ne jamais avoir envisagé cette option.

### 1) Besoin de travailler en équipe

Leur choix a été motivé en premier lieu par un besoin de travail en équipe.

*« en libéral tu es toute seule dans ton cabinet »* Mme X-l.270

### 2) Aspect logistique et organisationnel

En deuxième lieu, l'aspect logistique et organisationnel du libéral paraissait difficile à gérer.

*« je ne passe pas le cap pour des raisons de logistique et d'organisation. Ça me paraît être une montagne que de s'installer en libéral. »* Mme B-l.527

*« En libéral, on doit gérer tous les contrats d'assurance, de bail, de matériel cassé. »* Mr X-l.146

*« il y a toute la gestion, toute la comptabilité du cabinet. Enfin, c'est une entreprise qu'on fait tourner, hein ? »* Mme B-l.535

### 3) Sécurité financière

Pour terminer, il était également question d'une sécurité financière permise par l'exercice territorial. Cette sécurité financière permettrait aussi selon les sages-femmes interrogé.e.s de passer plus de temps auprès des patientes.

> *« quand on est libéral notre exercice c'est une action directe sur notre rémunération[…]on est forcément poussé à augmenter le nombre d'actes et augmenter l'efficacité des soins pour pouvoir optimiser sa rémunération »* Mr X-l.133
>
> *« Pour moi la PMI c'était une façon d'intervenir à domicile tout en gardant mon statut de salariée. »* Mme Z-l.91
>
> *« si je passe 1h30 avec une dame […] c'est très bien parce qu'elle en avait besoin, mais si j'étais en libéral derrière, je me dirais peut-être : « J'ai… je suis pas rentable au niveau de mon agenda ». »* Mme C-l.280

## Représentations initiales des missions avant la prise de poste en PMI

### 1) Renseignements préalables à la prise de poste en PMI

Nous avons interrogé les sages-femmes sur le fait d'avoir pris contact ou non avec des sages-femmes territorial.e.s en poste avant de faire le choix de devenir ils.elles-mêmes sages-femmes territorial.e.s. Sur les 8 sages-femmes interrogé.e.s 4 ont répondu non à cette question car ils.elles estimaient être assez informé.e.s avant de prendre le poste.

> *« Je crois que c'était relativement clair dans ma tête, […]je travaillais en consultation, j'étais déjà beaucoup en lien avec mes collègues sages-femmes de PMI […]je devinais quel pouvait être leur quotidien »* Mme Y-l.111
>
> *« je travaillais régulièrement avec quand même les sages-femmes de PMI qui venaient en liaison à la maternité. Donc j'avais quand même une idée de leur boulot au quotidien. »* Mme A-l.222

Les 4 autres sages-femmes s'étaient en revanche renseigné.e.s auprès de leurs pairs.

> *« Et puis la personne que je remplaçais était venue me voir. […] et elle m'avait montré son bureau, ses documents et cetera. »* Mme C-l.234
>
> *« J'avais dû me renseigner quand même auprès du service de PMI. Oui, et il m'avait orienté vers une sage-femme qui était bien sur le secteur que j'ai pris en fait »* Mme D-l.304

## 2) Conditions de travail imaginées

Concernant la charge de travail, les sages-femmes interrogé.e.s imaginaient une charge de travail administratif moins importante (rédactions de compte rendu, d'informations préoccupantes …).

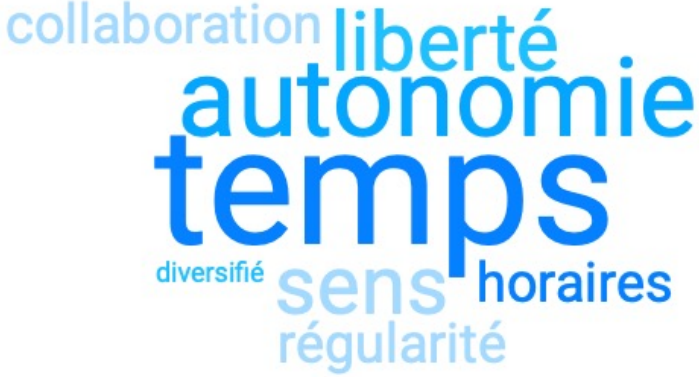
> *« je me rendais pas compte qu'il y avait peut-être autant de… d'administratif. »* Mme A-l.341
>
> *« y a quand même une grosse partie administrative qui est lourde et qui est très chronophage. Ce que je j'imaginais pas autant aussi […] c'est tous ces temps de réunions qui dès fois sont stériles. »* Mme Y-l.191

Cependant, elles s'attendaient à avoir un emploi du temps aménageable.

> *« c'est moi qui aménage mes horaires »* Mme Y-l.184

## 3) 3 attentes avant cette prise de poste

Lorsqu'on a demandé aux sages-femmes les 3 attentes principales qu'ils.elles avaient du poste de sage-femme territorial.e avant leur prise de poste, ils.elles ont exprimé : un besoin de liberté, un travail en équipe et un besoin de prendre le temps avec les patientes. Pour finir, ils.elles ont pu énoncer un besoin de trouver du sens à leur travail et une envie d'horaires stables et moins contraignantes qu'en hospitalier.




## 4) Les représentations

Ils.elles avaient une idée un peu floue de l'exercice territorial. Ils.elles ont évoqué le fait qu'il était difficile de mesurer tous les aspects de l'exercice territorial sans y être directement confronté.

> *« on se fait une idée. Tant qu'on ne suit pas les personnes, c'est un peu différent. »* Mme A-l.225
>
> *« Parce que pour moi, je voyais pas trop ce qu'on fait, j'avais bien compris que c'est un travail de prévention mais la prévention c'est hyper large. »* Mme X-l.326
>
> *« souvent on a l'image des personnes défavorisées et en fait y a beaucoup plus que ça. »* Mme C-l.352

Voici les représentations qu'avaient les sages-femmes interrogé.e.s sur les missions auxquelles elle seraient confronté.e.s.: un accompagnement purement social de populations défavorisées ou en danger.

