

Construction de l'identité professionnelle des étudiants en maïeutique : une étude exploratoire qualitative

Construction of the professional identity of midwifery students: a qualitative exploratory study

Laëtitia DAVID^{1,2,*}, Eleonore FRANCK², Stephanie PARIS², et Chloé DELACOUR^{1,3}

¹ Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

² Département de maïeutique, Université de Franche-Comté, Besançon, France

³ Département de médecine générale, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Manuscrit reçu le 15 janvier 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 24 février 2021 ; accepté pour publication le 3 avril 2021

Résumé – Contexte : Pour assurer la professionnalisation des étudiants, le périmètre de la formation initiale doit déterminer de manière explicite les compétences professionnelles à développer, la culture professionnelle à privilégier et l'identité professionnelle (IP) à soutenir. Définie comme une représentation subjective de soi en tant que professionnel, cette dernière permet une meilleure compréhension des rôles et développe le bien-être tant professionnel que personnel. Or, l'IP demeure mal définie au sein du référentiel de la formation initiale en maïeutique. **But :** Explorer et analyser la construction de l'IP lors de la formation initiale en maïeutique, afin d'en améliorer l'accompagnement lors de la formation. **Méthodes :** Étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés d'étudiants en deuxième année de formation en sciences maïeutiques. **Résultats :** Neuf entretiens ont été réalisés. L'IP des étudiants en maïeutique (EM) se construit dans le rapport à soi, à la profession, à la formation et aux autres, selon des processus de socialisation biographique et relationnelle. La construction de l'IP est ponctuée de périodes de « dissonance identitaire » permettant de concilier aspirations personnelles et projections professionnelles. Le développement des compétences professionnelles permet à l'EM de participer aux rôles et d'incorporer son IP en émergence. La construction est perturbée par l'incompréhension des attendus de la formation par les différents acteurs. **Conclusion :** Des perspectives s'envisagent pour soutenir les EM dans leur construction identitaire : reconnaître les périodes de rupture, engager précocement les étudiants dans la réflexivité et impliquer tous les acteurs de la formation pour une conception partagée.

Mots clés : Identité professionnelle, étudiant, sage-femme, formation initiale, professionnalisation

Abstract. Context: To ensure the students' professionalization, initial training scope must explicitly determine the professional competencies to develop, the professional culture to favour and the professional identity (PI) to support. It allows a better understanding of professional roles and develops both professional and personal well-being. However, PI remains the least well-defined dimension within initial midwifery training framework. **Aim:** To explore and analyse PI construction during initial midwifery training, in order to identify the factors influencing its development, with the intention of improving its support during training. **Methods:** Qualitative study using semi-directed individual interviews was conducted, with second year of the advanced training in midwifery students. **Results:** Nine interviews were carried out. The midwifery students PI is constructed in the relationship to oneself, to the profession, to the training and to others, according to biographical and relational socialisation processes. The construction of the PI is punctuated by periods of "identity dissonance" allowing for the reconciliation of personal aspirations and professional projections. The development of professional competencies allows students to participate in roles and to incorporate their emerging PI. The construction is disrupted by the misunderstanding of the training expectations by the different actors. **Conclusion:** Perspectives can be considered to support midwife students in the construction of their IP: identifying periods of rupture, engaging students in understanding themselves through reflexivity and involving all actors for a shared conception of training.

Keywords: Professional identity, student, midwifery, initial training, professionalization

*Correspondance et offprints : Laëtitia DAVID, 29 rue Lanchy, 25000 Besançon, France.

Mailto : laetitia.david@univ-fcomte.fr.

Introduction

Pour devenir sage-femme (SF), les étudiants en maïeutique (EM) s'engagent sur cinq années de formation, durant lesquelles se succèdent apprentissages en milieu professionnel et en milieu académique. La finalité attendue de la formation est d'assurer leur professionnalisation.

Dans le cadre de la formation initiale, Belisle présente la professionnalisation comme « *un processus d'apprentissage qui prépare un individu à l'exercice d'une profession en contribuant au développement de compétences professionnelles, à l'appropriation d'une culture professionnelle, et à la construction d'une identité professionnelle* » [1]. Pour la favoriser, il est essentiel de préciser aux étudiants ce qui est attendu d'eux à terme, afin de rendre le profil de sortie transparent [1,2].

Le référentiel de formation des études en maïeutique s'appuie sur le référentiel de métier et de compétences des SF [3,4]. Le choix des modalités pédagogiques et didactiques est orienté selon l'approche par compétences et la pratique réflexive. La culture professionnelle à privilégier est précisée dans le code de déontologie. Il s'agit pour l'EM de s'approprier les normes, les attitudes et les valeurs partagées par les SF [3-5]. Composante de l'identité globale, l'identité professionnelle (IP) se définit à partir de sentiments subjectifs et permet à un individu de se représenter en tant que professionnel. Elle se situe entre les définitions que l'individu se fait de lui-même et le jugement d'autrui [6,7]. La construction de l'IP d'un individu débute dès son entrée en formation, à partir de son identité passée, vers une identité qu'il projette. Elle évolue selon les contextes, les situations vécues et les rôles exercés lors de la formation [1,6]. La construction de l'IP est intimement liée au développement des compétences et à l'appropriation de la culture professionnelles [1].

