

Retour d'expérience sur l'introduction du service sanitaire des étudiants en santé dans la formation de maïeutique en France. Étude exploratoire des perceptions des enseignantes

Experience feedback on the introduction of the health service for students in maieutic training in France. Exploratory study of teachers' perceptions

Céline MAHIEU^{1,2,*} 

¹ Département des études de sage-femme, Centre hospitalier universitaire de Rouen et Université de Rouen Normandie, Rouen, France

² Centre interdisciplinaire de recherche normand en éducation et formation (UR 7454), École doctorale ED 556 Homme, Sociétés, Risques, Territoire, Université de Rouen Normandie, Rouen, France

Manuscrit reçu le 29 octobre 2019 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 19 novembre 2021 et le 26 février 2022 ; accepté pour publication le 28 février 2022

Résumé – Contexte : L'introduction en France du service sanitaire dans les formations des étudiants en médecine, soins infirmiers, kinésithérapie, maïeutique, odontologie et pharmacie date de juin 2018. Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) correspond à un enseignement théorique et pratique en interprofessionnalité de promotion et éducation pour la santé (EPS). **But :** Rapporter un retour d'expérience sur l'introduction du SSES dans le cadre des études de maïeutique. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative associant l'analyse de contenu de dix entretiens auprès d'enseignantes et directrices d'école de sages-femmes et de maquettes pédagogiques. **Résultats :** Les interviewées relatent des difficultés d'organisation. L'analyse des maquettes pédagogiques montre de grandes différences de réingénierie. La difficulté et la force du SSES résideraient dans l'interprofessionnalité. La majorité des interviewées perçoivent le SSES comme un moyen de sensibiliser les étudiants en santé à la posture d'écoute, éducative et éthique vis-à-vis des usagers. **Conclusion :** Alors que le gouvernement met en exergue l'enjeu de prévention auprès de publics cibles à l'occasion du SSES, les enseignantes n'en ont pas cette représentation. Elles le voient davantage comme un outil d'apprentissage permettant de sensibiliser les futurs professionnels de santé à réaliser de manière adaptée de l'EPS dans leurs missions et à travailler en collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, l'introduction du SSES a généré des inquiétudes et une surcharge de travail. Cependant, les enseignantes ont adopté cette prescription politique en l'adaptant en fonction des contraintes au niveau de leur environnement de travail.

Mots clés : service sanitaire, éducation pour la santé, interprofessionnalité, enseignants, maïeutique

Abstract. Background: The introduction of health service in the training of students in medicine, nursing, physiotherapy, midwifery, odontology and pharmacy, dates from June 2018. The health service corresponds to a theoretical and practical teaching in interprofessionality of promotion and education for health. **Goal:** The aim of this study is to provide feedback on the introduction of the health service in the framework of midwifery studies. **Method:** This is a qualitative study combining content analysis of ten interviews with midwifery teachers and directors and pedagogical models. **Results:** The interviewees reported organizational difficulties. The analysis of the educational models shows great differences in reengineering. The difficulty and strength of the health service lies in interprofessionality. The majority of the interviewees perceive the SSES as a means of making health students aware of the need to listen to users in an educational and ethical manner. **Conclusion:** While the government emphasizes the prevention aspect of the health service for target audiences, the interviewees do not see it in this way. They see it more as a tool for learning through action that can help to raise awareness among future health professionals of how to carry out education for health in an appropriate manner

*Correspondance et offprints: Céline MAHIEU, 216 Route de Dieppe, 76250 Déville-lès-Rouen. Mailto: celin.mahieu@gmail.com.

and to work in interprofessional collaboration. On the other hand, the introduction of the health service has generated concerns and work overload. However, the interviewees adopted this policy prescription by adapting it to the constraints of their work environment.

Key words: health service, health education, interprofessionalism, midwifery teachers

Introduction

Cet article traite de la mise en place récente, en juin 2018, du service sanitaire des étudiants en santé (SSES), tel qu'il a été organisé en France pour les étudiants en santé. Des regards critiques et des questionnements ont émergé quant à ses finalités et son organisation. Ce travail de recherche a pour objectif de répondre en partie à ces questionnements. Peu de publications scientifiques existent à ce sujet bien que le Haut conseil de la santé publique (HCSP) ait été missionné pour évaluer les effets du SSES sur les formations, les étudiants, les enseignants, au regard des objectifs de prévention et de promotion de la santé, et pour analyser les freins et facteurs de réussite de sa mise en œuvre. Le compte-rendu d'évaluation intermédiaire est paru en 2021 [1]. Dès 2018, nous avons fait l'analyse qu'il était utile d'entreprendre un travail de recherche sur les conditions et les effets de la mise en œuvre du SSES, les professionnels ayant été appelés à modifier leurs pratiques. De façon spécifique, nous avons entrepris un travail de recherche sur les représentations des sages-femmes (SF) enseignantes et directrices au sujet du SSES. La présente contribution présente les résultats obtenus dans ce cadre en 2019.

Contexte et problématique

Le service sanitaire des étudiants en santé

Depuis 2018, l'Etat français a décidé d'orienter sa politique de santé sur la prévention en mettant en œuvre un plan national de santé publique, dont l'un des axes concernait un plan priorité prévention. Dès 2017, le chef de l'Etat avait exprimé son souhait de créer un SSES afin de faire participer les étudiants en santé à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé (EPS) de la population.