> *« J'avais la notion qu'on touchait plutôt des familles vulnérables »* Mme Z-l.324
>
> *« c'était aider des femmes en difficulté. Que ça pouvait être des femmes victimes de violence ou des pratiques addictives. Voilà que y'avait un accompagnement à des gens qui pouvaient être en difficulté. »* Mme C-l.345

On retrouvait également la représentation d'un travail important à domicile avec une prise en charge globale et personnalisée des patientes.

> *« Donc… beaucoup de visites à domicile, un planning chargé. C'était ça la vision que j'avais. »* Mme Y-l.148
>
> *« on s'attend à faire de la consultation de suivi de grossesse, de la préparation à l'accouchement du Prado »* Mme A-l.247

Pour terminer, une des représentations du métier de sage-femme territorial.e qui a pu être abordée était celle d'être vue comme un.une sage-femme différent.e des autres, un.e sage-femme vieillissant.e.

> *« Être un peu marginalisé dans la profession puisque les sages-femmes de PMI sont quand même considérées comme plus vieillissantes que les autres… moins à la page dans les recommandations médicales… »* Mr X-l.168

## Représentations après expérience professionnelle

### 1) Points communs avec les représentations initiales

Lorsqu'on demandait aux sages-femmes les points communs entre leurs représentations initiales de l'exercice et la réalité du terrain, ils.elles nous répondaient en premier lieu qu'ils.elles retrouvent la liberté d'exercice qu'elles attendaient.

Ils.elles évoquaient ensuite un accompagnement global des patientes qui est permis par un temps de consultation plus long et plus personnalisé en fonction des situations.

L'aspect organisationnel a également été abordé avec une gestion personnelle de leur emploi du temps et de leurs horaires.

## 2) Points qui différent des représentations initiales

Les sages-femmes ont pu exprimer les points qui diffèrent aujourd'hui de leurs représentations initiales du métier.

Le point qui est ressorti le plus est la complexité des prises en charges et l'impact de leur travail sur la vie des personnes qu'ils.elles peuvent prendre en charge. Cette difficulté leur demande également une adaptation importante de leur positionnement face aux personnes à prendre en charge qu'elles n'imaginaient pas.

Le travail en réseau et l'exercice très différent du travail hospitalier étaient également des aspects de l'exercice qui n'avaient pas été imaginés par les professionnels interrogés.

Il a été évoqué aussi l'aspect administratif qui était largement sous-estimé avant la prise de poste.

Le dernier point qui a été mis en évidence est l'aspect organisationnel et protocolaire défini par le département. Le fait que le département régist l'organisation des PMI sur son territoire et met en place des protocoles stricts sur la rédaction des informations préoccupantes ou encore sur les procédures à suivre en cas de placements d'enfants ou d'évaluation de situations à risques.

### 3) Charge mentale de l'exercice territorial

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la charge mentale en PMI. Nous leur avons demandé de la comparer avec leurs exercices précédents. Tou.te.s les sages-femmes interrogé.e.s ont estimé cette charge mentale égale ou plus importante que celle qu'ils.elles ont pu vivre dans leur exercice précédent.

*« je dirais que c'est kif-kif, parce que à l'hôpital j'avais moins de situations sociales et psychosociales compliquées[…], mais par contre je me sentais tellement peu soutenue par mes collègues cadres et médecins.[…] Et là en PMI […]« la file active » donc le nombre de dossiers que j'ai actuellement est quand même beaucoup moins important. Par contre chaque dossier est beaucoup plus précaire et beaucoup plus lourd que les dossiers que j'avais à l'hôpital. »* Mme Y-l.251

*« Elle est différente parce que la charge mentale en hôpital elle dure le temps de ta garde […] par contre une fois que tu as fini ta garde […] tu peux te soulager de ça[…] alors que c'est pas mon cas. Moi je ne transmets pas cette patiente, ça reste ma patiente et on sait bien que on devient un peu la sage-femme de famille même pour certaines situations et que même si on ne voit plus cette femme on y pense, on en entend parler par la puéricultrice qui continue à faire le suivi […] on n'arrête jamais tout à fait le suivi. »* Mme X-l.290

*« Selon une situation on peut avoir le sentiment d'être seul pendant un moment donné, il m'est arrivé de dormir chez des patientes régulièrement où de ne pas prendre de vacances comme prévu suite à une situation parfois très particulière. »* Mme Z-l.395

### 4) Plus-values professionnelles de l'exercice territorial

Ils.elles ont d'abord exprimé une ouverture d'esprit.

*« À être beaucoup plus ouvert parce que finalement, on a une conception de la grossesse, de la parentalité, de l'arrivée d'un enfant qui est pas forcément la même. »* Mme C-l.664

*« donc j'ai développé toute la partie accompagnement psychique de la grossesse aussi, qu'on apprend à affiner au fil des années, à avoir un regard différent, tu vois là, on peut être un peu brut de pommes en hospitalier, ou on catalogue un peu les gens facilement, on peut être un peu jugeant aussi. »* Mme X-l.464

Ils.elles ont ensuite abordé le fait que cet exercice leur a permis au fil des années de développer leur sens de l'observation et leur a permis d'inscrire un suivi sur du long terme.

*« Mais après, j'ai trouvé plein de satisfactions de pouvoir rencontrer les femmes sur du plus long terme et de pouvoir les rencontrer dans leur quotidien, et de rencontrer les conjoints et de rencontrer les aînés. »* Mme Z-l.439

*« J'ai affiné aussi mon regard sur les dépressions et les risques de dépression du post-partum, sur les violences conjugales aussi, j'ai l'impression de faire un autre métier en fait. »* Mme X-l.473

*« La plus-value, je pense que je vais beaucoup plus en profondeur heuuu… si tu veux, dans la connaissance de mes patientes. » Mme B-l.708*

Ils.elles avaient également l'impression d'avoir plus de temps pour accompagner les patientes et pour les écouter.

> *« Et puis surtout, je travaille […] La parentalité pas que la maternité en fait la parentalité et j'ai du temps pour ça. J'ai du temps pour que, pour travailler le lien mère-enfant, le lien d'attachement. »* Mme B-l.710

Le développement de nouvelles compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances étaient également des points importants dans ces entretiens.

