



HAL
open science

**L'approche du corps par les étudiants sages-femmes :
enquête menée en 2015 auprès des étudiants de
DFGSMa2 et 3 de l'école de Nancy**

Lucie Laprée

► **To cite this version:**

Lucie Laprée. L'approche du corps par les étudiants sages-femmes : enquête menée en 2015 auprès des étudiants de DFGSMa2 et 3 de l'école de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870337

HAL Id: hal-03870337

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870337>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

L'approche du corps par les étudiants sages-femmes
Enquête menée en 2015 auprès des étudiants de DFGSMa2 et
3 de l'école de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

Lucie LAPREE

Directeur de mémoire : Galliot Laurence, sage-femme enseignante à l'école de Nancy

Année de la soutenance : 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*L'approche du corps par les étudiants sages-femmes
Enquête menée en 2015 auprès des étudiants de DFGSMa2 et
3 de l'école de Nancy*

Mémoire présenté et soutenu par

Lucie LAPREE

Directeur de mémoire : Galliot Laurence, sage-femme enseignante à l'école de Nancy

Année de la soutenance : 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement :

Madame Laurence Galliot, sage-femme enseignante, pour avoir accepté la direction de mon mémoire, pour son soutien, sa patience et ses précieux conseils.

Mme Emmanuelle Roy, psychologue clinicienne, pour son soutien, son expertise, sa motivation et son implication.

Tous les étudiants sages-femmes qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires de mémoire, sans leur participation mon travail aurait été impossible

Ma famille, mes amis, camarades de promotion et collègues pour leur soutien tout au long de ce travail de recherche et au cours de ces cinq et deux années d'études.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE	11
1. NOTRE ETUDE :	11
RESULTATS	13
2. RESULTATS DE L'ETUDE	13
DISCUSSION.....	25
3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	25
4. LIMITES DE L'ETUDE ET PROPOSITION.....	29
5. OUVERTURE DU SUJET.....	32
CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES MATIERES	36
ANNEXES	38
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE LA POPULATION DFGSMA2	3
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DE LA POPULATION DFGSMA3.....	5
ANNEXE III : RESULTATS	3

INTRODUCTION

Les compétences de la profession de sage-femme ne cessent de s'accroître, amenant notre métier à nous rapprocher de la femme à tout âge. Les sages-femmes assurent le suivi gynécologique physiologique de la femme et sont avant tout présentes lors du carrefour de la vie d'une femme et d'un couple : la grossesse et l'accouchement.

La pratique de ce métier nous apprend tous les jours que le soin est une clé. Un soin qui se doit d'être global et précis à la fois. La précision se trouve dans l'examen clinique. Il est primordial dans notre pratique médicale puisqu'il nous permet d'orienter notre diagnostic. Il n'est pour autant pas insignifiant, particulièrement pour la sage-femme où l'exploration du corps humain est dirigée vers les sphères intimes.

La question de l'approche du corps et de l'intimité doit se poser pour les apprentis professionnels de santé que sont les ESF (étudiants sages-femmes). Ils sont en effet plongés dans l'exercice clinique dès le début de leurs études. Il leur faut d'une part apprendre la technicité du métier et d'autre part faire un travail émotionnel pour oublier sa pudeur, sa gêne et parfois même son dégoût. Comment vivent-ils ces expériences dans leur pratique quotidienne face aux patientes ?

Dans le langage courant, le mot « soin » signifie se préoccuper ou faire attention à quelqu'un ou quelque chose. On l'utilise habituellement pour indiquer un bien-être ; moral, physique ou même plus globalement pour signifier un bon état (« J'ai pris soin de »). Il se réfère à la notion de vie, de « bien vivre ». En effet, pour qu'un être vivant puisse se développer, évoluer et s'épanouir, il faut dans tous les cas en prendre soin. Le soin nécessite un engagement de la personne qui le pratique, pour améliorer, ou à minima rendre bien la vie.¹ Les soignants sont donc les personnes qui se sont engagés, par leur profession, à améliorer la vie par le soin. La vie dans le cadre hospitalier ou dans le cadre de la maladie, se retrouve fragile, vulnérable ou du moins abîmée pour une durée indéterminée. Les soins prodigués lors de ces périodes de dépendance (aux soins et donc aux soignants) se doivent de respecter des « règles ».

Ces lois implicites sont décrites par le poète Paul Valéry, qui a réussi à poser des mots cette notion si particulière : « Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique.

¹ Hesbeen W. Le soignant, les soins et le soin. In : ARSLAN S. Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation. Seli Arslan Éditions ; 2012

Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une précision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose »².

La langue française ne dispose que d'un mot pour désigner le concept de « soin », défini ci-dessus comme une notion générale de santé. Pourtant il suffit de le passer au pluriel pour qu'il se précise. Ainsi les soins désignent des actes ou procédés exécutés par les soignants pour prendre soin. Les anglo-saxons ont un plus large panel de termes pour qualifier ce que sont les soins. Ils distinguent d'une part le « care » signifiant le soin dans le sens de porter attention et le « cure » signifiant l'acte de soigner.³ Ces deux notions sont l'essence de la relation de soin.

Au début du XX^{ème} siècle, la relation soignant-soigné (qui à l'époque limitée aux soins infirmiers) est décrite comme une relation paternaliste ne laissant pas de place à l'autonomie de la patiente, infantilisant même les soignés. Il se dégage alors un rapport de force dans la relation de soin, qui s'inscrit dans un modèle « parent-enfant ». En 1950 le Professeur Louis Porte ajoute même que « ... tout patient est et doit être pour le médecin comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper [...] un enfant à consoler, non pas à abuser [...] un enfant à sauver ou simplement à guérir ... ». ⁴

A la fin de ce même siècle, on voit apparaître une nouvelle vision du soin basée sur le partage avec le patient. Ce sont par exemple les débuts des cours de préparation à la naissance apportant aux femmes une alternative aux soins obstétricaux existants. ⁵ Cette nouvelle conception du soin se met en accord avec la définition de la santé selon l'OMS -Organisation Mondiale de la Santé- (1946) puisqu'elle inclue les besoins physiques, mentaux et sociaux de la personne. Il faut donc écouter, comprendre et aider le sujet qui nous fait face. ⁶ La relation de soin est au cœur du métier de sage-femme et est encore plus spécifique par le fait que la sage-femme traite de la physiologie de la femme et n'a donc pas à « guérir » les patients mais à les accompagner.