La mise en œuvre du SSES répond à plusieurs objectifs : sensibiliser les futurs professionnels de santé à la promotion de la santé et à la démarche de projet en EPS ; sensibiliser ces professionnels au travail collaboratif en interprofessionnalité. En effet, il n'existe pas, en France, de métier « d'éducateur pour la santé » à part entière. C'est donc à chaque acteur de santé que revient le rôle de promouvoir la santé. En outre, le SSES a pour objectif de contribuer à la promotion de la santé auprès des usagers et tout particulièrement de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en santé sur des thématiques de santé prioritaires.

À partir de quelques expérimentations, Vaillant *et al.* ont élaboré un rapport sur les modalités de mise en place du SSES [2]. Puis un décret et un arrêté, parus en juin 2018

[3,4], ont prescrit l'introduction, dès septembre 2018, du SSES dans les cursus des étudiants en médecine, pharmacie, maïeutique, odontologie, kinésithérapie et soins infirmiers, en indiquant qu'il devait inclure une formation théorique et pratique en interprofessionnalité.

En termes de dispositif de formation, il est prévu que les étudiants soient mélangés pour réaliser des actions en petit groupe auprès de publics cibles. Différents terrains de stage sont possibles [4] ; « 75 % des actions du SSES réalisées en 2019 ont eu lieu au sein d'établissements d'enseignement relevant de l'Éducation Nationale » [1].

Le SSES vaut au moins cinq *European Credits Transfer System* (ECTS), tout en conservant un nombre constant d'ECTS dans le cursus de formation. Une année d'études contient soixante ECTS. Un ECTS équivaut à trente heures de travail étudiant. L'arrêté recommande un positionnement spécifique des ECTS du SSES pour chaque formation. Concernant la maïeutique, la place du stage est en quatrième année. La transmission des contenus académiques et l'accompagnement du stage peuvent être répartis sur deux années consécutives.

Les objectifs du SSES renvoient à des concepts en matière de formation, tels que l'EPS et l'acquisition de compétences qui y sont reliées ou l'interprofessionnalité.

Éducation pour la santé et acquisition de compétences

L'EPS est au cœur de la dimension politique du projet de SSES pour la formation aux métiers du soin.

Il existe une distinction entre éducation « à » la santé et éducation « pour » la santé. La préposition « à » exprime une direction et dans ce cas l'éducation est un outil qui permet d'orienter vers la santé alors que la préposition « pour » renvoie au but visé et établit un lien entre l'acte d'éduquer et la santé [5]. Cependant, la plupart des auteurs ne font aucune différence entre « éducation à la santé » et « EPS ». De ce fait, les deux formulations sont utilisées dans cette étude sans renvoyer spécifiquement à l'une ou l'autre des deux conceptions.

L'EPS « comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes » [6]. Elle se déploie dans la globalité d'une démarche de projet [7]. L'EPS est une des stratégies de prévention et de promotion de la santé. Cette dernière correspond à un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » [8].

L'EPS peut être effectuée par tous les acteurs de santé, que ce soient les professionnels des secteurs sanitaire, social ou de l'éducation. D'ailleurs, l'éducation nationale prévoit des temps d'éducation à la santé sur différentes thématiques telles que les compétences psycho-sociales, l'éducation à la vie affective et sexuelle, entre autres [9–11].

Les approches éducatives ont évolué avec le temps même si, actuellement, différentes manières d'enseigner cohabitent souvent, en lien avec des traditions et des héritages respectifs. Selon les auteurs, différentes approches de l'EPS, biomédicale, éducative et socio-écologique, concourent à un objectif commun : la santé des usagers. Elles se réfèrent à des cadres méthodologiques différents qui se complètent, génèrent parfois des tensions, voire s'opposent [12]. La pédagogie centrée sur la transmission a pour objectif de délivrer des informations afin que l'utilisateur adopte un comportement favorable pour la santé. Des approches prescriptives et behavioristes exposent les risques de certains comportements en véhiculant le message d'en éviter certains. Des dérives ont été constatées. Certains médecins généralistes délivraient des messages de prévention à leurs patients avec des propos violents et effrayants [13]. Parfois, des approches de l'ordre de la manipulation ont été utilisées en influençant de façon indirecte une prise de décision. Bloy, en réaction contre ces courants, préconise une intervention brève ou, mieux encore, un entretien motivationnel en laissant au patient le libre choix, l'autonomie pour l'aider à devenir acteur de sa santé [13]. L'éducateur de santé peut également utiliser des stratégies pédagogiques appropriées pour être davantage dans l'échange avec l'utilisateur ou le groupe d'utilisateurs, en recourant par exemple à des approches d'inspiration constructiviste ou socio constructiviste. Des études anglo-saxonnes et des expériences françaises d'interventions en EPS faisant intervenir des pairs montrent que, lorsque des jeunes parlent à des jeunes, c'est à dire lorsque des étudiants en santé s'expriment auprès de jeunes lycéens ou collégiens, ces derniers se sentent plus à l'aise et plus ouverts pour recevoir des messages de prévention, échanger et partager des expériences, et se comprendre mutuellement. En France, certains enseignants ou intervenants experts dénoncent parfois les limites de cette approche. Ils évoquent par exemple le fait que prendre de la distance sur une expérience également vécue soi-même n'est pas aisé ou encore que les pairs ne détiennent pas toujours un savoir expert. C'est pourquoi les actions menées par les pairs ne se substituent pas aux autres stratégies de prévention. Ces différentes stratégies sont complémentaires. De plus, les pairs qui interviennent en EPS ont besoin de référents experts [14].