> *« il y a du vrai travail de terrain donc forcément peut-être plus de conscience en tout cas de l'état de notre société actuelle hein.[…] C'est sûr que c'est des viviers d'observation, hein.[…] C'est… il y a toujours à apprendre. »* Mme D-l.821
>
> *« Plein de choses, ouais. A la fin on sait plein de choses. »* Mme C-l.701
>
> *« je trouve que y a pas de lassitude parce que y a toujours des choses nouvelles qui nous arrivent et qui nous permettent d'avancer dans notre exercice. Donc ouais c'est satisfaisant » Mme D-l.906*

Cet exercice territorial leur a aussi permis de découvrir un travail en réseau dont ils.elles ne mesuraient pas l'ampleur en prenant leur poste.

> *« Et de travailler avec les partenaires, le travail en équipe c'est agréable aussi. »* Mme Z-l.441
>
> *« je soupçonnais pas qu'il y ait tout ce monde-là en fait ; au niveau des associations, les travailleurs sociaux. Y a tout un réseau et c'est passionnant. » Mme C-l.702*

De façon générale, ils.elles exprimaient le fait de se sentir utile à une population et expliquaient que cela est possible grâce à une prise en charge globale.

> *« j'ai l'impression d'avoir un impact plus pérenne sur la durée, et travailler sur la définition complète de l' OMS de la santé qui est un bien-être physique mais aussi mental, social, économique.[…] une prise en charge spécifique comme on peut le dire maintenant une prise en charge globale quoi. »* Mr X-l.398
>
> *« Euh… une impression de, de reconnaissance, de, d'être utile. »* Mme A-l.592

# DISCUSSION

## FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Le but de cette étude était d'étudier les représentations des sages-femmes territorial.e.s sur leur propre exercice. Il était question ici de comparer les représentations du métier avant la prise de poste avec les représentations actuelles après plusieurs années d'exercices.

Il existe à ce jour en 2023 peu d'études sur le sujet de la PMI. Les études réalisées concernent pour la majorité l'Histoire de cette institution et son évolution mais aucune n'a été retrouvée concernant les sages-femmes qui exercent dans cette institution. Cela représente une force de notre étude car elle permet d'aborder un exercice de sage-femme peu connu de la population générale et rarement documenté.

Les entretiens semi-directifs ont permis de donner aux sages-femmes interrogé.e.s une grande liberté d'expression sans influencer leurs propos. Cependant, nous savons que les représentations évoluent avec les expériences et les croyances individuelles. Ainsi, interroger les professionnels sur leurs représentations passées concernant leur métier représente un **biais de mémoire** puisque cela demande de faire intervenir des souvenirs. Ainsi, il est possible que certains aspects des représentations initiales ait été occultés par les participant.e.s en dehors de leur volonté.

L'échantillon utilisé était restreint, cependant le but de cette étude n'était pas d'obtenir une liste exhaustive des représentations de l'exercice territorial mais bien d'étudier l'évolution de celle-ci après plusieurs années d'exercice.

L'étude incluait uniquement les PMI de Pays de Loire. De plus, seul.e.s des sages-femmes intéressé.e.s par notre étude et souhaitant y participer ont été interviewé.e.s. Ces deux points constituent un **biais de sélection.** Néanmoins, l'échantillon a été choisi de façon à pouvoir comparer les représentations sur une même région et donc éviter d'autres biais liés au territoire.

## REPRESENTATIONS INITIALES :

### Facteurs liés aux représentations sociales

*« une image un peu d'Épinal. Je pensais qu'on était très souvent amené à s'occuper de cas sociaux car c'est quand même le mot que l'on entend souvent même si ce n'est pas un mot que j'apprécie beaucoup. »* comme a pu nous le dire un.e sage-femme interrogé.e. Cette citation reflète globalement les représentations initiales des sages-femmes territoriales interrogé.e.s. Pour eux.elles, l'exercice territorial était un exercice consistant à prendre en charge des personnes défavorisées sur le plan social et économique. Cette prise en charge est vue comme largement axée sur le versant psycho-social plus que sur le versant médical.

Cette représentation répond en tous critères à la définition des représentations élaborée par D.Jodelet. En effet, cette « image d'Épinal » est socialement élaborée et partagée par le groupe social qu'est l'ensemble des personnes ne travaillant pas en PMI ou n'ayant jamais fait appel personnellement ou pour autrui aux services de PMI. Cette représentation oriente les conduites et les communications.

Ce phénomène s'explique par l'histoire même de la PMI. En effet, bien qu'ayant évoluée au fil du temps, la PMI reste de l'imaginaire collectif une structure permettant l'accueil et l'accompagnement des familles en grande précarité ou en grande vulnérabilité comme cela pouvait être le cas en 1945 lors de sa création.

Son nom même appuie cette représentation. En effet, « Protection Maternelle Infantile » fait écho dans la société à la protection de l'enfance et aux services sociaux. De nombreux raccourcis sont alors faits par la population générale menant à une vision parfois hostile de la PMI. De plus, étant en lien directe avec les services de protection de l'enfance, certaines personnes peuvent être amenées à penser que si elles font appel à des professionnels de PMI pour une prise en charge, elles peuvent mettre en danger leur parentalité. Cette conception émanant de visions collectives et entretenue par l'Histoire de cette institution est d'autant plus accentuée par une absence de communication autour des réelles missions des centres de Protection Maternelle Infantile. En effet, l'absence de campagnes de préventions et d'informations visant à exposer les missions et services proposés par la PMI induit un entretien de ces visions hostiles et faussées de l'institution.

Comme l'exposent D.Jodelet ou Mannoni, les représentations sociales sont dépendantes des individus et même plus largement d'un groupe social.

Dans notre étude, toutes les sages-femmes interrogé.e.s font partie d'un même groupe social : ils.elles sont tous.tes sages-femmes. Ils.elles ont également eu des interactions sociales communes durant leurs études et durant leurs exercices professionnels passés. Ces interactions sociales vécues dans le contexte d'étudiant et de professionnel sage-femme les a amené.e.s fatalement à acquérir un modèle de pensées commun inculqué par leurs pairs.