2 Valéry P. Politique organo-psychique. Paris : Gallimard, coll. « Bibliothèque de La Pléiade » ; 1957.

3 Viard P. Le soin-communicant. [Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication] Université de Bourgogne ;2014. p.31-34

4 Dupuy, O. L'information médicale. Information du patient et information sur le patient. Bordeaux : Etudes Hospitalières, 2005, 392p

5 Le Pley B. La délivrance de l'information médicale pendant la grossesse et sa compréhension par la patiente. [Mémoire sage-femme] Rouen ; 2010. p.3

6 Crivelli D. Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. [Thèse de doctorat de médecine] Nancy ; 2010. p. 63

L'ICM -International Confederation of Midwives- inclut dans la philosophie des soins de la sage-femme le respect de la femme dans son ensemble. C'est à dire des soins personnalisés, respectueux et adaptés à l'environnement des parturientes, qu'il soit social, émotionnel, culturel, spirituel, psychologique mais également physique.⁷

Pendant les études médicales, les étudiants sages-femmes débutent l'apprentissage du corps humain en le dessinant, en l'étudiant dans sa physiologie. Les études de sages-femmes et son bagage d'enseignement pratique, nous apprennent à examiner, analyser, apprécier l'anatomie dans sa forme. Observer, ausculter, évaluer, palper le corps du patient qui se tient devant vous. L'examen clinique fait partie de notre quotidien dès que nous entrons dans rôle de sage-femme. Il n'est pourtant pas anodin pour les deux personnes impliquées. Il entraîne un investissement des cinq sens de l'examineur ainsi que de l'examiné.

Le regard est la clé de toute intervention sociale. Il est le premier pas d'une relation. Il se capte, se fige, se dirige, se partage afin de se guider ou de guider l'autre. Dans le soin, le regard du soignant se pose sur le corps. Il détaille, analyse : c'est le regard clinique. Celui-ci fait appel aux connaissances du soignant, il classe les informations, les reconnaît puis diagnostique. Le patient n'est alors plus caractérisé que par sa pathologie, son corps malade. Mais la vision prend aussi de multiples dimensions : esthétique (jugement du corps, de la nudité) ou affective (compassion, peur).⁸

Pour l'être humain, la main est un outil de prédilection permettant de sentir chaleur, douleur ou encore forme et aspect. C'est donc pour le praticien un des instruments premiers. Le toucher est une rencontre, une connexion, un échange mais aussi un langage. Il permet l'échange de sensations : tactiles et émotionnelles ; toucher et être touché requiert une double perception engageant deux sujets dans une connexion éphémère. Il reste malgré tout une invitation dans l'intimité de l'autre. Il faut donc différencier le toucher diagnostique ; récepteur à informations, du toucher thérapeutique émetteur d'information et du toucher affectif communicant une présence émotionnelle.

Le toucher diagnostique est le plus courant dans notre profession, nous permettant d'évaluer la physiologie de la situation clinique. Le toucher thérapeutique est le plus

7 Conseil de Prague International Confederation of Midwives 2014 : Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme- document fondamental. Prague ; 2014.

8 Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Édition Seli Arslan ; 2013. Chapitre 1

utilisé lors de l'accouchement ou en rééducation périnéale. Enfin, le toucher affectif permet de témoigner d'un soutien face à diverses situations engageant la sensibilité.⁹

L'ouïe n'a pas la réciprocité de la vue ou du toucher. Cependant le son ne peut pas être évité. Entendre une plainte, des pleurs, un malaise. La plainte est captée au plus vite par le sens de l'ouïe que par les autres. Pourtant, la douleur est décrite par les infirmières comme plus difficile à voir qu'à entendre.⁴ La sage-femme écoute les battements du cœur fœtal ou les pulsations maternelles afin d'apprécier la situation clinique. Le rôle de l'ouïe dans le soin n'est sûrement pas qu'entendre. C'est surtout écouter.

Comme l'ouïe, l'odorat est un sens ne pouvant être contourné. L'odeur s'impose au soignant et ne peut être étouffée. Il est perçu par les soignants comme le sens le plus désagréable. Kant expliquait que "l'intérêt de l'odeur est de nous indiquer ce qu'il faut éviter", démontrant ainsi l'aversion du personnel soignant vis à vis des odeurs. Le soignant ne peut contenir que difficilement les affects que provoque une odeur nauséabonde puisqu'inconsciemment elle nous renvoie à la définition de Kant.⁴

L'ouïe et le toucher semblent les plus protégés par les sentiments du fait de leur implication dans les soins. L'ouïe étant le seul moyen de communication verbale. Il permet l'entretien avec les patients et l'écoute des symptômes. Le toucher lui est perçu comme le principal outil de diagnostic. L'odorat n'a que très peu d'utilité dans le soin mais reste le plus saisissant. Enfin, le regard clinique lui, est essentiel à la pratique mais reste difficilement détachable des émotions.

Le métier de sage-femme nous confronte tous les jours à l'intimité globale de la femme ; tant physique (organes génitaux externes, poitrine, périnée) que psychologique ou sociale. Gynécologie, accouchement, orthogénie, visite à domicile ; Qui y-a-t-il de plus intime que ces moments pour une femme ? Le contact physique avec les femmes est une clé essentielle de notre métier, nous permettant de diagnostiquer mais aussi de rassurer. La neutralité est rendue ambiguë lors de nos examens cliniques en regard de la sphère explorée.