Selon le référentiel de compétences publié en 2013 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, réaliser des actions d'EPS nécessite l'acquisition de onze compétences spécifiques [15], qui correspondent aux « capacités générales permettant de gérer globalement une situation » [16]. Le SSES doit permettre aux étudiants en santé de les renforcer. C'est pourquoi il correspond désormais à l'une des unités d'enseignement (UE) de leur

parcours de formation. En l'occurrence, en lien avec la perspective de l'apprentissage expérientiel de Dewey (*learning by doing*), plusieurs auteurs soulignent l'importance du stage pour l'apprentissage [16,17].

La complexité de la mise en œuvre et de l'organisation du SSES suppose le partage de compétences grâce à l'intervention conjointe d'une diversité de professionnels en interprofessionnalité.

La perspective de l'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité se rapporte aux interactions que développent entre eux des acteurs de plusieurs professions qui ont chacune leur champ spécifique de savoirs académiques et professionnels [18]. Le préfixe « inter » signifie qu'il existe une interaction entre les professionnels ainsi qu'un effort de décloisonnement tout en maintenant de manière indépendante des compétences et des savoirs qui leur sont propres. La notion d'interprofessionnalité sous-entend un partage, voire un idéal de collaboration, au sens où il s'agit de travailler ensemble avec un sens commun.

L'Organisation mondiale de la santé a incité les décideurs politiques et les organismes de formation des professionnels de santé à agir en faveur d'une intégration de l'interprofessionnalité et de la pratique collaborative en formation initiale des acteurs de santé [19]. Sous certaines conditions, l'enseignement théorique et pratique en interprofessionnalité peut favoriser le développement de futures relations professionnelles basées sur le partage, la communication et l'engagement mutuel [20]. L'individu se construit une identité professionnelle au travers de son propre regard sur la profession, mais aussi au travers du regard d'autrui et des autres professionnels [21]. Cette construction identitaire est multiple. Ainsi, l'enseignement et le travail en interprofessionnalité permettraient aux individus concernés de se découvrir et favoriseraient une reconnaissance réciproque de la profession de chacun. De fait, on observe que la pratique collaborative entre les usagers et les professionnels de santé se développe, y compris dans la formation des futurs professionnels de santé. Il semble que cette collaboration soit autant profitable aux patients qu'aux étudiants et professionnels de santé [22]. Ainsi, ils complètent mutuellement leurs savoirs puisque les patients apportent un savoir expérientiel et les étudiants un savoir académique.

Dans le contexte de la mise en place récente du SSES en France, il est opportun de rapporter des retours d'expérience concernant l'introduction et l'organisation des dispositifs de formation concernés, dans une perspective d'analyse réflexive. En l'occurrence, le présent travail, de nature exploratoire, concerne une expérience de SSES développée dans le cadre de la formation de maïeutique. Les sages-femmes (SF) accompagnent en effet les femmes tout au long de la vie, à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et lors des suivis prénatal, perinatal et postnatal. Elles réalisent de fait des activités de prévention, entre autres lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité [23]. Dès lors, la mise au jour

des perceptions de SF enseignantes et de directrices d'écoles de SF à propos du SSES, au regard des bénéficiaires attendus par les pouvoirs publics, semble particulièrement intéressante à documenter.

Objectifs

En lien avec la problématique développée précédemment, la question de recherche est donc la suivante : quelles sont les perceptions des SF enseignantes et directrices concernant la mise en place du SSES ? Cette question était sous-tendue par quatre hypothèses : 1) le SSES semble un outil pédagogique intéressant ; 2) l'interprofessionnalité prescrite amène à développer des relations entre les organismes de formation et entre les étudiants des différentes filières ; 3) la prescription politique du SSES est difficile à mettre en œuvre ; 4) le SSES est une opportunité pour la nation d'augmenter le nombre d'actions de prévention auprès des publics cibles grâce à la participation des étudiants en santé.

Méthodes

En cohérence avec l'objectif de recueillir des perceptions, le choix a été fait d'inscrire l'orientation méthodologique du travail dans le cadre d'une recherche qualitative.

Deux sources de données ont été exploitées :

- d'une part, en tant que source principale, les verbatim d'entretiens individuels conduits auprès de SF enseignantes et de directrices d'écoles de SF ;
- d'autre part, en tant que source complémentaire, lorsqu'elles étaient disponibles, les maquettes pédagogiques des dispositifs de SSES mis en place.

Les entretiens individuels semi-structurés ont été conduits auprès d'un échantillon de disponibilité de dix référents pédagogiques du SSES, qui s'est révélé suffisant pour obtenir une saturation des données. Deux directrices, une directrice adjointe et sept SF-enseignantes, exerçant dans sept écoles différentes (sur 35 écoles existant en France au moment de l'étude) ont été interrogées. Toutes étaient des femmes, six d'entre elles étant titulaires d'un master en sciences humaines et sociales ou en santé publique. Leurs caractéristiques socio-démographiques et professionnelles sont présentées dans le [tableau I](#).