Alors que la formation initiale constitue une étape essentielle dans la construction identitaire, l'IP demeure la dimension la moins bien définie du référentiel de formation. Pourtant, la nécessité de tenir compte de cette dimension lors du processus de professionnalisation fait l'objet de plus en plus de recherches en pédagogie médicale. En effet, une IP bien développée majore la confiance en soi, cultive la collaboration par la compréhension des rôles, et développe le bien-être aussi bien professionnel que personnel [7-11]. La conception dynamique et évolutive de l'IP peut permettre d'envisager un soutien de sa construction [12].

En France, le processus constructif de l'IP chez les EM reste peu étudié. L'objectif de cette recherche est donc d'explorer, analyser et de comprendre la construction de l'identité professionnelle des EM.

Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, selon une approche analytique inductive. Il s'agissait de saisir l'identité construite, le semestre précédant l'obtention du diplôme certificatif, à partir de l'analyse du discours des EM, puis d'identifier

les éléments ayant permis son développement au cours de la formation.

Recueil de données

Compte tenu de contraintes matérielles et logistiques, nous avons recruté les participants selon un échantillonnage de convenance. Les 24 étudiantes en deuxième année de formation approfondie en sciences maïeutiques de l'Université de Franche-Comté ont été sollicitées. Un courriel précisant le thème de l'étude, les conditions de l'entretien enregistré, les garanties de confidentialité et d'anonymat, a été adressé à cette promotion. Les EM volontaires ont choisi la date et le lieu de l'entretien. Les entretiens ont été menés en face à face, enregistrés par dictaphone. Le chercheur récemment arrivé dans la structure n'était pas impliqué dans l'évaluation des EM.

Le guide (Annexe 1) a été élaboré à partir de la littérature. Une revue bibliographique ciblée a été menée principalement sur les bases de données Pubmed, ScienceDirect et Cairn à partir des mots clés « étudiant », « sage-femme », « médical », « identité professionnelle », « professionnalisation ». L'objectif était d'amener l'EM à raconter ses expériences, en l'invitant à se focaliser sur les situations, les rôles, les contextes où son IP avait émergé, tout en tenant compte de ses identités, passée et projetée. Des questions de relance étaient prévues. Il a été testé sur trois EM de façon à s'assurer de sa pertinence. Aucune modification significative n'a été apportée à l'issue de ces entretiens tests qui, après analyse, ont été intégrés aux résultats. Des questions fermées en fin d'entretien ont permis de préciser les caractéristiques de l'échantillon (Tab. I).

Analyse

À l'issue de chaque entretien, les données recueillies ont été analysées en alternant périodes de lecture et de réflexion. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot. Le verbatim a ensuite été analysé ligne par ligne, permettant l'émergence de « codes » (unité de sens attribué à un segment de texte), qui ont ensuite été regroupés en thèmes. Les deux premiers entretiens ont été intégralement et indépendamment codés par deux chercheurs, ce qui a permis la constitution d'un livre de codes par consensus, enrichi au fur et à mesure de l'analyse. Les codes ont ensuite été organisés en thèmes plus englobants après discussion entre chercheurs et retour à la littérature : l'image de soi professionnel, le processus (l'IP pour soi et l'IP pour autrui), la contribution de la formation. Les EM ont validé le résumé de leur entretien synthétisé à partir des interprétations du chercheur.

Résultats

Parmi les 24 EM sollicitées, neuf d'entre elles ont volontairement participé à l'étude ; les entretiens ont été conduits entre le 10 janvier et le 13 mars 2020 (Tab. I).

Tableau I. Caractéristiques de la population et des entretiens.

	Âge	Sexe	Durée entretien (min)	Contexte
EM1	23	Féminin	105	En présence au sein de l'université
EM2	23	Féminin	62	En présence au sein de l'université
EM3	23	Féminin	83	En présence au sein de l'université
EM4	22	Féminin	54	En présence au sein de l'université
EM5	24	Féminin	38	En présence au sein de l'université
EM6	22	Féminin	48	En présence au sein de l'université
EM7	23	Féminin	75	En présence au sein de l'université
EM8	23	Féminin	65	En présence au sein de l'université
EM9	24	Féminin	45	En présence au sein de l'université

EM : étudiant en maïeutique.

La construction de l'IP : au carrefour entre une IP pour soi et une IP pour autrui

L'IP pour soi

Les EM décrivent le développement de leur IP en relation avec leur identité passée, leur identité au stade de la formation, et celle qu'elle projettent dans l'avenir : « *Quand je serai SF, je sais d'avance que je serai autrement* » (EM4).

Influence de l'histoire de vie

L'IP porte l'empreinte des histoires de vie personnelles. Le désir de devenir SF est souvent accompagné de projections maternelles – « *Je te verrais bien SF!* » (EM1, 4, 5) – et/ou de récits d'accouchements difficiles chez les mères et les proches, dans un désir de compréhension : « *Ma maman, elle a pas eu de très bonnes expériences [...] j'avais envie de comprendre ce qui se passait* » (EM2, 4, 5, 8, 9).