Le périnée est l'une des zones les plus intimes du corps humain, il est donc normal que son approche aussi bien visuelle que tactile par un professionnel de santé puisse faire éprouver de la pudeur, de la gêne voire de l'angoisse. La gestuelle intra-périnéale accentuera ce sentiment puisqu'elle appartient au domaine de la sexualité. Il conviendra

⁹ Colangeli-Hagège H. « Pudeur, dignité et rééducation périnéale ». Disponible sur : www.geyreelectronique.com/perineologie/publications

donc pour le soignant d'utiliser des rituels pour témoigner la confidentialité, le respect et la distance avant d'effectuer les examens. Il s'agit d'ajouter au geste lenteur et délicatesse. Le praticien doit expliquer et justifier sa démarche afin de rechercher un consentement.⁵

Il est inutile de parler d'intimité sans parler de pudeur. L'origine du mot pudeur vient du latin *pudere* = avoir honte ou cause la honte. Pour Max Scheler¹⁰, la pudeur est une protection de l'intimité et de la dignité. Nos recherches sur la pudeur dans le soin sont productives en ce qui concerne la pudeur du soigné. On retrouvera même une étude sur la pudeur dans le service d'urgence en gynécologie-obstétrique de Port Royal¹¹. Pourtant il est apparu un obstacle dans nos recherches quant à la littérature sur la pudeur du soignant.

Une étude en 2010 réalisée dans les services accueillant des personnes âgées montre que les soignants parlent difficilement de la sexualité de leurs patients.⁵ C'est un tabou qui existe et persiste chez le personnel soignant. C'est justement le point de départ de ce travail de recherche : les non-dits chez les soignants envers le corps et plus particulièrement de l'intimité. Mais s'il demeure un tabou chez les spécialistes de la santé, qu'en est-il de la formation des futurs pairs ?

Il faut attendre 2002 et une plainte portée pour harcèlement moral par les étudiants sages-femmes de Toulouse pour que le mal être des étudiants soit découvert par le grand public. A laquelle s'ajoute une étude portée par l'Anesf - Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes- en 2004 sur le vécu de la formation initiale ; concrétisant la visibilité des ESF et de leurs difficultés. Les seules études faites sur les étudiants (toutes filières confondues) et les ESF en particulier permettent de faire ressortir la pénibilité des études en France et son impact sur la santé (physique, mentale et sociale).¹² Cependant les éléments médiatiques et intellectuels présentant le malaise des ESF font ressortir des épreuves en lien avec le vécu des stages.¹³

L'école de sages-femmes de Nancy met en place en 2005 une enquête sur le ressenti du stage en salle de naissances à la MRUN et une fiche d'expression libre suite à une protestation des étudiants à la DRASS, ancien ARS (Agence Régionale de Santé).

10 Scheler M. La pudeur, traduit de l'allemand par M. Dupuy. Editions Aubier, Paris ; 1952

11 Vidal A. La pudeur aux urgences obstétricales. Évaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal [Mémoire de fin d'études de sage-femme] Faculté de médecine Paris Descartes, école de sage-femme Paris Baudelocque ;2014.

12 Boujut E., Koleck M., Bruchon-Schweitzer M., Bourgeois M-L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Annales médico-psychologiques, Elsevier Masson. 2009-Nov-01, 167(9) : 662-8.

13 Bertrand M. La mise en place d'un tutorat professionnel/ étudiant : ou comment promouvoir un changement et instaurer une politique de bientraitance vis à vis des étudiants sages-femmes en formation initiale [Mémoire Master 2 Management hospitalier] Université Nancy 2 ; 2011.

Puis en 2010, l'équipe enseignante rencontre les ESF pour faire le bilan de ses dispositifs et les étudiants font ressortir des difficultés en rapport l'ambiguïté de leur statut : apprentie et future sage-femme.¹⁴ Mais depuis la mise en place de ces procédés, comment les étudiants sages-femmes de l'école de Nancy surmontent les difficultés dans leurs stages ? La mise à disposition d'aide de la part de l'équipe enseignante suffit-elle à améliorer les conditions de stages des étudiants ?

Être sage-femme, c'est prendre en charge une femme dans sa globalité. Ceci implique une entrée dans l'intimité de la patiente mais la relation humaine amène à des réactions émotionnelles inévitables. Comment les sages-femmes de demain vivent-elles cette proximité avec les patientes ?

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la perception de l'approche du corps par les étudiants sages-femmes.

Les objectifs secondaires sont de rechercher les difficultés des étudiants vis-à-vis de la pratique d'examens cliniques, notamment l'examen de l'intimité ainsi que de dégager des solutions pour atténuer le décalage entre pratique et théorie.

Pour atteindre ces objectifs, de nombreuses hypothèses sont posées :

- L'examen des patientes n'est pas dénué d'obstacle pour tous les étudiants sages-femmes
- Les difficultés rencontrées par les étudiants sages-femmes lors des examens cliniques ne sont pas identiques
- L'omniprésence de la sphère intime et sexuelle de notre pratique constitue un gêne chez certains ESF
- La pudeur personnelle influe sur nos gestes
- Le rapport au corps et à l'intimité évolue au long de l'apprentissage
- Les barrières socio-culturelles influent sur la difficulté de contact

L'issue réelle de ce travail fournit une ressource aux étudiants sages-femmes afin d'aller au-devant de cette difficulté.

¹⁴ Flenghi J. Étudiants Sages-Femmes : de la souffrance au cœur de la vie ? [Mémoire Master 2 Santé Publique et environnement] Université de Lorraine, 2012.

MATERIEL ET METHODE

1. NOTRE ETUDE :

1.1. TYPE D'ETUDE

Afin d'atteindre les objectifs établis et d'évaluer la validité des hypothèses, nous avons réalisé une étude qualitative ethnographique à partir d'une enquête par des questionnaires à l'école de sage-femme de Nancy.