## Facteurs personnels

Cependant, D.Jodelet ou Mannoni expliquent également qu'au sein d'un même groupe social, deux individus peuvent avoir des représentations divergentes d'un même objet social en fonction de leurs expériences personnelles, de leur vécu mais aussi de leurs capacités cognitives.

Dans notre étude, si tous.tes les sages-femmes interrogé.e.s avaient une vision globale commune de l'exercice territorial, certain.e.s d'entre eux.elles avaient une vision plus détaillée et plus proche de la réalité du terrain. Elles avaient par exemple notion d'un travail en réseau, d'un exercice parfois au domicile des patientes ou encore un travail de rédaction important que ce soit pour les dossiers obstétricaux ou pour la rédaction d'informations préoccupantes.

Cela s'explique par des facteurs personnels. En effet, bien qu'ayant eu une formation commune de sage-femme, leur personnalité et leurs valeurs diffèrent. De plus, tous.tes les sages-femmes interrogé.e.s ont pu avoir des expériences et des opportunités professionnelles différentes. Certains.nes ont exercé à l'étranger. D'autres ont été cadre de santé, d'autres ont pu travailler dans des régions françaises différentes. Toutes ces expériences ont donc forgé l'identité professionnelle de chaque sage-femme et leurs représentations des différents exercices. Certaines personnes interrogées avaient eu l'opportunité de côtoyer la PMI avant de prendre leur poste dans ce service. Ainsi, leurs représentations du métier étaient fatalement différentes de celles que pouvaient avoir les autres sages-femmes.

De façon générale, les représentations initiales des sages-femmes interrogé.e.s étaient semblables dans leur globalité. Elles avaient une vision d'un travail très axé sur le versant social et la prise en charge de personnes défavorisées ou à niveau socio-économique faible. Cependant, certain.e.s sages-femmes ayant eu des expériences professionnelles ou personnelles les ayant amené.e.s à côtoyer la PMI ou les professionnels qui y travaillent avaient une vision plus détaillée et moins faussées par les préjugés collectifs autour de la PMI.

# REPRESENTATIONS APRES EXERCICE :

## Les différences avec les représentations initiales

Lorsque nous interrogeons les sages-femmes sur leurs représentations de l'exercice en PMI aujourd'hui, elles nous exposent que certains points divergent de leur représentations initiales. En effet, à l'unanimité, il est évoqué un travail en réseau d'une ampleur non mesurée avant la prise de poste. En effet, une des clés de voûte du travail territorial est une communication et un travail pluridisciplinaire entre corps médical (sage-femme, médecin), corps paramédical (auxiliaires de puériculture, puéricultrice) et social (assistantes sociales, psychologues, professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance). Dans les Pays-de-la-Loire, ce travail en réseau se traduit par des communications étroites entre tous ces professionnels par le biais d'écrits ou de réunions mensuelles voire bi-mensuelles. Cet aspect de l'exercice induit une charge de travail administratif colossale avec entre autres la rédaction d'informations préoccupantes et de fiches de liaisons.

Cette charge de travail s'explique par la précarité de la population à prendre en charge. En effet, bien que la PMI soit ouverte à tous peu importe le niveau socio-économique, il est vrai que les populations les plus défavorisées et les migrants sont orientés en première intention vers les centres de PMI. La présence des différents professionnels évoqués ci-dessus permet une prise en charge globale sur un lieu de référence et permet donc un suivi médical et social facile d'accès pour les populations les plus démunies.

Dans les Pays-de-la-Loire (PDLL), le taux de pauvreté est en augmentation. En effet, en 2011, 11,6% de la population des PDLL vivaient sous le seuil de pauvreté. Ce chiffre bien qu'inférieur au taux national de 14,3% est en augmentation. En effet, entre 2008 et 2011, nous avons connu une augmentation de 0,9%. Cela s'explique par le contexte de crise économique que connait notre pays.[15]

A cette population s'associe le taux de migrants en PDLL. En effet, en 2011, le taux d'immigrés dans la population des PDLD était de 3,2% soit une évolution annuelle entre 2006 et 2011 de 4,5%. Ce taux est encore une fois inférieur au taux national de 8,7% qui connait cependant une évolution annuelle sur la même période de seulement 1,7%. Ce taux est, on peut l'imaginer encore augmenté de nos jours avec le contexte de guerre en Ukraine bien qu'aucun chiffre officiel ne soit communiqué.[16]

Cette augmentation rapide de la précarité et de l'immigration entraine donc une charge de travail importante pour les centres de PMI et une prise en charge de populations de plus en plus précaires.

Cet aspect de l'exercice bien qu'attendu par les sages-femmes interrogé.e.s avant leur prise de poste, est un point dont ils.elles ne mesuraient pas l'ampleur. En effet, la prise en charge de patientes précaires était une des représentations initiales les plus exprimées lors de nos interviews. Cependant, à l'unanimité, les sages-femmes interrogé.e.s sous-estimaient l'ampleur des situations qu'ils.elles allaient devoir prendre en charge. Ils.elles sont parfois face à des populations pour lesquelles ils.elles sont le seul repère sur notre territoire. Des populations qui attendent beaucoup d'eux.elles sur le plan médical mais aussi et surtout sur le plan social et administratif. Pour la majorité des professionnels que nous avons pu interviewer, cette place centrale dans la vie des femmes qu'ils.elles peuvent prendre en charge était initialement minimisée voire totalement ignorée. Cette dernière entraine une charge de travail importante et une charge mentale certaine et parfois pesante mais également un des facteurs majeurs qui les fait apprécier leur profession et leur donne l'envie chaque jour de continuer leur activité.

## Les points communs avec les représentations initiales

Dans cette étude, nous avons mis en évidence la méconnaissance du métier de sage-femme de PMI par les sages-femmes ils.elles-mêmes et aussi en population générale. En effet, bien que les sages-femmes interrogé.es. soient sages-femmes de PMI aujourd'hui, ils.elles admettent volontiers avoir longtemps méconnu l'exercice territorial ou en tout cas l'avoir mal cerné dans sa globalité. La méconnaissance de ce métier peut s'expliquer par le manque d'études réalisées auprès de cette population dans la littérature scientifique. Ainsi toutes les missions attribuées à la PMI ne sont pas forcément visibles auprès de la population mais aussi auprès des professionnel.le.s de santé.