Le guide d'entretien comportait une question d'amorce (« En juin 2018, un arrêté a promulgué l'intégration d'un SSES dans les maquettes pédagogiques des formations en santé dès la rentrée universitaire 2018/2019. Les études de maïeutique sont concernées. J'aimerais connaître votre expérience et votre vécu par rapport à la mise en place du SSES dans la formation des SF »), complétée de quelques questions de relance, concernant les concepts afférents à l'objet de recherche, ayant vocation à être formulées si, spontanément, les points clés n'étaient pas abordés par les personnes interviewées. Cinq entretiens se sont déroulés en présence et cinq autres par téléphone à cause de la distance

géographique. Les entretiens ont été conduits en février et mars 2019. Ils ont été enregistrés et retranscrits en respectant l'anonymat. Ils ont duré entre 30 et 48 minutes.

Les maquettes pédagogiques communiquées par certaines écoles ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Lorsque le document n'était pas disponible, les interviewées concernées étaient interrogées sur l'évolution des maquettes à la suite de la mise en place du SSES dans leur école.

Une analyse de contenu et un regroupement par thématique [24] ont été réalisés à partir des données issues des deux sources. La catégorisation thématique a été effectuée dans une logique mixte délibératoire, en lien d'une part, avec les catégories identifiées dans la revue de la littérature préliminaire et d'autre part, avec des catégories nouvelles ayant émergé à partir de l'analyse des données. Les unités signifiantes ont été encodées au regard des différents thèmes et sous-thèmes en utilisant le logiciel Nvivo®.

Résultats

Les résultats sont présentés au regard de quatre catégories, retenues à l'issue de l'analyse thématique des données.

Le service sanitaire comme outil pédagogique

Les interviewées considèrent le SSES comme une occasion de sensibiliser les futurs professionnels de santé à une posture éducative et à la démarche de projet en EPS.

« Ça leur fait aussi prendre conscience que la posture éducative et pédagogique est pas forcément aussi évidente que ça ». (I 10)

Majoritairement, elles rapportent un enseignement en promotion et EPS perfectible avant l'instauration du SSES.

« L'enseignement en EPS était insuffisant que ce soit au niveau des SF que de l'ensemble des professionnels de santé ». (I 5)

« L'enseignement était plus flou, plus diffus à travers les différentes matières ». (I 10)

Six interviewées sur dix expriment la nécessité de revoir l'enseignement en promotion de la santé et EPS tel qu'il était réalisé jusqu'alors. Dans certaines écoles, cet enseignement avait déjà été renforcé.

« Je pensais qu'il était important et que ce n'était pas forcément dans les textes de 2013 ou de 2011 donc ça a été instauré comme projet pédagogique ». (I 4)

Toutes les interviewées pensent que l'EPS est au cœur du métier de SF.

« Elles vont faire un métier où on passe du temps à délivrer des messages ». (I 8)

Toutes déclarent que le SSES apporte un outil essentiel pour favoriser l'apprentissage de l'EPS : le stage.

« L'important c'est la pratique ». (I 1)

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des personnes interviewées.

Prénoms	Ancienneté SF	Ancienneté SF enseignante	Ancienneté directrice	Diplôme de cadre SF	Master	Mission
Interviewée 1	32	15	NC	oui	non	référente de la promotion concernée par le SSES
Interviewée 2	22	12	NC	oui	oui, éthique	référente des stages
Interviewée 3	22	13	NC	oui	oui, sciences de l'éducation	référente de la promotion concernée par le SSES
Interviewée 4	25	16	7	oui	oui, santé publique	directrice
Interviewée 5	24	1	NC	non	oui, socio-anthropologie de la santé	référente pédagogique du SSES
Interviewée 6	36	27	NC	oui	oui, sciences de l'éducation	référente de la promotion concernée par le SSES
Interviewée 7	30	22	NC	oui	non	référente de la promotion concernée par le SSES
Interviewée 8	36	25	18	oui	oui, école centrale, management	directrice
Interviewée 9	26	15	NC	oui	oui, école centrale, gestion des risques	directrice adjointe
Interviewée 10	19	10	NC	non	oui, sciences de l'éducation	référente de la promotion concernée par le SSES

NC : non concernée ; SF : sage-femme ; SSES : service sanitaire des étudiants en santé.

Le service sanitaire comme renforcement de l'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité impulsée à l'occasion de l'introduction du SSES est un élément important pour les étudiants.

« On n'avait pas beaucoup de choses comme ça pour les faire travailler ensemble ». (I 10)

« Il est important que les professions se connaissent, qu'elles s'enrichissent les unes des autres [...] Lorsque l'on connaît mieux l'autre, on va vers lui, si on ne le connaît pas et bien il ne peut pas faire partie de notre champ ». (I 8)

La mise en place du SSES a généré une mise en relation des formateurs des différents organismes de formation.

« Il a fallu apprendre à se connaître, savoir qu'on a des types de formation très différents, il a fallu négocier, on a fait un travail interdisciplinaire ». (I 6)

Les avis divergent concernant les relations développées entre les organismes de formation.