1.2. Population étudiée

La population étudiée était les étudiants de DFGSMa2 (Diplôme Formation Générale en Science Maïeutique 2^{ème} année) et DFGSMa3 (Diplôme de Formation Générale en Science Maïeutique 3^{ème} année) de l'école de sages-femmes de Nancy sur l'année scolaire 2014-2015. Elle concernait donc un maximum de 60 individus L'échantillon a été fait sur la base du volontariat des étudiants de ces promotions.

L'unité était représentée par chaque étudiant questionné. Le critère d'inclusion a été : ESF en DFGSMa2 ou 3 à Nancy. Le critère de non-inclusion a été : ESF redoublant en DFGSMa2 ou 3.

1.3. Modalités de réalisation de l'études

L'étude visait les ESF de DFGSMa2 et 3 de Nancy sur l'année scolaire 2014-2015. Le choix de deux promotions différentes ayant pour but de montrer une dynamique des hypothèses.

Elle s'est construite sur des questionnaires anonymes. L'enquête anonyme a été choisie afin que chacun puisse s'exprimer librement et pour toucher le plus grand nombre d'individus.

L'enquête s'est déroulée entre 5 janvier 2015 et le 10 Avril 2015. Au total, 45 étudiants ont souhaité répondre au questionnaire : 25 ESF de DFGSMa2 et 20 ESF de DFGSMa3. Chaque promotion était composée de 30 ESF. Soit un taux de réponse de 75 %.

Pour la population « étudiant en DFGSMa2 », 25 ESF ont répondu soit 83,3 % de la population.

Pour la population « étudiant en DFGSMa3 », 20 ESF ont répondu soit 66,6 % de la population.

1.4. Outil de recueil des données

Les questionnaires ont été rédigés sur la plateforme Google drive sous forme de questionnaire en ligne. Le lien vers ce questionnaire a été envoyé par e-mail à tous les étudiants de chaque promotion le 5 janvier 2015.

Il a été choisi de prendre un questionnaire quasiment identique afin de comparer au mieux la progression de la problématique. Le plan comportait différentes parties : le choix des études de sage-femme et la perception du métier puis l'intimité et pudeur personnelle, l'examen clinique et l'examen des organes intimes, la proposition d'une formation et enfin le rapport à son propre corps et à la sexualité.

Il était composé de 31 questions. Le type de question était varié. On y retrouvait des questions fermées pour cadrer le sujet, des questions ouvertes pour laisser les étudiants exprimer leur ressenti, des échelles de 0 à 10 pour permettre au sujet de s'autoévaluer vis à vis de questions précises ou intimes. Le questionnaire des DFGSMa3 comportait une question supplémentaire sur le souvenir de leurs appréhensions vis à vis de l'examen intime avant les premiers stages.

RESULTATS

2. RESULTATS DE L'ETUDE

Afin de mieux recevoir l'avis des étudiants, le questionnaire a été construit de façon à être interactif et au plus proche de leurs habitudes. (Annexe I et II). Certains résultats de ce questionnaire n'ont pas été inclus dans le corps de texte de ce mémoire car ils ne nous permettaient pas de répondre aux hypothèses posées par ce travail de recherche mais nous les avons intégrés aux annexes (Annexe III).

Plusieurs questions comportaient des échelles numériques allant de 1 à 10. La lecture de ces résultats a été détaillée, dès lors qu'une telle échelle était utilisée.

2.1. ESF et pudeur :

2.1.1. Pudeur :

Pour la population des étudiants en DFGSMa2, 56% s'estimaient pudique (14 ESF) et 40% ne s'estimaient pas pudique (10 ESF). Un ESF n'a pas répondu à la question.

Pour la population des étudiants en DFGSMa3, 55 % s'estimaient pudique (11 ESF) et 15% ne s'estimaient pas pudique (9 ESF).

2.1.2. Influence de la pudeur sur les stages :

Nous avons demandé aux étudiants s'ils pensaient que leur pudeur pouvait influencer leurs comportements lors des stages et comment cela se manifestait.

Pour la population des DFGSMa2, 50% pensaient que leur pudeur pouvait influencer sur les comportements lors des stages, 50% non.

Pour les étudiants en DFGSMa3 : 25 % (5 ESF) pensaient que leur pudeur pouvait influencer les comportements lors des stages, 75% (15 ESF) non.

Les ESF ont répondu que l'influence de leur pudeur jouait sur :

- Le comportement avec la patiente : 7 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa3
- Une difficulté à communiquer sur des sujets sensibles : 3 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa 3
- Leur rôle dans une équipe : 1 ESF de DFGSMa 2 et 1 ESF de DFGSMa3
- Un manque de confiance en soi : 1 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa 3
- Leur adaptation à la situation : 1 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa3

2.2. ESF et nudité

2.2.1. Aisance avec la nudité

Nous avons demandé aux étudiants d'évaluer leur aisance avec la nudité. Une échelle numérique a été utilisée pour répondre à cette question. Le score s'échelonnait entre 0 et 10. La note de zéro signifiait « pas du tout à l'aise » et la note de dix signifie « aucun problème ».