Transition passé-avenir

La construction de l'IP débute avant l'entrée en formation alors que la conception de la profession est basée sur un cliché utopique, « *rose* », conditionnée par les médias (EM1,2,5,7). La motivation naît d'aspirations personnelles : aider les autres (particulièrement les femmes), mater, réparer des traumatismes. Deux EM évoquent la vocation. En avançant dans le parcours, l'immersion progressive permet d'envisager la profession autrement. Ces changements de conceptions s'accompagnent de remises en question, d'« *introspection* » (EM 6, 9) ; « *on prend en maturité [...], on grandit, on travaille sur nous-même* » (EM6). Elles aboutissent à des redéfinitions de soi aussi bien sur le plan professionnel que personnel : « *J'aurais pas du tout été la même personne si j'avais fait autre chose* » (EM2).

Une nouvelle identité se développe, en rupture avec l'identité passée : « *La salle d'accouchement, c'est assez stressant pour moi. Je me suis rendue compte que je ne voulais pas faire des accouchements* ». Il semblerait que les contraintes liées à la réalité de la profession – « *Les*

contraintes, les responsabilités [...], les horaires de travail, les nuits et surtout le stress » (EM2) – soient mises en parallèle avec le sentiment d'accomplissement : « *Maintenant... Je suis à l'aise et j'aime en fait* » (EM2).

Les EM évoquent quasiment toutes un « *déclic* » (EM1, 2, 5, 6, 8,9), manifesté entre la fin de la quatrième et le milieu de la cinquième année. Ce déclic est ressenti comme un changement de statut en stage, un passage EM-SF en devenir. « *Ça a explosé en début de cinquième année où j'ai eu l'impression de franchir un fossé et de me dire ; t'es plus l'étudiante* » (EM1).

Projection dans l'avenir

Les EM se projettent dans les rôles qui leur conviennent, parce qu'ils correspondent à leurs attentes. Elles se catégorisent selon l'organisation du système de santé actuel : SF hospitalière *vs* libérale, SF de type 1 *vs* type 2 *vs* type 3. De même, les EM s'écartent des rôles qui ne leur correspondent pas. « *Je n'envisage pas du tout de travailler à l'hôpital, ça ne me convient pas. C'est pas la manière dont je souhaite exercer* » (EM3). Les attentes vie professionnelle / vie personnelle semblent être mis en balance « *J'ai envie d'avoir des enfants, d'avoir un métier qui me permette de pas être épuisée tout le temps* » (EM8).

L'IP pour autrui

L'IP des EM se construit dans leurs relations avec les autres

Le rapport aux professionnels

Les EM se reconnaissent une IP de SF lorsque leurs compétences professionnelles sont reconnues par les professionnels de terrain : « *On me disait : c'est bien* » (EM6) ; « *la SF n'a pas douté une seconde du fait que j'étais capable de le faire, j'étais trop fière de moi* » (EM8). Elles se sentent légitimes quand leurs décisions sont prises en compte « *Je voyais que ça écoutait ce que je disais* » (EM1), d'autant plus quand les encadrants sont exigeants : « *Si elle qui est exigeante avec ses étudiantes a dit "Tu peux y aller sans problème, je me dis Wow"* » (EM1).

Le rapport aux patients

Les EM affirment leur IP lorsque leurs compétences sont reconnues par les patientes qu'elles ont prises en charge : « *J'ai eu un couple qui m'a dit : "C'était vraiment bien"* » (EM6) ; « *Ce que vous avez fait, ça m'a aidée* » (EM8). Leurs remerciements les honorent : « *Elle m'a remercié pour la dixième fois* » (EM1). La confiance accordée par les couples a une grande valeur à leurs yeux : « *Ils me font l'honneur [...] c'est moi qui va mettre ce bébé au monde* » (EM3). En fin de formation, le bien-être de la patiente est leur préoccupation principale : « *Maintenant je vais en stage pour la patiente. Et je me dis plus : qu'est-ce qu'on va penser de moi ? Je m'en fiche en fait. Je suis là pour que la patiente ait un bon accompagnement* » (EM2).

Le rapport à la femme

Hors contexte professionnel, les EM construisent leur IP en accueillant les confidences intimes des femmes : « *Des femmes de mon entourage [...] se sont confiées sur des faits de leur vie assez personnels* » (EM1).

Le rapport aux pairs de promotion

Les échanges avec les pairs leur permettent de s'auto-évaluer dans la progression du parcours, mais aussi de relativiser dans les périodes de doute : « *On avait un peu toutes des doutes à ce moment-là, ça m'a aidée à me dire : bon je suis pas la seule, je vais essayer de creuser, de tenir le coup* » (EM2).

Le rapport aux autres professionnels de santé

Les EM ont tendance à se construire par distinction des médecins dans la dimension relationnelle – « *il vient pour faire un acte, il n'a pas le temps d'établir une relation* » (EM2, 3) – et par distinction des infirmières dans le champ de compétences, imaginant le rôle de la SF comme plus « *spécialisé* » (EM1).