« Ça a été des réunions où même si ça dure longtemps, c'étaient des réunions à 50 donc tu aperçois qui est qui, mais chacun fait de son côté ». (I 9)

« Nous, on a déjà passé le cap, on est déjà beaucoup en lien avec l'université [...] On est vraiment dans l'universitarisation depuis de nombreuses années ». (I 10)

Un vécu initialement difficile de la prescription politique

L'injonction politique concernant la mise en place du SSES a été perçue comme précipitée et génératrice d'une surcharge de travail.

« Ce que j'ai moins bien accueilli, c'est la temporalité du SSES [...] Tout est dans l'urgence et ce n'est pas une satisfaction [...] J'aurais bien aimé qu'on réfléchisse ». (I 8)

Cette rapidité de mise en application a contraint les responsables et formateurs référents à réaliser une organisation du SSES et une réingénierie des maquettes pédagogiques sans avoir le temps d'effectuer une analyse réflexive méticuleuse.

« On a eu des difficultés, des délais assez courts, j'ai eu l'impression d'avoir couru après le temps tout le temps sans vraiment faire ce que j'avais à faire ». (I 10)

Aucune maquette pédagogique n'est identique (Tab. II). Des différences existent concernant le nombre et la répartition dans le cursus d'ECTS attribués à l'ensemble du SSES. L'interprofessionnalité n'est pas instaurée de la même façon. Certains stages sont discontinus, d'autres continus. Les équipes pédagogiques n'ont pas « touché » aux mêmes UE pour libérer des ECTS pour le SSES. Trois écoles sur sept ont dérogé aux textes réglementaires en plaçant le stage une année voire deux années plus tôt que prévu. Les écoles ont choisi de prévoir le stage sur l'année du cursus qui leur paraissait la moins chargée. La majorité des stages s'est déroulée dans l'éducation nationale.

Les interviewées décrivent des différences entre les régions concernant le pilotage régional du SSES. Certaines, percevant leur politique régionale insuffisamment investie, le regrettent.

« Aucune structure de formation ne pourrait imposer à d'autres de changer leur organisation [...] Il faudrait une autorité qui dit voilà, c'est comme ça, pas autrement ». (I 9)

Un fois l'organisation du SSES élaborée, les interviewées adhèrent à la prescription politique.

Tableau II. Intégration du service sanitaire des étudiants en santé dans les maquettes pédagogiques.

SF interviewées	Nombre d'ECTS pour l'ensemble du service sanitaire	Nombre d'ECTS pour la théorie	Année du cursus concernée par la théorie	Interprofessionnalité dans la théorie	Nombre d'ECTS pour le stage	Année du cursus concernée par le stage	Interprofessionnalité dans le stage	Stage continu ou discontinu	À la place de quelle(s) UE ?
Interviewées 1 et 2	0	0	4 ^e	non	0 (mais 10 jours de stage)	4 ^e	non	discontinu	aucune
Interviewée 3	7	5 (en transversal)	3 ^e	non	2	4 ^e	non	continu	transversal pour la théorie et inconnu pour le stage
Interviewée 4	5	4	3 ECTS en 3 ^e et 1 ECTS en 4 ^e	oui avec les étudiants pharmaciens	1	4 ^e	oui avec les étudiants pharmaciens	discontinu	inconnu
Interviewées 5 et 6	3	0 (mais 12 h de cours)	3 ^e	oui avec les étudiants en médecine, kinésithérapie, soins infirmiers	3	3 ^e	oui avec les étudiants en médecine, kinésithérapie, soins infirmiers	discontinu	3 stages amputés d'un ECTS
Interviewées 7	5	3	3 ^e	oui avec les étudiants en médecine, pharmacie, kinésithérapie, soins infirmiers	2	3 ^e	oui avec les étudiants en médecine, pharmacie, kinésithérapie, soins infirmiers	continu	santé publique, agents infectieux, autres systèmes, UE libres
Interviewées 8 et 9	5	2	3 ^e	oui avec les étudiants en médecine, kinésithérapie, soins infirmiers	3	4 ^e	non	discontinu	obstétrique, gynécologie
Interviewée 10	6	5	2 ^e	oui avec les étudiants en médecine, pharmacie, kinésithérapie	1	2 ^e	oui avec les étudiants en médecine, pharmacie, kinésithérapie	discontinu	santé publique, agents infectieux, reins et voies urinaires, autres systèmes, appareil cardio-respiratoire, sciences humaines et sociales

SF : sage-femme ; ECTS : European Credits Transfer System ; UE : Unité d'enseignement.

« *Finalement c'est quelque chose de sensé et ça fait sens dans notre maquette en fait* ». (I 3)

Des avis divergents concernant les bénéfiques pour les usagers

Une partie de l'échantillon pense que le SSES apporte des bénéfiques complémentaires aux actions déjà menées en EPS.

« *Je pense que ça peut permettre de toucher des populations qui n'ont pas accès à certaines formes de prévention* ». (I 5)

Les SF mettent en exergue les avantages de la prévention entre pairs.