Pour les étudiants en DFGSMa2 :

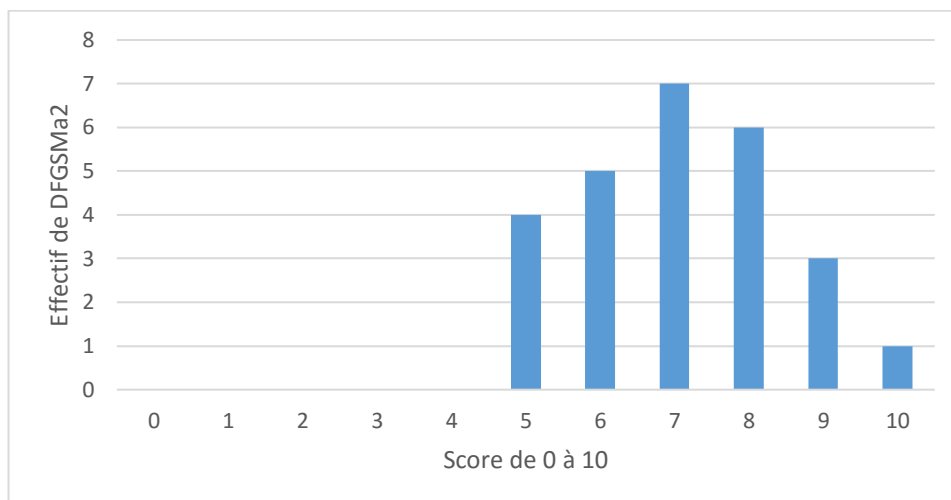


Figure 1 : Auto-évaluation de l'aisance avec la nudité des ESF en DFGSMa2

Pour les étudiants en DFGSMa3 :

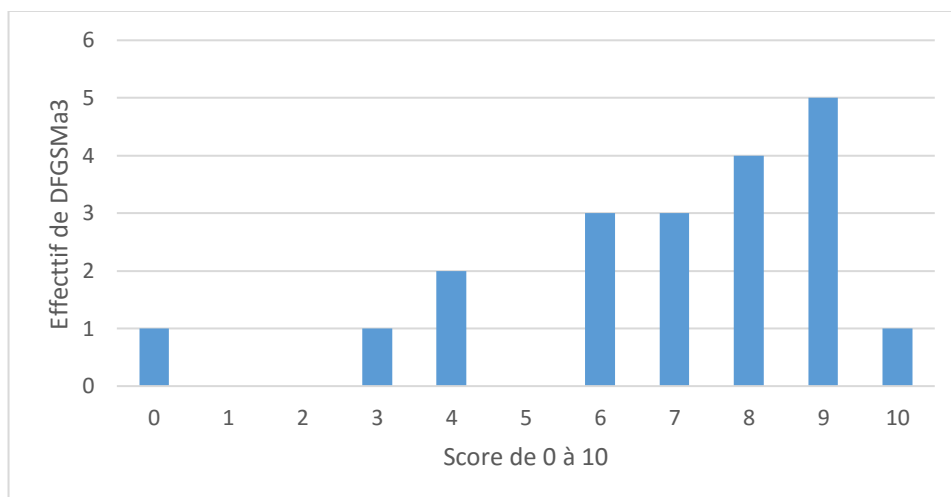


Figure 2 : Auto-évaluation de l'aisance avec la nudité des ESF en DFGSMa3

2.2.2. Influence de l'aisance avec la nudité sur la pratique

Nous avons ensuite demandé aux étudiants quelle était l'influence de cette note sur leur pratique lors des stages.

Les étudiants ont évoqué :

- Une hésitation à réaliser les examens pour 6 ESF de DFGSMa3
- Une déstabilisation lors des soins pour 5 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa3
- Un respect de l'intimité pour 2 ESF de DFGSMa2 et 4 de DFGSMa3
- Une mise en confiance de la patiente facilité pour 1 ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3
- Une aisance pour 3 ESF de DFGSMa2 et DFGSMa3
- Aucun impact dans leur pratique pour 2 ESF de DFGSMa2 et 4 de DFGSMa3

2 ESF de DFGSMa2 et 3 de DFGSMa3 ont expliqué qu'ils n'avaient aucun problème avec la nudité de l'autre mais plutôt avec la leur. 11 ESF n'ont pas répondu à la question (8 en DFGSMa2 et 3 en DFGSMa3) .

2.3. ESF et examens cliniques

2.3.1. Aisance avec l'examen clinique

Pour les étudiants en DFGSMa2, 44% (11 ESF) des étudiants répondaient être à l'aise à faire un examen clinique et 48% (12 ESF) répondaient ne pas l'être. Huit pour-cent (2 ESF) répondaient oui et non à cette question.

Pour les étudiants DFGSMa3, 100% des étudiants répondaient être à l'aise à faire un examen clinique.

Nous avons demandé aux étudiants ayant répondu ne pas être à l'aise à faire un examen clinique, la cause de ce malaise. Nous avons étudié ici les réponses des DFGSMa2 car ils ont été les seuls à avoir répondu à négativement à la question de l'aisance avec l'examen clinique. Ils ont répondu : par manque d'expérience pour 10 ESF ; à cause la douleur pour 6 ESF ; pour 2 ESF, par difficulté à pratiquer le geste ; à cause de la découverte du corps pour 2 ESF et pour 1 ESF, par manque de confiance en soi. Dix ESF n'ont pas répondu à la question.

2.3.2. Sentiments relatifs au contact physique avec les patientes

Pour les étudiants en DFGSMa2, 10 ESF évoquaient de l'appréhension, de l'hésitation. Cinq ESF parlaient de relation de confiance et 3 de professionnalisme. Trois ESF ont dit ne pas ressentir de gêne tandis que 2 autres parlaient de gêne et de pudeur. Deux ESF ont cité l'entrée dans l'intimité. Deux ESF évoquaient la délicatesse et 2 autres l'empathie. 3 ESF n'ont pas répondu à la question.

Pour les étudiants en DFGSMa3, 9 ESF parlaient de neutralité. Quatre ESF ont évoqué un respect de la nudité et 4 autre de mise en confiance de la patiente. Quatre ESF ont expliqué que cela dépendait de la patiente en face de soi. Deux ESF évoquaient une entraide. Un ESF a cité la gêne. Un ESF n'a pas répondu à la question.

2.3.3. Aisance avec l'examen de l'intimité

Nous avons demandé aux étudiants d'évaluer leur aisance à pratiquer un examen de l'intimité, nous avons cités les examens des organes génitaux externes et l'examen des seins. Une échelle numérique a été utilisée pour répondre à cette question. Le score s'échelonnait entre 0 et 10. La note de zéro signifiait « pas du tout à l'aise » et la note de dix signifie « aucun problème ».