Le rapport à la formation

Le vécu en stage est particulièrement difficile de la troisième année de licence à la première année de master, les EM éprouvent des difficultés à trouver leur « *place* » (EM2, 5, 6, 7). À ce stade, les attentes de la formation ne semblent pas explicites : « *Je ne savais pas si je pouvais me permettre de proposer de faire ça [...] on va me prendre pour une prétentieuse* » ; « *Parce que ça c'est un objectif de troisième année ? Je le sais pas* » (EM2). Les attentes des professionnelles de terrain apparaissent hétérogènes : « *Suivant les professionnelles c'est pas forcément attendu en début de cursus* » (EM2) ; « *Avec une, on va le faire comme ça, ça va passer. Puis, avec l'autre, on va le faire d'une autre façon, pis ça passera plus* » (EM8). La participation des EM semble se réaliser en périphérie de la communauté : « *J'étais plus en position d'observateur* » (EM2) ; « *J'appliquais bêtement, je faisais plutôt des actes infirmiers* » (EM2). L'avancée sur la trajectoire de la

professionnalisation et les moyens d'y parvenir ne semblent pas suffisamment clairs : « *ça paraissait difficile de progresser* » (EM2).

Dès le deuxième cycle, l'attitude des professionnels change, permettant leur participation : « *On sent que l'accueil n'est plus du tout le même* » (EM1). Ainsi, la majorité des EM peut se considérer « *collègue* » : « *On était deux professionnelles et on collaborait ensemble sur un même dossier* » (EM4). La manière de présenter l'EM à la patiente, le tutoiement, l'implication lors des pauses informelles participent à ce sentiment. L'environnement plus chaleureux et moins hiérarchisé des maternités de type 1 et 2 est apprécié : « *Moi, ce qui m'a permis de me rendre compte que SF ça allait être mon truc, c'est de partir de [...], où elles nous infantilisent beaucoup, même en dernière année* » (EM4).

Facteurs influençant la construction de l'IP lors de la formation

En milieu professionnel

Le modèle / contre-modèle de rôle

L'identification à la profession de SF se réalise par l'observation de SF dans le contexte clinique et par la volonté de ressembler à différents modèles admirés : « *C'est elle que je veux être plus tard* » (EM1) ; « *Il y a des choses qu'on a bien aimé chez des SF qu'on aimerait reproduire* » (EM9). Les EM distinguent leurs compétences relationnelles, cliniques – « *c'est sur son côté technique* –, pédagogiques – « *C'est une fille qui nous offre, qui m'a appris énormément de choses* » – (EM1), et leurs « *histoires cliniques* » de SF.

En revanche, elles se différencient des contre-modèles, qu'elles rejettent : « *Je veux pas être comme ça* » ; « *y'a un truc qui me dérange qui est pas en cohérence avec ce qu'on est* » (EM6). Ces professionnelles s'éloignent des valeurs professionnelles auxquelles elles accordent de l'importance : « *Rien que le fait de couvrir la patiente quand elles font un examen gynéco. Y'en a une qui le faisait pas* » (EM6).

L'expérience de l'autonomie

Dès le deuxième cycle, les EM expérimentent l'autonomie : « *Il nous arrive de suivre les patientes seules avec bien sûr un guide* » et d'ainsi « *pouvoir être MA vision de la SF* », « *Sans l'interférence d'un tiers* » (EM8). L'autonomie est vécue comme une expérience signifiante, permettant une réelle prise de conscience des futures responsabilités : « *J'ai besoin qu'on me laisse me rendre compte sans qu'on soit derrière moi* » (EM3). Les EM se racontent SF lors de situations de prise en charge globale d'accouchement dans l'urgence, lors de confidences de patientes, ou d'expériences de supervision d'EM de niveau inférieur. L'autonomie permet aux EM de pleinement jouer des rôles, d'apprendre et de s'auto-évaluer : « *C'est là où on apprend le plus je trouve. C'est là où on voit nos limites* » (EM4). En revanche, si l'EM juge qu'on la laisse

autonome trop tôt, sans rétroaction, elle développe un sentiment de stress : « *Elles m'ont lâchée dans la cage aux lions [...] c'est depuis ce moment-là que je suis stressée en salle* » (EM4).

En milieu académique

Les séances d'analyse de la pratique

Ces séances semblent avoir permis aux EM de se raconter SF : « *En retour de stage avec la promo, [...] où j'ai vu qu'on m'écoutait. Et en racontant aussi, je me suis dit ça y est ! T'as eu ton déclic* » (EM7). Elles semblent y développer leur réflexivité : « *Au final apprendre de chaque situation, puis au fur et à mesure, on trouve d'autres moyens pour y faire face* » (EM6), « *en prenant du recul* » sur les situations qui ont pu déséquilibrer leur IP.