« *Je pense que le fait d'être entre jeunes, des étudiants, il peut y avoir un apport différent que si c'est des enseignants* ». (I 6)

Le stage apparaît comme une opportunité pour les usagers de découvrir les différentes professions de santé.

« *C'est la présentation des professions au public cible quel qu'il soit, qui leur permette de connaître plus justement les professions avec leurs compétences* ». (I 4)

Cependant, certaines critiques sont exprimées :

Une première crainte concerne le manque de maturité et d'expertise des étudiants.

« *J'avais un peu de craintes en me disant est-ce qu'ils sont peut-être un peu jeunes, ils ne savent pas tout [...] La crainte que j'avais, c'était leur expertise [...] On envoie faire de la prévention par des gens qui n'ont pas fini leurs études, qui ne savent pas tout, qui n'ont pas beaucoup d'expérience* ». (I 6)

La condition pour que les actions se passent bien réside dans un accompagnement des étudiants en stage.

« *Il est important qu'il y ait un encadrement par des gens compétents et experts qui pourront reprendre un certain nombre de notions qui pourraient être dites et qui ne seraient pas exactes* ». (I 4)

Certaines interviewées craignent que le SSES se substitue aux actions habituellement réalisées par des professionnels de santé ou des associations.

« *Si c'est pour supprimer ou ne pas continuer ou remettre en avant des actions de prévention sur ces publics-là, ce serait dangereux* ». (I 10)

Elles insistent sur le fait que l'EPS ne peut être efficace que si la démarche s'inscrit dans la durée.

« *Si l'action n'est pas suivie, bah je pense que les objectifs pour la population ne seront pas atteints* ». (I 3)

Une réserve est émise en ce qui concerne la confidentialité des données recueillies lors des actions.

« *On va aller questionner des populations fragiles sur des thématiques potentiellement anxiogènes ou spécifiques, il faudra faire attention peut-être dans le questionnaire, c'est des mineures* ». (I 9)

Certaines soulignent le manque de reconnaissance du service rendu par les étudiants lors du SSES.

« *Même si, je ne sais pas, on peut dire avec leur niveau de formation, on trouve que peut-être, le service a été modeste, c'est un investissement, c'est du boulot, c'est des trajets pour eux, c'est de l'argent, c'est du temps sur leurs révisions* ». (I 1)

Discussion

Les résultats produits dans le cadre de cette recherche qualitative exploratoire apportent des éléments intéressants à prendre en considération dans la perspective d'une meilleure compréhension des différences d'appropriation du SSES dans les organismes de formation. En lien avec les données disponibles dans la littérature, ils permettent d'apporter des éléments de réponse à la question de la recherche et d'examiner les hypothèses formulées

Le SSES a été présenté par le gouvernement avec un objectif explicite de sensibilisation à la promotion de la santé des futurs professionnels de santé. C'est en l'occurrence le premier enjeu perçu par l'ensemble des interviewées. Elles considèrent le SSES comme un outil d'apprentissage par l'action, permettant de sensibiliser les futurs professionnels de santé, et notamment les SF qui tiennent un rôle prépondérant dans la prévention et la promotion de la santé.

Le SSES est une occasion de sortir les étudiants des stages hospitaliers principalement tournés vers les actes techniques. Il permet aux étudiants de découvrir une des missions importantes de la SF : la promotion de la santé et l'EPS. C'est également l'occasion de travailler leur posture relationnelle.

Malgré leur intérêt pour ces nouvelles pratiques, les interviewées posent un regard critique sur l'enseignement en EPS tel qu'il est recommandé dans les arrêtés relatifs à la formation de SF. Elles décrivent un enseignement essentiellement transversal et considèrent qu'il était nécessaire de le renforcer.

Il a fallu attendre 2013 pour qu'un référentiel de compétences en EPS soit élaboré en France [15]. L'interviewée n°1 critique la façon dont les professionnels de santé réalisent l'EPS. Elle décrit une prévention « *verticale* » et « *prescriptive* ». Or, c'est l'opposé de ce qui est recommandé dans le référentiel de compétences en EPS. Cependant, les actuels professionnels de santé n'ont pas bénéficié d'une formation initiale prenant en considération le référentiel de compétences en EPS puisque les référentiels de formation ont été élaborés en amont. Le SSES, correspondant à un enseignement en promotion et EPS, permet d'apporter un début de réponse à cet égard.

À notre connaissance, aucun autre pays que la France n'a introduit d'obligation de formation à la promotion de la santé dans le cadre du cursus régulier de toutes les formations en santé. Seuls certains organismes de formation sont à l'origine d'un tel programme. Par exemple, à

l'Université des Emirats Arabes, un enseignement spécifique à la promotion de la santé, comportant des cours magistraux et un travail de groupe rédactionnel, a été instauré pour les étudiants de médecine [25].

Le SSES français présente deux éléments supplémentaires : l'interprofessionnalité et le stage. D'ailleurs, les interviewées pensent que l'apprentissage par le stage est un élément positif. Elles insistent sur l'importance d'un apprentissage des compétences en EPS par l'action. De nombreux auteurs précisent d'ailleurs l'importance des stages en formation afin de préparer aux missions professionnelles [16,17].

Tout l'ensemble de ces données accrédite la première hypothèse sur l'intérêt que porte les SF enseignantes sur le SSES.