Pour les étudiants en DFGSMa2 :

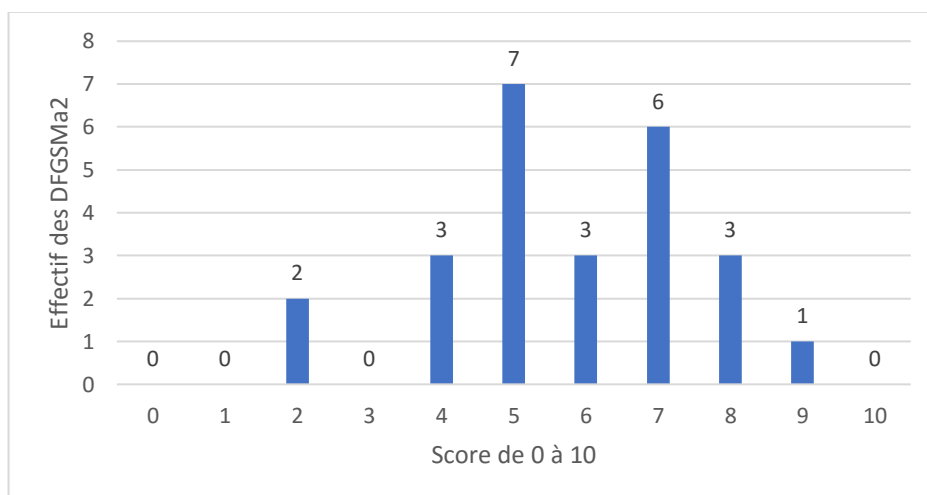


Figure 3 : auto-évaluation de l'aisance avec l'examen de l'intimité pour les étudiants en DFGSMa2 :

La moyenne de ces notes était de 5, 76/ 10. 12 ESF (48% de la population) ont donné une note inférieure ou égale à 5 et 13 ESF (52% de la population) une note supérieure à 5.

Pour les étudiants en DFGSMa3 :

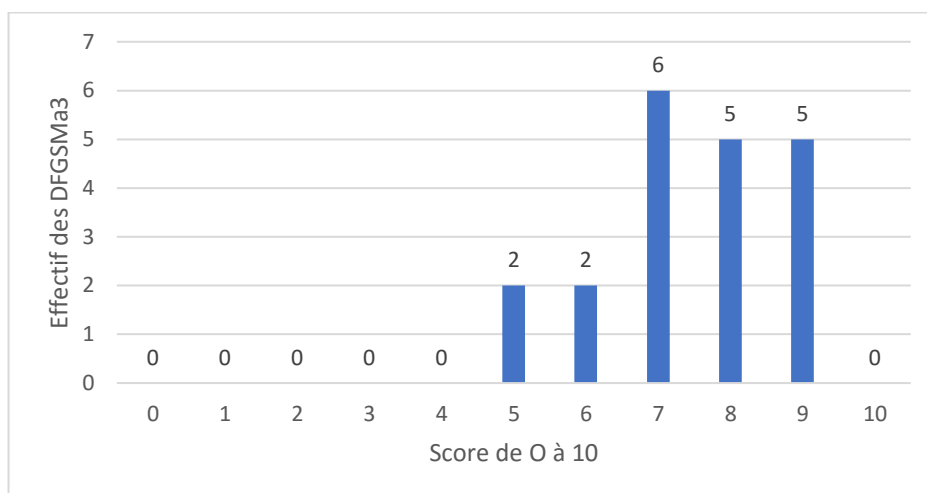


Figure 4 : Auto-évaluation de l'aisance avec l'examen de l'intimité pour les étudiants en DFGSMa3 :

La moyenne de ces notes était de 7,45 / 10. 2 ESF (10 % de la population) ont donné une note inférieure ou égale à 5 et 18 ESF (90 % de la population) une note supérieure à 5.

2.3.4. Appréhension de l'examen intime des patientes avant les stages (question concernant uniquement la population « étudiant en DFGSMa3 »)

Nous avons demandé aux étudiants de DFGSMa3 de se remémorer leurs appréhensions vis-à-vis de l'examen de l'intimité avant leurs premiers stages lors de leur année en DFGSMa2. Leurs réponses ont été : la peur de faire mal pour 5 ESF ; la gêne de l'ESF pour 5 ESF ; la peur du toucher vaginal pour 3 ESF ; l'aspect sexuel de l'examen pour 3 ESF ; la pudeur pour 1 ESF ; le refus de la patiente pour 1 ESF. Deux ESF indiquaient ne pas avoir d'appréhensions. Un ESF a avoué ne jamais s'être posé la question et un ESF n'a pas répondu à la question.

2.3.5. Difficulté à pratiquer un examen de l'intimité

Les étudiants en DFGSMa2 ont répondu oui à 84% (21 ESF) et non à 16% (4 ESF). Les étudiants en DFGSMa3 répondaient oui à 30% (6 ESF) et non à 70% (14 ESF).

Nous leur avons demandé de justifier cette difficulté à pratiquer un examen de l'intimité .

Les étudiants en DFGSMa2 ont évoqué la douleur en majorité (12 ESF) puis le manque d'expérience et la gêne de la patiente pour 6 ESF. Cinq ESF ont cité la peur et

l'appréhension. Trois ESF parlaient de difficulté technique. Pour 3 ESF la difficulté venait de l'entrée dans l'intimité. Deux ESF se sentaient gênés lors de l'examen. Quatre ESF de DFGSMa2 n'ont pas répondu à la question.

Les étudiants en DFGSMa3 ont évoqué en premier lieu une difficulté technique, pour 4 ESF. Un ESF était en difficulté face au refus des patientes et un autre avec l'examen des seins. Un ESF a cité la douleur comme difficulté. Quatorze ESF n'ont pas répondu à la question.