L'accompagnement par l'équipe pédagogique

L'écoute – « *j'ai terminé dans le bureau de la prof, en pleurs* » (EM2) – et l'accompagnement semble se révéler essentiels lors des phases de ruptures identitaires : « *J'ai eu un doute début de maïeutique quatre [...], je me suis posé la question [...] avec madame B, c'est elle qui m'a dit : essaye de voir, attends ton stage en libéral, ça va te faire voir autre chose. Et pis c'est là que je me suis dit oui...* » (EM6).

Le produit : l'IP construite à la fin du parcours de formation

La période où se sont déroulés les entretiens (début de dernier semestre) semble correspondre à nouveau à un moment de réflexion identitaire pour les EM : « *En ce moment, on est toutes un petit peu en questionnement* » (EM1). Les EM peinent à se représenter comme SF professionnelle : « *presque SF* » (EM1), ou « *future sage-femme* » (EM2, EM6).

L'image de professionnel est nettement associée au sentiment de compétence dans la prise de décision : « *On arrive à avoir une posture de soignant complète parce qu'on arrive à prendre nos décisions* » (EM8, 3, 6, 7, 9), dans la prise en charge globale – « *j'ai géré la situation du début à la fin* » (EM6, 4) – et dans la gestion des situations d'urgence – « *je me sentais à ma place* » (EM1).

Les EM sont conscientes de leurs limites, et peuvent exprimer un manque de confiance en elles-mêmes. Elles attribuent ce sentiment aussi bien à leur personnalité qu'à leur impression de manquer d'expérience : « *Ce travail relationnel là, [...] c'est notre rôle, et c'est trop important* » (EM2). L'ensemble des EM s'affirme SF dans la physiologie et adhère aux valeurs véhiculées par la profession : respect de l'eutocie, engagement auprès des femmes, responsabilité.

Discussion

L'IP des EM s'est construite dans un rapport étroit avec l'identité globale, au moment où l'EM entre dans l'âge adulte. Elle ne peut donc se « *concevoir indépendamment des autres facettes* » de l'identité globale [12].

Le rapport à soi

L'IP se construit selon une trajectoire propre et singulière. Elle est le produit de l'histoire de vie, de l'analyse des expériences vécues lors de la formation, et des projections dans les rôles qui conviennent aux EM.

Le choix « individuel » des EM de débiter cette formation dépend entre autres de leurs relations familiales et de la découverte de la profession de SF. « *La socialisation biographique* », liée à l'histoire de l'individu, est l'axe qui construit l'identité pour soi ; « *elle passe d'une identité individuelle à une identité sociale et à une IP* » [6]. Ainsi, l'image véhiculée du rôle de la SF et les histoires de maternité motivent profondément les attentes et les intérêts de l'EM. En 2008, Abensur et Chevalier [13] mettaient en évidence que le choix de devenir SF n'est ni le fruit du hasard ni d'un échec.

Durant leur parcours, les EM redéfinissent leur identité afin de maintenir une cohérence avec les buts qu'elles poursuivent, pour « *réconcilier les idées préconçues avec la réalité vécue* » [7,14]. L'EM ajuste sa « conception de soi » et redéfinit son identité en tenant compte des compétences qu'elle estime avoir développées, tout « *en intégrant ses goûts et dégoûts, ainsi que les choix de carrière qu'elle peut escompter* » [12].

Le rapport à la profession

La socialisation relationnelle

La socialisation dans le milieu médical se définit par trois mécanismes : la séparation du monde profane, une nouvelle conception de la profession, puis l'identification à la profession [6]. Ici, la socialisation professionnelle des EM est dépendante de l'environnement d'apprentissage en stage. Elles oscillent entre besoin de comprendre et conformisme par rapport aux attentes. Comme chez les étudiants en médecine, l'IP des EM se construit à travers des « *moi provisoire* », et des périodes de « *déséquilibre cognitif* » marquent les transitions identitaires [7,13–17], jusqu'au sentiment d'appartenance au groupe professionnel. C'est pourquoi l'IP évoquée en troisième année de licence pourrait être assimilée à celle de l'« *imposteur* » [14] ; les EM se sentent en recul, assignées à des « tâches » fragmentées dans lesquelles elles n'ont pas l'impression de remplir un rôle. Puis, vient l'identité « d'apprentie SF », de la fin de la licence à la deuxième année de master : l'intégration progressive des EM comme actrices au sein de l'équipe de professionnels leur permet de participer aux rôles et de cultiver leur sentiment de confiance et d'appartenance. C'est le début de l'incorporation de l'IP de SF. Durant cette période, l'IP s'affine progressivement dans des rôles « *essayés et évalués [...] intégrés ou rejetés* » [14]. Enfin, grâce au sentiment de compétence dans la prise de décision et la conscience des responsabilités, le « déclic » annonce la transition EM-jeune SF et l'engagement sur le chemin d'une identité incorporée et plus stabilisée [7,18]. Au terme du parcours, les EM définissent leur IP en rapport avec l'évolution du système de santé.

L'identification

Les EM se construisent par identification à différents modèles de rôle qui changent au cours de la formation. L'exposition à des modèles de rôle positifs est connu comme un facteur stimulant et puissant pour la construction de l'IP des étudiants en sciences de la santé [7,19,20]. Le modèle n'est pas nécessairement incarné par une seule personne [19,20] ; ainsi les EM décrivent un « assemblage » basé sur des caractéristiques appréciées chez plusieurs professionnels.