Cependant avec l'expérience de l'exercice territorial, les sages-femmes interrogé.e.s dans notre étude peuvent aujourd'hui connaitre pleinement les différents aspects de l'exercice en PMI et peuvent donc les exprimer.

Ils.elles admettent volontiers que malgré certains aspects non anticipés avant leur prise de poste, l'exercice en PMI répond entièrement à leurs attentes initiales qui étaient : de pouvoir prendre du temps avec leurs patientes pour permettre l'instauration d'une relation de confiance, de pouvoir les accompagner dans un suivi global et à long terme et ceci avec une certaine liberté d'exercice. Ces attentes respectées sont propres au métier de sage-femme territorial.e mais sont également et surtout inscrites dans une représentation globale du métier de sage-femme.

Concernant le principe de besoin de liberté et d'autonomie exprimé par les sages-femmes de PMI dans cette étude, il s'inscrit dans un processus communautaire. En effet depuis 1948, le métier de sage-femme est une profession médicale en France[17] qui reste cependant à la marge des autres professions médicales. En effet, elle est pour certain.e.s considérée entre le métier d'infirmier et celui de médecin et est même parfois confondue avec ces derniers dans la population générale.[18] Depuis toujours, les sages-femmes revendiquent leur titre médical et leurs compétences propres et légitimes parfois non reconnues ou mal connues par leurs confrères médecins.[19] Cependant, suite à de nombreuses manifestations et particulièrement celle de 2013 qui a été largement médiatisée suivie par celle de 2022 et suite à un développement du travail en collaboration médecin/sage-femme, les compétences des sages-femmes sont de mieux en mieux connues et de plus en plus valorisées.[19] Dans notre étude, les sages-femmes expriment ces revendications. Elles expliquent qu'en choisissant l'exercice territorial, ils.elles ont trouvé une liberté d'exercice et une façon d'accompagner les femmes différente. En effet, le fait de pouvoir organiser leur emploi du temps comme ils.elles le souhaitent leur permet de pouvoir augmenter ou diminuer le temps de consultation avec les patientes selon leurs appréciations médicales et sociales de la situation.

Le principe d'accompagnement global est exprimé par les sages-femmes dans notre étude et est possible selon ils.elles grâce à un accompagnement sur le long terme et à une adaptabilité des horaires. Ce principe de prise en charge globale est expliqué par Mme Desaulnier.[20] En effet, selon elle, une sage-femme prône la physiologie et l'accompagnement de la femme afin qu'elle acquière in fine l'autonomie qui lui permettra de devenir mère. Pour cela, il est essentiel de réaliser un suivi dans la confiance et dans l'accompagnement de la physiologie et du social. Avec l'évolution des compétences des sages-femmes, nous pourrions aujourd'hui ajouter à cette définition le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la grossesse en collaboration avec les médecins gynécologues-obstétriciens.[21] Cela représente un concept fondamental du métier de sage-femme : celui d'accompagner les femmes sur le plan médical par le biais de protocoles nécessaires à une prise en charge optimale et sécuritaire mais en y intégrant largement le champ psychologique et social. Un.une sage-femme ne parle pas des personnes qu'il.elle prend en charge comme de patientes qu'il.elle soigne mais comme des femmes qu'il.elle accompagne. Des femmes qui possèdent toutes des fragilités et des besoins à prendre en compte

pour permettre une prise en charge optimale. Ce principe permet selon les sages-femmes interviewé.e.s de travailler sur la définition complète de la santé énoncée par l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Concernant l'instauration d'une relation de confiance avec les patientes exprimée par les sages-femmes interrogé.e.s, il s'agit d'un des premiers concepts du métier de sage-femme. Les femmes accoucheuses étaient auparavant appelées « Matrones ». Ce terme a été défini comme une personne accompagnant les femmes dans les campagnes. Elle était choisie par la communauté en fonction de la confiance que la population avait en elle.[22] Plus la confiance de la population lui était accordée, plus elle accompagnait de femmes. Ce phénomène est encore très présent aujourd'hui et l'est même de plus en plus avec le manque de médecins sur certains territoires. La sage-femme devient alors un référent médical et psycho-social pour de nombreuses femmes et couples comme peuvent l'être pour de nombreuses familles les médecins généralistes.

## LES PRECONISATIONS

Dans cette étude, nous avons mis en évidence que les différences entre représentations initiales et après exercice des missions de sage-femme en PMI s'expliquent en partie par un manque d'information initial sur l'exercice. Pour pallier à cela, il existe aujourd'hui des temps de transmissions dans les maternités entre sages-femmes hospitalièr.e.s et sages-femmes de PMI permettant de communiquer sur des situations le nécessitant. Ces temps de communication permettent également de faire connaitre les missions des sages-femmes de PMI aux sages-femmes hospitalièr.e.s et de faciliter le travail en collaboration. Il serait donc intéressant de maintenir ces rencontres ou de les mettre en place si cela n'est pas le cas dans certains établissements.

Nous avons également mis en évidence que la précarité rencontrée en PMI était sous-estimée par les sages-femmes avant la prise de poste. Cela peut s'expliquer par le manque d'informations à ce sujet pendant les études.
Aujourd'hui en France, selon *l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme*[23], le programme national des études de sage-femme comprend des enseignements théoriques dont un des objectifs est de : « connaitre les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalière, psychiatriques) ». Il est donc réglementaire que chaque étudiant.e sage-femme reçoive des cours sur l'histoire et le fonctionnement de la PMI. Cependant, ces enseignements ne doivent pas réglementairement aborder de cas concrets qui reflèteraient la réalité des situations rencontrées en PMI. Nous pourrions donc imaginer la mise en place de temps d'échanges avec des sages-femmes de PMI afin d'aborder cela. De plus, des stages en milieux extrahospitaliers dont la PMI sont également inscrits dans le programme national. Il n'est en revanche pas mentionné que les cours théoriques doivent se dérouler en amont du départ en stage. Les étudiant.e.s sont donc peu et même parfois pas du tout informé.e.s des situations parfois très précaires qu'ils.elles vont rencontrer. Ces situations peuvent parfois être choquantes pour certain.e.s étudiant.e.s. Il serait donc pertinent d'instaurer les temps d'échanges avec des sages-femmes de PMI avant le départ en stage. Il serait également intéressant de programmer un temps de retour d'expérience avec les enseignant.e.s à la fin du stage afin de permettre aux étudiant.e.s d'exposer les éventuelles difficultés qu'ils.elles ont rencontrées (situations sociales difficiles, prises en charges complexes, questionnements éventuels) .