Le SSES pourrait contribuer à faire évoluer les représentations de la société quant au métier de SF puisque « la compétence est [...] nommée/reconnue socialement » [16]. En effet, jusqu'en 2009, les SF françaises n'assuraient que le suivi des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés. Depuis, leurs compétences se sont élargies au suivi gynécologique de prévention et aux interruptions volontaires de grossesse. Ces récentes compétences sont encore très peu connues de la société. Ainsi, les interviewées pensent que le SSES pourraient contribuer à « sortir de la SF accoucheuse » pour reprendre les propos de l'interviewée n°2.

Par ailleurs, le décloisonnement des professionnels, l'interprofessionnalité, permettraient d'obtenir une meilleure efficacité de travail [26]. Selon les interviewées, grâce à l'identification des compétences de chaque professionnel lors du stage, les étudiants apprendraient à se respecter. Cela permettrait de créer des conditions plus favorables pour travailler ensemble. D'ailleurs, l'EPS devrait se réaliser en collaboration au sein d'un réseau d'acteurs de santé.

La deuxième hypothèse de l'étude supposait que les relations entre les organismes de formation se seraient développées à l'occasion du SSES. Les interviewées tiennent des discours différents. Il convient de prendre en compte l'existence préalable de relations entre eux et l'application de l'interprofessionnalité pour le SSES dans la région concernée. Deux types de coopération entre professionnels existent : une coopération faible lorsque les professionnels sont amenés à travailler entre eux de manière prescrite, et une forte, lorsque les professionnels coopèrent spontanément [27]. Tout se passe comme si l'introduction du SSES ne faisait que révéler des rapports professionnels déjà en place. Il est peut-être trop tôt pour se prononcer sur les effets de l'interprofessionnalité sur une transformation des relations entre les formateurs et entre les futurs professionnels suite à la mise en œuvre du SSES.

Concernant le vécu de la prescription politique du SSES, les interviewées décrivent des sentiments de précipitation et d'appréhension ainsi qu'une surcharge de travail, ce qui documente la difficulté de mise en œuvre présentée en troisième hypothèse. Le HCSP précise : « Le temps de travail nécessaire à la mise en œuvre du SSES s'élèverait à un personnel à mi-temps pour 100 étudiants »

[1]. Les interviewées ont évoqué d'importantes contraintes organisationnelles. Le même constat est relaté au niveau national : « L'ingénierie pédagogique s'est avérée chronophage et complexe. La complexité est liée à la dimension interprofessionnelle, aux contraintes pédagogiques et de planning de chaque cursus » [1]. Dans l'échantillon de l'étude, personne ne s'est opposé complètement au SSES. En revanche, les interviewées l'ont critiqué et l'appliquent parfois différemment de ce que l'arrêté prévoit. À l'échelle nationale, existent des « disparités interrégionales d'organisation et d'offre pédagogique dans chaque filière » [1]. Les organismes de formation en santé se sont ainsi appropriés la prescription en l'adaptant à leurs contraintes.

La dernière hypothèse considérait que les SF se représenteraient le SSES comme un moyen de réaliser de l'EPS auprès des publics cibles, qui sont les usagers concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé sur des thématiques de santé prioritaires. C'est l'un des objectifs annoncés par le gouvernement. Or, les interviewées ont émis des réserves. Certaines le perçoivent comme un « vœu pieux » et craignent que le SSES ne se substitue aux actions des professionnels de santé ou des associations. Néanmoins, elles évoquent l'avantage de l'approche entre pairs, à condition qu'un référent de proximité accompagne le groupe d'étudiants. De plus, le manque de reconnaissance du « service rendu par les étudiants » auprès des usagers est critiqué. Existerait-il une volonté politique implicite de réduire les dépenses sociales avec l'intervention des étudiants en santé lors du SSES et en décloisonnant les savoirs avec l'essor de l'interprofessionnalité dans les formations ? Depuis 2020, les frais de transport des étudiants de médecine, pharmacie, odontologie ou maïeutique, sont pris en charge pour se rendre sur les lieux de stage de SSES [28].

Certains éléments méthodologiques contribuent à la crédibilité et à la fiabilité des résultats et des conclusions de notre étude. Ainsi, le fait d'avoir interrogé à la fois des SF enseignantes et des directrices d'écoles de SF, d'une part, l'examen de deux sources de données (les verbatim des entretiens et les maquettes pédagogiques), de l'autre, peut être versé au crédit d'une triangulation.

En revanche, il convient d'admettre certaines faiblesses. La saturation des données qui a été assurée dans le cadre de nos entretiens doit ainsi être mise en balance avec le fait que nous avons recouru à un échantillon de disponibilité, recruté en outre dans seulement sept écoles de SF, dont il n'est pas possible d'assurer qu'elles reflètent l'ensemble des caractéristiques contextuelles des 35 écoles de SF en France. De ce fait, il n'est pas possible de garantir totalement la transférabilité des résultats.

Nonobstant ces limites, qu'il est possible toutefois de relativiser compte tenu du caractère exploratoire de l'étude, les résultats produits fournissent d'ores et déjà des pistes d'amélioration des dispositifs pédagogiques concernés. Ils ouvrent par ailleurs des perspectives pour conduire une recherche complémentaire de plus grande ampleur, qui pourrait déboucher sur une enquête systématique sollicitant l'ensemble des formateurs en santé concernés sur le territoire national.