Comme rapporté dans une récente étude islando-néerlandaise, les EM soulignent l'importance des « histoires » racontées par leurs modèles de rôle, qui semblent offrir des connaissances situationnelles et permettre l'accès à des savoirs d'expérience, apportant de nouvelles ressources [19].

En revanche, les EM ont également été en contact avec des contre modèles. Si cette exposition contribue à leur réflexion sur le type de professionnel qu'elles ne souhaitent pas devenir, des conséquences telles que des ressentis négatifs envers la profession, des conflits de valeur ou l'apparition de pratiques professionnelles non désirables peuvent survenir [10,19,22].

Le rapport à la formation

Dans les discours, le développement des compétences lors des stages apparaît comme le fil directeur principal de la formation, garantissant leur reconnaissance en tant que professionnelle et l'incorporation de leur identité de SF. Or, le rapport aux cliniciens semble plus ou moins difficile, du fait de leurs attentes différentes qui mettent les EM dans l'incapacité de « deviner ce qu'on attend au juste d'elles » [6]. La rigueur de la formation, les attentes hétérogènes des superviseurs, les rétroactions non structurées, l'incompréhension des objectifs de formation jusqu'en fin de licence ont été évoquées avec un sentiment de stress.

L'autonomie s'est également retrouvée au cœur de la construction identitaire. C'est l'espace dans lequel l'EM devient SF, ressent la responsabilité et incarne son rôle. En accordant l'autonomie, le superviseur marque sa confiance dans les compétences de l'EM, l'inscrivant comme future SF. Si elle est accordée trop tôt dans la formation, l'autonomie devient paralysante, nuisant aussi bien à la sécurité personnelle de l'EM, qu'à la sécurité des patients. En revanche, le manque d'autonomie est vécu comme préjudiciable. Il peut mener au désengagement.

Le rapport aux autres

L'incorporation d'une image positive

Le grand public a tendance à considérer les étudiants en sciences de la santé comme des membres de la profession médicale au sens large. Cette qualification peut avoir un impact profond sur la façon dont ils se perçoivent [23]. En effet, les couples, les pairs, la famille les invitent à prendre du recul, à revisiter leur IP grâce à leurs discours ou attitudes.

Les expériences où les EM ont eu le sentiment d'avoir contribué de manière significative à la prise en charge de patients dans leur globalité ont généré des sentiments positifs tels que la fierté. Respecter les souhaits du couple apparaît comme un défi, stimulant leur motivation.

La distinction

Selon Fregonese [24], « la profession de médecin est la profession la plus proche de la profession de sage-femme : elle joue souvent le rôle d'effet miroir ». Pour se définir et définir la profession de SF, les EM se distinguent des médecins en insistant sur la dimension physiologique et le rôle d'accompagnement. Fregonese avait noté l'apparition du terme de « subordination » entre les deux professions. Même si cette notion de hiérarchie n'apparaît pas dans notre travail, il semble important d'explorer les représentations de ces deux professions chez ces étudiants.

Perspectives

Reconnaître les périodes de « dissonance » identitaire

La construction de l'IP peut être facilitée par « les défis qui stimulent la transformation par la réflexion, la discussion et l'adoption d'une nouvelle perspective » [7,18,25,26]. La prise en compte de l'évolution de cette construction peut guider les enseignants dans leurs interventions pédagogiques auprès des étudiants. La nécessité de déconstruire une partie d'une identité préexistante est potentiellement stressante et peut mener à une « dissonance identitaire ». Celle-ci crée une perturbation émotionnelle importante et peut contribuer à remettre en question « l'estime de soi » des étudiants [10,27]. Le stress et la satisfaction inhérents au processus de socialisation peuvent avoir un impact sur l'identité émergente d'un étudiant [7,10]. Une partie de ce stress est inévitable [7]. Néanmoins, s'il résulte d'une rétroaction constructive, son impact peut être positif [7,10].

Il s'agit de reconnaître et de profiter des « tensions » et des « négociations » que vit l'étudiant pour qu'il développe une identité « négociée », cohérente avec les compétences et la culture professionnelles. Les attentes doivent être établies en fonction du stade de développement de chaque étudiant.

La narration et la réflexivité : une perspective pour l'EM de mieux se connaître, une perspective pour l'enseignant d'évaluer

Les temps prévus pour une « réflexion guidée », à propos d'expériences cliniques et non cliniques et leur impact sur la formation de l'IP sont essentiels [7]. Il s'agit d'identifier, favoriser et commenter la réflexion des étudiants sur les facteurs susceptibles de les influencer. Les étudiants comprennent mieux qui ils sont et qui ils souhaitent devenir grâce à une meilleure compréhension des attentes de la société et du système de santé. Ces traces de réflexion peuvent être retrouvées dans diverses productions [16,23,27-29].