# CONCLUSION

Les représentations initiales de l'exercice en PMI par les sages-femmes territorial.e.s ils.elles-mêmes diffèrent de ces mêmes représentations après plusieurs années d'exercice. En effet, la prise en charge de la précarité était souvent sous-estimée. L'importance du travail administratif et le travail en collaboration étaient méconnus ou minorés.

Cela s'explique par différentes facteurs. Dans un premier temps on retrouve le facteur expérience professionnelle. En effet, ce n'est qu'une fois immergé.e entièrement dans l'exercice en PMI en tant que professionnel.le que l'on peut appréhender de manière exhaustive tous les aspects et toutes les subtilités du métier.

Cette différence de représentation s'explique également par le manque de communication autour de cette activité de sage-femme souvent considérée à la marge du fait de son versant prise en charge psycho-sociale important. Cela s'explique dans un premier temps par le taux de sage-femme exerçant en PMI. En effet, seul.e.s 5,5% des sages-femmes français.es travaillent en PMI. Cela s'explique également en partie par son histoire. Elle est à tort souvent considérée comme un lieu de prise en charge de personnes uniquement précaires et en lien très étroit avec les services de protection de l'enfance. Son nom même renforce cette vision « centre de Protection Maternelle Infantile ». Cela s'explique aussi par l'évolution des populations sur nos territoires. En effet, la précarité et l'immigration sont en augmentation du fait du contexte économique français et du contexte politique mondial.

Pour pallier à ces différences de représentations et au manque de connaissances sur les professions de PMI nous pouvons envisager la mise en place de campagnes d'informations auprès de la population générale qui rappelleraient que la PMI est un lieu ouvert à tous qui permet une prise en charge globale allant de la grossesse aux premières années de vie des enfants sans oublier le suivi gynécologique de la femme.

Nous pourrions aussi imaginer la mise en place de temps d'échange entre sages-femmes de PMI et étudiant.e.s sages-femmes qui permettraient de mieux faire connaitre cet exercice dans sa globalité.

Cependant, la PMI est une institution de plus en plus développée et connue sur nos territoires. En effet, les professionnel.le.s hospitalier.e.s connaissent des temps d'échanges avec les professionnel.le.s de PMI et travaillent en collaboration pour prendre en charge les patientes. Cette dynamique commune de travail en équipe permet d'orienter les patientes en fonction de leurs besoins et de leurs demandes.

Bien que nous ayons mis en évidence des différences entre les représentations initiales et les représentations actuelles des sages-femmes de PMI sur leur exercice, nous avons également mis en lumière des points communs. Ces points communs sont : la liberté d'exercice, la prise en charge globale et le fait de prendre plus de temps avec chaque patiente. Ces points ne sont autres que des concepts fondateurs du métier de sages-femmes encore présents aujourd'hui. Ils sont largement partagés par les sages-femmes peu importe leur mode d'exercice et font même l'objet du choix d'exercer le métier de sage-femme.

Pour terminer, il serait pertinent de réaliser cette étude sur d'autres territoires que celui des Pays-de-le-Loire afin de comparer les représentations des sages-femmes de PMI sur leur exercice en fonction de leur lieu d'exercice.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Présentation :
  - Astrid Deshormeaux
  - Étudiante sage-femme 5ème année à Angers

- Choix du sujet

  J'ai choisi ce sujet à la suite d'un stage en PMI en 4ème année qui m'a permis de découvrir la PMI avec ses missions variées et ses professionnel.le.s qui travaillent en réseau.

- Présentation du professionnel interviewé : parcours professionnel

  Pouvez-vous vous présenter ?

  - Âge
  - Parcours professionnel
    - En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de sage-femme ?
    - Lieux d'exercice depuis le début de la carrière
    - Avez-vous obtenu des diplômes complémentaires au diplôme d'Etat de sage-femme ?
    - Formations suivies
      - Vous êtes-vous orienté.e/ spécialisé.e dans un domaine ?
  - En quelle année avez-vous débuté votre exercice en PMI ? → Nombre d'années d'exercice ?
  - Exercez-vous en milieu urbain ou rural ?
  - Aujourd'hui avez-vous un poste en tant que contractuel.le, stagiaire ou titulaire ?
  - Exercez-vous à temps plein ou à temps partiel ?

- Exercice en PMI, pourquoi ce choix ?

  Pourquoi souhaitiez-vous changer de mode d'exercice ? Qu'est-ce qui vous a amené à changer d'exercice professionnel ?

  - Motivations professionnelles
  - Quels éléments ou opportunités ont influencé ce choix d'exercice ?

  Avant votre installation en PMI aviez-vous pris contact avec des SF de PMI pour d'éventuelles questions sur l'exercice ? Si non → Vous n'en ressentiez pas le besoin ?

  Quelles ont été vos motivations pour travailler en PMI en milieu rural/en milieu urbain ?

- Pourquoi pas sage-femme libéral.e ?

  Pourquoi avez-vous choisi l'exercice en PMI et non celui de SFL ? Avant votre choix d'installation en PMI, vous étiez vous informé.e sur le métier de SFL ?

- Représentations initiales du mode d'exercice en PMI

  Quelles étaient vos représentations de l'exercice en PMI avant votre installation dans cette structure ?

  - Sur la population à prendre en charge
  - Sur les activités principales
  - Sur l'organisation du travail

Quelles étaient vos 3 principales attentes de ce poste ?