Conclusion

Alors que le gouvernement met en exergue l'enjeu de la prévention auprès de publics cibles à l'occasion du SSES, les enseignantes sollicitées dans le cadre de cette étude n'en ont pas cette représentation. Elles le voient davantage comme un outil d'apprentissage permettant de sensibiliser les futurs professionnels de santé à réaliser de manière adaptée des actions d'EPS dans leurs missions et à travailler en collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, l'introduction du SSES a généré des inquiétudes et une surcharge de travail. Cependant, les enseignantes ont adopté cette prescription politique en l'adaptant en fonction des contraintes au niveau de leur environnement de travail. Ces données participent à la mise à disposition pour la communauté des formateurs concernés d'un premier diagnostic sur la mise en œuvre du SSES ainsi que des conditions propices pour que les finalités poursuivies soient atteintes. À terme, il serait pertinent de reproduire cette étude avec une perspective longitudinale pour constater l'évolution des représentations et d'évaluer les effets du SSES sur les pratiques des futurs professionnels de santé avec leurs patients en promotion de la santé et EPS.

Contribution

Cet article a été élaboré par l'auteure à partir d'un mémoire soutenu pour l'obtention d'un master en sciences de l'éducation, parcours « Ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique », en juillet 2019, à l'Université de Rouen Normandie (France).

Liens d'intérêts

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Remerciements

Je souhaite remercier Emmanuelle Annot, professeur des universités à l'Université de Rouen Normandie, pour ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail de recherche.

Références

1. Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé. Rapport intermédiaire. Haut Conseil de la Santé Publique (Avis et Rapports), 2021 [On-line] Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>.
2. Vaillant L, Bensadon AC, Siahmed H, Gicquel R. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé (Rapport), 2018 [On-line] Disponible sur : <https://www.vieublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000110.pdf>.
3. Décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. Journal officiel de la République française 2018(n°0134) [On-line] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024>.
4. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal officiel de la République française 2018;(n°0134) [On-line] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037051110/>.
5. Eymard C. Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Questions vives : éduquer à ou pour la santé. Quels enjeux pour la formation et la recherche ? Questions vives 2004;2(5):13-34.
6. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int 1998;13:349-64.
7. Green L, Kreuter M. Health Program Planning: an educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw-Hill, 2005.
8. Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986. [On-line] Disponible sur : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
9. Fortin J. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Paris : Hachette Education, 2008.
10. Berger D, Bernard S, Wafo F, Hrairi S, Balcou M, Carvalho GS. Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays. Carrefours de l'éducation 2012;32:81-103.
11. Jourdan D, Pic I, Aublet-Cuvelier B, Berger D, Lejeune M-L, Laquet-Riffaud A, *et al.* Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. Santé Publique 2002;14:403-23.
12. Descarpentries J. L'éducation à la santé entre savoir et pouvoir. Paris : L'Harmattan, 2020.
13. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. Sci Soc Sante 2015;33:41-66.
14. Dujardin F, Jamouille P, Sandron L. La pair-aidance dans les domaines de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. L'Observatoire 2017;92:3-66.
15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Référentiel de compétences en éducation pour la santé, 2013 [On-line]. Disponible sur : https://www.promosante-idf.fr/sites/default/files/referentiel_de_competences_en_education_pour_la_sante_mars_2013_0.pdf.
16. Wittorski R. De la fabrication des compétences. Education Permanente 1998;135:57-69.
17. Miettinen R. The concept of experiential learning and John Dewey's theory of reflective thought and action. International Journal of Lifelong Education 2000;19: 54-72.
18. Hatano-Chalvidan M. Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? Forum (Genova) 2016;148:8-16.
19. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health 2010;39(Suppl 1):196-7.
20. Aiguier G, Poirette S, Pélissier M-F. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. J Int Bioéthique Ethique Sci 2016;27:91.
21. Ricoeur P. Parcours de la reconnaissance. Paris : Stock, 2004.

22. Vanier M-C, Flora L, Lebel P. Un professionnel de santé qui exerce une pratique collaborative en partenariat avec le patient. In: Pelaccia T (Sous la direction de). Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé. Louvain-la-Neuve: De Boeck, 2016: 74-104.
23. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité: enquête auprès des sages-femmes françaises. Santé Publique 2014;26:591-602.
24. Bardin L. L'analyse de contenu (5^e éd.). Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
25. Kershaw G, Grivna M, Elbarazi I, AliHassan S, Aziz F, Al Dhaheer AI. Integrating public health and health promotion practice in the medical curriculum: a self-directed team-based project approach. Front Public Health 2017;5:193.
26. Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Paris : ESF éditeur, 2016.
27. Zarifian P. Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle (1^{re} éd.). Paris : Presses Universitaires de France, 1996.
28. Arrêté du 29 juin 2020 modifiant l'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal officiel de la République française 2020;(n°0161) [On-line]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000042066688>.

Citation de l'article : Mahieu C. Retour d'expérience sur l'introduction du service sanitaire des étudiants en santé dans la formation de maïeutique en France. Étude exploratoire des perceptions des enseignantes. Pédagogie Médicale, 2022;23;97-106.