La narration réflexive est une méthode de plus en plus utilisée dans l'enseignement médical pour promouvoir la réflexivité. De nombreuses recherches utilisent l'écriture pour étudier la construction de l'IP [23]. De même, il est possible d'utiliser l'approche biographique centrée sur l'histoire de vie comme un outil de travail du projet professionnel [12].

Créer un environnement d'apprentissage bienveillant et conscientiser les modèles

La relation entre l'étudiant et l'enseignant peut être assimilée à la relation entre le clinicien et le patient. Les environnements d'apprentissage tout comme les modèles de rôle positifs sont essentiels puisqu'ils influencent la façon dont les étudiants développent des comportements et construisent leur IP [10]. De même, la constitution d'un groupe de référence aide à gérer les interactions avec les professionnels de terrain quand ceux-ci « *jouent le rôle d'autrui significatif, donnant une image positive du métier et favorisant le processus d'identification* » [6].

Le clinicien n'est pas conscient qu'il représente un modèle de rôle. Il méconnaît l'ampleur de son influence sur les apprenants [22,29]. Après avoir informé les étudiants du concept, les tentatives visant à développer les modèles de rôle doivent impliquer les modèles eux-mêmes.

Le concept de communauté de pratique ou de communauté d'apprentissage offre une perspective intéressante pour engager les cliniciens et créer un environnement d'apprentissage bienveillant. La participation de cliniciens à une forme de communauté de pratique comme « *un regroupement de praticiens s'engageant de façon régulière dans des activités de partage d'expériences* » pendant une année, portant sur le thème de l'exercice du modèle de rôle, a occasionné des retombées positives pour les cliniciens et pour leurs étudiants [21]. La participation à la communauté de pratique permet au clinicien de revoir sa pratique professionnelle dans un esprit de collaboration, tout en lui apportant un sentiment de confiance pour ce rôle de modèle [21].

Un profil de sortie à éclaircir et à baliser, des niveaux de développement à clarifier, une autonomie à équilibrer

Si le niveau de développement à atteindre concernant les compétences professionnelles apparaît plus clair aux EM à l'issue du parcours, il n'est pas balisé tout au long du parcours de formation. Or, le développement des compétences professionnelles et leur reconnaissance est considérablement lié à la construction de l'IP [1]. Ainsi, des niveaux de développement plus explicites pour chacune des dimensions de la professionnalisation apparaît indispensable. Ces informations intégrées pourraient limiter les tensions, fournir aux étudiants et aux superviseurs les informations favorisant une vision partagée des objectifs de la formation aux différents temps, en « *considérant entre autres l'autonomisation constante de l'étudiant* » [1,18].

Forces et limites

Notre étude a permis de mettre en évidence les éléments clé dans la construction de l'IP des EM. Elle présente malgré tout des limites.

Le codage et l'analyse thématique des données discutées par plusieurs chercheurs (triangulation des chercheurs) ainsi que la validation des résumés d'entretien par les répondants confortent la crédibilité de nos résultats. Cette recherche se voulant exploratoire, nous n'avons pas pu diversifier les outils de recueil de données (triangulation méthodologique). Compte tenu du caractère intime de l'identité, nous aurions pu compléter nos données par des analyses de récits écrits.

Concernant la transférabilité, le profil monocentrique et exclusivement féminin des EM recrutées n'a pas permis une triangulation des sources d'information. Les EM interrogées étaient issues d'un échantillon de convenance. Seules les perceptions d'EM volontaires, motivées pour participer à cette recherche ont été recueillies, et nous n'avons pas pu confirmer la saturation des données. Par ailleurs, le fait d'interroger les EM en fin de formation les oblige à revenir sur l'ensemble du parcours et expose à l'illusion biographique [30] : un recueil de données année par année serait pertinent pour mieux approfondir les enjeux cachés derrière les périodes de ruptures.

Enfin, le recueil des données effectué en plusieurs fois, en alternant les retours vers la littérature et l'analyse par plusieurs chercheurs renforce la fiabilité. La place de l'investigateur principal (non impliqué dans l'évaluation et l'accompagnement des étudiantes) ne semble pas avoir interféré dans les réponses des EM, même s'il faut tenir compte de l'impact du double positionnement chercheuse-enseignante dans l'interprétation de ce travail.

Conclusion

La construction de l'IP est un phénomène chargé d'émotions. Devenir SF est une source de satisfaction non négligeable, souvent sous-estimée, mais aussi de puissantes perturbations identitaires. Même si certains éléments offriront peu de prise à la formation, l'enseignant a avant tout un rôle de médiateur à accomplir. Des perspectives s'envisagent pour soutenir les EM dans leur construction identitaire : reconnaître les périodes de rupture, engager précocement les étudiants dans la réflexivité et impliquer tous les acteurs dans une conception partagée de la formation.

Contributions

Laëtitia David a participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'interprétation des résultats, à l'écriture et à la relecture du manuscrit. Eleonore Franck a participé à l'interprétation des résultats et à la relecture du manuscrit. Stéphane Paris a participé à la relecture du manuscrit. Chloé Delacour a participé à la conception du protocole de recherche, à l'interprétation des résultats, à l'écriture et à la relecture du manuscrit.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du mémoire de master 2 de pédagogie en sciences de la santé du Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé à l'Université de Strasbourg.