Quels étaient les apports que vous pensiez trouver en travaillant en PMI ?

Quel environnement et conditions de travail imaginiez-vous ?

- Réalité de l'exercice à la suite de l'expérience personnelle/Écarts entre réalité et vision initiale de l'exercice

  Aujourd'hui, en tant que sage-femme de PMI expérimenté.e, quelles sont pour vous les aspects de l'exercice en PMI qui diffèrent de vos représentations initiales ?

  - Les missions de la SF de PMI
  - Le lien avec les patientes
  - Le type de population prise en charge
  - Le lien avec des interlocuteurs différents, le travail pluridisciplinaire
    - Dans le social
    - Dans la paramédical
    - Dans le médical
  - La charge de travail administratif
  - La charge mentale est-elle moins importante, égale ou plus importante que celle vécue dans votre dernier lieu d'exercice ? et pourquoi ?
    - Certaines situations sont-elles difficiles à laisser au travail lorsque vous rentrez chez vous le soir ?
      - Si oui, ces situations sont-elles plus fréquentes en PMI que sur votre précédant lieu d'exercice ?
        - Si oui, pourquoi ?

  Quels sont les apports, les plus-values de ce mode d'exercice de la profession de sage-femme ?

  Pour conclure : Pouvez-vous me donner 3 points principaux de correspondance entre vos représentations de départ et la réalité actuelle du poste que vous occupez ? Et 3 points de divergences ?

# BIBLIOGRAPHIE


1. Lampérière L. Histoire de la création et du fonctionnement de la PMI : le cas du Maine-et-Loire entre 1942 et 1992. [Mémoire de Master Histoire, Civilisation et Patrimoine]. Angers, France: Université Angers; 2019. [cité le 20 septembre 2022] Disponible sur:// Https://dune.univ-angers.fr/documents/dune10612

2. Djaoui E, Corvazier F. L'institution PMI [Ouvrage]. Rennes, France: Presses de l'EHESP 26 avril 2018. Politique et interventions sociales. 216p [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/l-institution-pmi--9782810906314.htm

3. Cadart ML. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Entre médical, social et politique. Informations sociales. 2007; 140(4):52-63. [Article de revue]. [cité le 5 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-4-page-52.htm

4. Pierre Suesser, Marie-Christine Colombo, Colette Baudy. La prévention toujours en re-création [Ouvrage]. Toulouse, France: Érès 2016. 256p [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/la-prevention-toujours-en-re-creation--9782749252346.htm

5. Mme GRAMPEIX - LA SAGE-FEMME DE PMI- [enseignement théorique]. Faculté de santé Angers, France réalisé le 10 octobre 2022. [cité le 18 octobre 2022]. Disponible sur: https://moodle.univ-angers.fr/mod/folder/view.php?id=655537

6. DREES. Démographie des professionnels de santé - [En ligne]. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

7. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les sages-femmes territoriales [En ligne]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-salarie/territoriale-salarie-dans-le-prive/

8. Durkheim É. Chapitre Premier - Représentations individuelles et représentations collectives. Dans: Sociologie et philosophie [Ouvrage]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2014 [cité 14 avr 2023]. p. 1-39. (Quadrige). Disponible sur: https://www.cairn.info/sociologie-et-philosophie--9782130627319-p-1.htm

9. Déjeans L. Pascal Moliner, Christian Guimelli, Les représentations sociales. Fondements historiques et développements récents. [Ouvrage]. Grenoble, France; 13 mars 2015. 139p [cité 11 janv 2023]; Disponible sur: https://journals.openedition.org/lectures/17340

10. J.Jodelet. Les-representations-sociales-regard-sur-la-connaissance-ordinaire-; In Sciences Humaines. Avril 1993. n°27 [magazine scientifique]. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: https://www.utep-besancon.fr/content/uploads/2021/12/Les-representations-sociales-regard-sur-la-connaissance-ordinaire-36.pdf

11. P.Moliner, Guimelli C. Les représentations sociales. [ouvrage] Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 1999. Collection Que sais-je ? 3453 128p. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-p-63.htm

12. Pierre Mannoi. Les représentation sociales[ouvrage] Paris: Presse Universitaire de France: 09 février 2022. Collection Qui sais-je ? 3329 128p [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Les_Repr%C3%A9sentations_sociales_1

13. Van Campenhoudt L, Quivy R, Marquet J. Manuel de recherche en sciences sociales.[Ouvrage] Malakoff, France: Dunod 2017. 379p. [cité le 17 février 2023]. Disponible sur: https://library.samdu.uz/public/files/71033e0dcdc3eb6a6f7485f17ac847f7_Manuel%20de%20recherche%20en%20sciences%20sociales.pdf

14. Gélinas Proulx A, Dionne É. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. Mesure et évaluation en éducation. 2010.[cité le 16 février 2023] Disponible sur : https://library.samdu.uz/files/eba6fccad4375545fefb8dff281aa370_l%60enquete%20pour%20sociologie.pdf

15. Insee. Étude n°136 Pauvreté dans les Pays de la Loire : la crise accentue les inégalités sociales et territoriales. 19 juin 2014 [En ligne]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293320

16. Insee Flash Pays de la Loire n°22. Situation récente des immigrés dans la région. 19 février 2015 [En ligne]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285429

17. Code de la santé publique - Articles L4151-1 à L4152-9. Titre V : Profession de sage-femme [En ligne]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/#LEGI

18. Arquier A -, Les représentations sociales de la profession de sage-femme chez des femmes enceintes après les manifestations d'octobre 2013 [Mémoire Diplôme d'État de sage-femme]. Aix-en-Provence, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée, France : 2017. [cité le: 17 avril 2023]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635309/document

19. Charlène G. –, Les représentations des pratiques et des compétences de la sage-femme par les médecins généralistes du Maine et Loire [Mémoire Diplôme d'État de sage-femme]. Angers, Université Angers, France : 2021. [cité le 17 avril 2023]. Disponible sur : https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15001562/2021MFASMA12934/fichier/12934F.pdf