2.3.6. Secteur d'activité en maïeutique où il est plus difficile d'examiner les patientes

Pour les étudiants en DFGSMa2 :

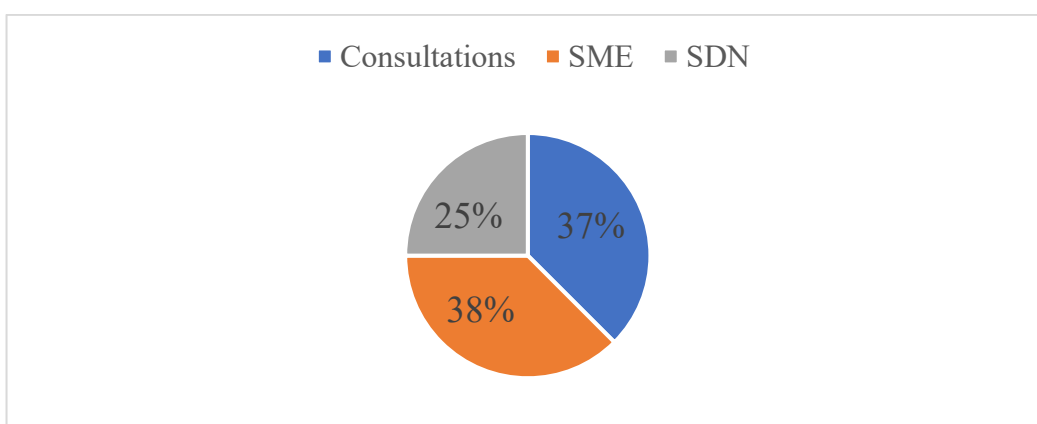


Figure 5 : Secteur d'activité de la profession de sage-femme où il est plus difficile d'examiner l'intimité pour la population DFGSMa2

Il est à noter que 9 ESF n'ont pas répondu à la question (36% de la population DFGSMa2).

Pour les étudiants en DFGSMa3 :

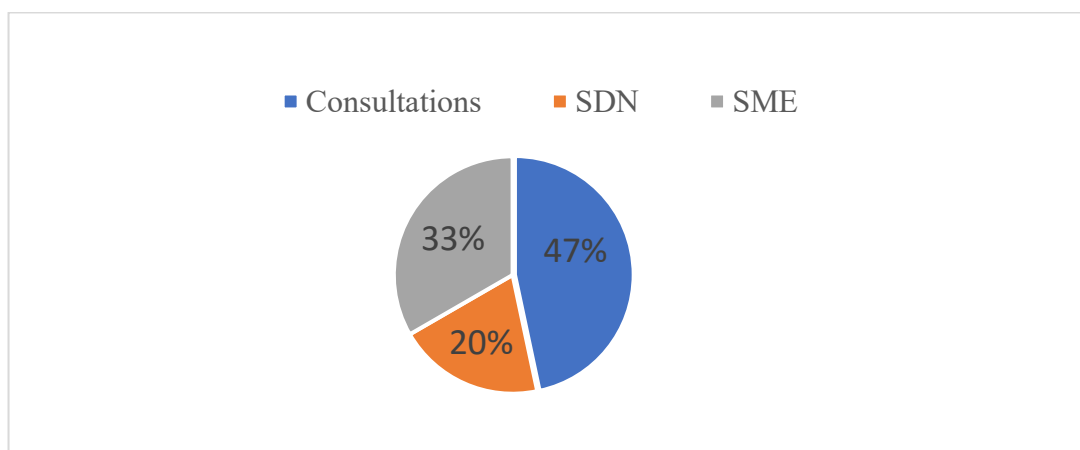


Figure 6: Secteur d'activité de la profession de sage-femme où il est plus difficile d'examiner l'intimité pour la population DFGSMa3

Il est à noter que 5 ESF n'ont pas répondu à la question (20 % de la population de DFGSMa3)

2.3.7. Cause de la difficulté d'examen des patientes par secteur

En consultation

Pour les étudiants en DFGSMa2, la difficulté d'examiner l'intimité en consultation provenait de l'intimité avec la parturiente pour 4 ESF. Pour 2 ESF, cela venait de l'absence de contexte d'hospitalisation.

Pour les étudiants en DFGSMa3, la difficulté d'examiner l'intimité dans le secteur des consultations était due pour 3 ESF à la gêne de la patiente et à la douleur pour 2 ESF. Un ESF n'a pas justifié sa réponse.

En Salle de naissances (per partum)

Pour les étudiants en DFGSMa2, les raisons de leurs difficultés à examiner l'intimité des patientes en salle de naissances étaient le stress pour 1 ESF et la nudité pour un autre ESF.

Pour les étudiants en DFGSMa3, il a été difficile d'examiner les patientes en salle de naissance car pour 2 ESF, ils percevaient une gêne de la patiente. Un ESF parlait de difficulté technique et un autre évoque une difficulté au vu de l'omniprésence de la douleur dans ce secteur d'activité.

En secteur mère-enfant (hospitalisation post-partum)

Pour les étudiants en DFGSMa2, les causes de leurs difficultés à examiner l'intimité en suites de couches étaient la douleur pour 4 ESF, la présence de l'entourage pour 1 ESF. 3 ESF expliquaient qu'ils éprouvaient une difficulté car les patientes ont déjà été trop examinée avant leur hospitalisation en secteur mère-enfant.

Pour les étudiants en DFGSMa3, ils évoquaient une gêne pour 3 ESF et la douleur pour 2 ESF.