Approbation éthique

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Strasbourg le 25 mars 2020 sous la référence 389.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Remerciements

Nous tenions sincèrement à remercier les étudiantes en maïeutique qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

Annexe 1: Guide d'entretien.

1-Comment imaginais-tu le métier de sage-femme, avant ton entrée en formation ?

Souvenirs des représentations ?

Peux-tu me raconter comment est né ton désir de devenir sage-femme ? Quand ?

2-Aujourd'hui dans quelle mesure te considères-tu comme une sage-femme professionnelle ? Raconte-moi comment le parcours de formation t'as permis d'en arriver là.

Peux-tu me livrer des situations où tu t'es dit : « ça y est, je suis sage-femme ! » ?

Pourrais-tu me dresser un portrait de toi SF ?

Prise de conscience de son image en tant que professionnel : comment ?

3-Aujourd'hui, comment imagines-tu ta carrière de sage-femme ?

Comment as-tu pris conscience du rôle qui te convient le mieux ?

Attentes ? Buts ?

Comment vois-tu tes relations avec les patients, les autres professionnels ?

Références

- Bélisle M. Perceptions de diplômés universitaires quant aux effets d'un programme professionnalisant et innovant sur leur professionnalisation en contexte de formation initiale [Thèse de doctorat d'université, Sciences de l'éducation]. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, 2011.
- Tardif J. Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation. In: M Poumay, J Tardif, F Georges (sous la direction de). Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur, 2017:15-38.
- Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Diplôme d'État de sage-femme. Bulletin Officiel n°15 du 11 avril 2013. 2013 [On-line] Disponible sur : https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=70987&cbo=1.
- Collectifs des associations et syndicats de sage-femme / Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris : Ordre national des sages-femmes, 2010 [On-line]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>.
- Code de déontologie des sages-femmes. 2021 [On-line]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/.
- Dubar C. La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin, 2015.
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med* 2015;90:718-25.
- Rees CE, Monrouxe LV. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. *Med J Aust* 2018;209:202-3.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med* 2016;91:180-5.
- Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Acad Med* 2015;90:701.
- Jarvis-Selinger S, Pratt D, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med* 2012;87:1185-90.
- Beckers J. Compétences et identité professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine. Bruxelles : De Boeck, 2015.
- Abensur L, Chevalier D. La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement. *Revue Sage-Femme* 2008;7:333-41.
- Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-fletcher A, Slotkin R, *et al.* The becoming: students' reflections on the process of professional identity formation in medical education. *Acad Med* 2015;90:713-7.
- Boudreau JD, Macdonald ME, Steinert Y. Affirming professional identities through an apprenticeship: insights from a four-year longitudinal case study. *Acad Med* 2014;89:1038-45.
- Kay D, Berry A, Coles NA. What experiences in medical school trigger professional identity development? *Teach Learn Med* 2019;31:17-25.
- Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GRL, Lee K, Holmes CL. Understanding professional identity formation in early clerkship: a novel framework. *Acad Med* 2019;94:1574-80.
- Sawatsky AP, Santivasi WL, Nordhues HC, Vaa BE, Ratelle JT, Beckman TJ, *et al.* Autonomy and professional identity formation in residency training: a qualitative study. *Med Educ* 2020;54:616-27.
- Nieuwenhuijze MJ, Thompson SM, Gudmundsdottir EY, Gottfreðsdóttir H. Midwifery students' perspectives on how role models contribute to becoming a midwife: a qualitative study. *Women Birth* 2020;33:433-9.

20. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
21. Côté L, Perry G, Cloutier P-H. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale* 2013;14:241-53.
22. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med* 2014;89:550-4.
23. Hatem DS, Halpin T. Becoming doctors: examining student narratives to understand the process of professional identity formation within a learning community. *J Med Educ Curric Dev* 2019;6:2382120519834546.
24. Fregonese C. La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel [Thèse de doctorat d'université, sciences de l'éducation]. Toulouse : Université Toulouse le Mirail, 2016.
25. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med* 2014;89:1446-51.
26. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: general principles. *Med Teach* 2019;41:641-9.
27. Joseph K, Bader K, Wilson S, Walker M, Stephens M, Varpio L. Unmasking identity dissonance: exploring medical students' professional identity formation through mask making. *Perspect Med Educ* 2017;6:99-107.
28. Green MJ. Comics and Medicine: Peering into the process of professional identity formation. *Acad Med* 2015;90:774-9.
29. Sternszus R, Boudreau JD, Cruess RL, Cruess SR, Macdonald ME, Steinert Y. Clinical teachers' perceptions of their role in professional identity formation. *Acad Med* 2020;95:1594-9.
30. Bourdieu P. L'illusion biographique. *Actes Rech En Sci Soc* 1986;62:69-72.

Citation de l'article : David L, Franck E, Paris S, Delacour C. Construction de l'identité professionnelle des étudiants en maïeutique : une étude exploratoire qualitative. *Pédagogie Médicale* 2021;22:57-65