20. Desaulniers, M.-P. (2003). « La naissance de la profession de sage-femme et la crise d'identité » in G. A. Legault (dir.), Crise d'identité professionnelle et professionnalisme (pp. 131-154).[Ouvrage]. Québec : Presses de l'Université du Québec. [cité le 29 mars 2023] Disponible sur : https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/207_9782760517363.pdf

21. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf [En ligne]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf

22. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Histoire de la profession [En ligne]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/

23. Droit national en vigueur - Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du Diplôme d'État de sage-femme - Article 5 - [En ligne]. [cité le 24 avril 2023] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825

# TABLE DES MATIERES

**Avertissement** ..... **3**
**Engagement de NON-PLAGIAT** ..... **4**
**Remerciements** ..... **5**
**Liste des abréviations** ..... **6**
**Sommaire** ..... **7**
**Introduction** ..... **9**
**Matériel et Méthodes** ..... **12**
MATERIEL ..... 12
Schéma d'étude ..... 12
Population de l'étude ..... 12
Critère d'inclusion et de non-inclusion ..... 12
Recrutement des sages-femmes interrogé.e.s ..... 12
METHODE ..... 13
Méthodologie de recherche ..... 13
Choix de l'outil ..... 13
Déroulé des entretiens ..... 15
Traitement et analyse des données ..... 15
Considérations éthiques ..... 15
**Résultats** ..... **16**
CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ..... 16
ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS ..... 17
Pourquoi sage-femme de PMI ? ..... 17
1) Attraits pour la dimension psycho-sociale du travail en PMI ... 17
2) Un besoin de changement de mode d'exercice ..... 17
3) Organisation du travail et des horaires ..... 18
Pourquoi pas le choix du libéral ? ..... 18
1) Besoin de travailler en équipe ..... 18
2) Aspect logistique et organisationnel ..... 18
3) Sécurité financière ..... 19
Représentations initiales des missions avant la prise de poste en PMI 19
1) Renseignements préalables à la prise de poste en PMI ..... 19
2) Conditions de travail imaginées ..... 20
3) 3 attentes avant cette prise de poste ..... 20
4) Les représentations ..... 20
Représentations après expérience professionnelle ..... 21
1) Points communs avec les représentations initiales ..... 21
2) Points qui différent des représentations initiales ..... 22

3) Charge mentale de l'exercice territorial ..... 23
4) Plus-values professionnelles de l'exercice territorial ..... 23
**Discussion ..... 25**
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE..... 25
REPRESENTATIONS INITIALES : ..... 25
Facteurs liés aux représentations sociales ..... 25
Facteurs personnels ..... 26
REPRESENTATIONS APRES EXERCICE :..... 27
Les différences avec les représentations initiales ..... 27
Les points communs avec les représentations initiales..... 28
LES PRECONISATIONS..... 29
**Conclusion ..... 30**
**Annexes ..... 31**
Annexe 1 : Guide d'entretien ..... 31
**Bibliographie ..... 33**
**Table des matières ..... 36**
**Résumé ..... 38**
**Abstract..... 38**

# RESUME

**Introduction :** Les centre de protection maternelle infantile ont vu le jour en 1945 et ont évolué dans leurs missions et dans leurs fonctionnements jusqu'à aujourd'hui. L'exercice de sage-femme en centre de protection maternelle infantile est composé de plusieurs missions : le suivi gynécologique, le suivi de grossesse et une mission de prévention. L'objectif de notre étude était de comparer les représentations initiales et les représentations actuelles du métier de sage-femme en centre de protection maternelle infantile par les sages-femmes y travaillant.

**Matériel et méthode :** Cette étude qualitative a été réalisée du 01/11/2022 au 01/02/2023 à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de sages-femmes de centre de protection maternelle infantile des Pays-de-la-Loire ayant une expérience de l'exercice comprise entre 1 an et 20 ans.

**Résultats :** Les représentations initiales et actuelles des sages-femmes interrogé.e.s divergeaient. Cela s'explique par leur expérience professionnelle mais également par l'évolution de leur identité professionnelle et un manque d'informations initial sur le poste. Cependant, certains aspects de l'exercice étaient connus à juste titre avant la prise de poste. Cela s'explique par la communication entre sage-femme, par des recherches personnelles et par une identité professionnelle régie par des concepts fondateurs propres au métier de sage-femme.

**Conclusion :** Les sages-femmes ont pu exprimer des divergences et des points communs entre leurs représentations initiales et leurs représentations actuelles de l'exercice en centre de protection maternelle infantile qui s'expliquent par leur expérience professionnelle mais également par un manque initial d'informations sur l'exercice territorial. Il serait donc intéressant de mettre en place un moyen de communication auprès des sages-femmes et étudiant.e.s sages-femmes pour mieux faire connaitre le métier de sage-femme de protection maternelle infantile.



**Mots-clefs :** Centre de protection maternelle infantile, sage-femme, représentations, différences, points communs



# ABSTRACT

**Introduction:** The maternal child protection centres were created in 1945 and have evolved in their missions and their functioning until today. The practice of midwifery in a maternal child protection centre is made up of several missions: gynaecological monitoring, pregnancy monitoring and a preventive mission. The aim of our study was to compare the initial and current representations of the midwifery profession in a child health centre by the midwives working there.

**Material and method:** This qualitative study was carried out from 01/11/2022 to 01/02/2023 using semi-directive interviews with midwives working in child maternity protection centres in the Pays-de-la-Loire region who had between 1 and 20 years' experience of the profession.

**Results:** The initial and current representations of the midwives interviewed diverged. This is explained by their professional experience but also by the evolution of their professional identity and an initial lack of information about the job. However, there were aspects of the practice that were well known prior to taking up the post. This was due to communication between midwives, personal research and a professional identity that was governed by the founding concepts of midwifery.

**Conclusion:** The midwives were able to express divergences and commonalities between their initial and current representations of working in a maternal child protection centre, which can be explained by their professional experience, but also by an initial lack of information on territorial practice. It would therefore be interesting to set up a means of communication with midwives and midwifery students in order to raise awareness of the profession of maternal child protection midwife.



**Keywords:** Maternal child protection centre, midwife, representations, differences, common points