2.3.8. Les gestes les plus compliqués à pratiquer et pourquoi ils le sont

Tableau 2 : gestes cliniques compliqués à pratiquer et la raison de la difficulté selon les ESF :

Gestes :	Effectif		Pourquoi ?
	ESF DFGSMa2	ESF DFGSMa3	
Toucher vaginal	12	4	Entrée dans l'intimité : 6 ESF de DFGSMa2 Difficultés techniques : 5 ESF de DFGSMa2 Connotation sexuelle : 1 ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3
Toucher rectal	2	0	Pas de Justification
Sondage urinaire	2	0	Entrée dans l'intimité pour les 2 ESF
Pose de speculum	0	2	Regard sur le sexe pour les 2 ESF
Episiotomie	1	1	Objet piquant dans le corps : 1 ESF de DFGSMa2 Difficulté technique : 1 ESF de DFGSMa3
Suture	1	0	Objet piquant dans le corps
Accouchement	1	2	Responsabilité : 1 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa3 Emotions : 1 ESF de DFGSMa3
Palpation des seins	1	2	Manque de pratique : 2 ESF de DFGSMa3
Pas de réponse	7	8	

2.3.9. Freins à dépasser pour examiner les patientes :

Selon les ESF, les freins à dépasser pour examiner les patientes ont été :

- L'hygiène pour 5 ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3
- La nudité pour 4 ESF de DFGSMa2 et 2 ESF de DFGSMa3
- La pudeur pour 3 ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3
- La douleur des femmes pour 2 ESF de DFGSMa2 et 1 ESF de DFGSMa3
- La confiance de la patiente envers l'étudiants pour 2 ESF de DFGSMa2 et 2 ESF de DFGSMa3
- La gêne de l'ESF pour 2 ESF de DFGSMa2 et 2 ESF de DFGSMa3
- La gêne de la patiente pour 2 ESF de DFGSMa3
- La confiance en soi pour 3 ESF de DFGSMa2
- La subjectivité pour 2 ESF de DFGSMa 2
- Le fait d'examiner l'intimité pour 2 ESF de DFGSMa3
- Oublier l'aspect sexuel du geste pour 2 ESF de DFGSMa2
- Ne pas juger pour 2 ESF de DFGSMa3

Huit ESF de DFGSMa2 et 6 ESF de DFGSMa3 n'ont pas répondu à la question.

2.4. Amélioration de la formation

2.4.1. Type de formation

La question de ce qu'il était possible de mettre en place pour améliorer les difficultés éprouvées lors des premiers examens cliniques a été posée aux étudiants sages-femmes des deux promotions. Huit ESF de DFGSMa2 et 5 ESF de DFGSMa3 ont répondu par un groupe de travail. Six ESF de DFGSMa2 et 4 ESF de DFGSMa3 souhaitaient une formation et 2 ESF de DFGSMa2 des stages. Un ESF de DFGSMa3 a demandé une option libre et 1 ESF de DFGSMa2 des travaux pratiques. Un ESF de DFGSMa3 estimait qu'il n'avait besoin de rien. Huit ESF de DFGSMa2 et 9 ESF de DFGSMa3 n'ont pas répondu à la question.

2.4.2. Formateur

Nous leur avons demandé ensuite par qui les étudiants désirent être sensibilisés à ce sujet. La majorité ont répondu par d'autres ESF (15 ESF de DFGSMa2 et 7 ESF de DFGSMa3). Pour 6 ESF de DFGSMa2 et 4 ESF de DFGSMa3, c'est l'équipe

pédagogique de l'école de sages-femmes qui était souhaitée pour cet enseignement. Quatre ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3 voulaient être sensibilisés par des sages-femmes et 1 ESF de DFGSMa2 et 2 ESF de DFGSMa3 par les patientes elles-mêmes. Un ESF de DFGSMa3 préférait être formé par un intervenant extérieur. Cinq ESF de DFGSMa2 et 3 n'ont pas répondu à la question.

2.4.3. Période de formation

Nous leur avons enfin demandé à quel moment de la formation ils souhaitaient être formés. Pour le plus grand nombre des étudiants, la formation devait se faire en DFGSMa2 (18 ESF de DFGSMa2 et 14 ESF de DFGSMa3). Pour quelques étudiants, elle devait être réalisée en DFGSMa3 (1 ESF de DFGSMa2 et 3 ESF de DFGSMa3). Pour 3 ESF de DFGSMa2, cette sensibilisation devait se faire tout au long de la formation. Quatre ESF de DFGSMa2 et 5 ESF de DFGSMa3 n'ont pas répondu à la question.

2.5. ESF et rapport au corps

2.5.1. Auto-évaluation des étudiants à leur rapport à leur propre corps

Nous avons demandé aux ESF d'évaluer leur rapport à leur propre corps. Une échelle numérique a été utilisée pour répondre à cette question. Le score s'échelonnait entre 0 et 10. La note de zéro signifiait « pas du tout à l'aise » et la note de dix signifie « aucun problème ».

Pour les étudiants en DFGSMa2 :

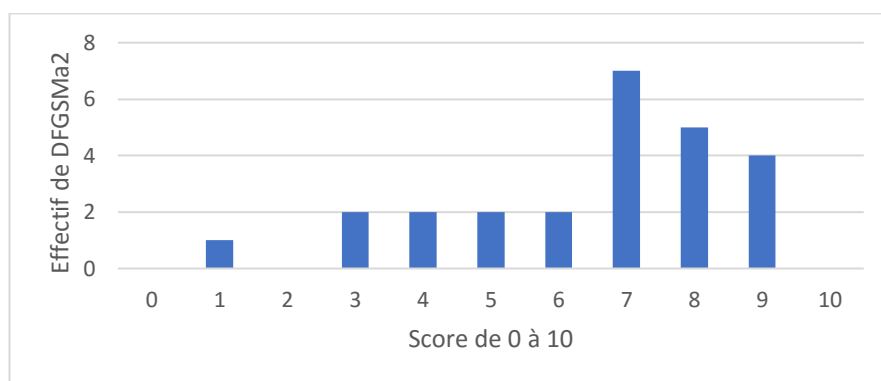


Figure 7 : Auto-évaluation du rapport à son propre corps dans la population DFGSMa2

Pour les étudiants en DFGSMa3 :

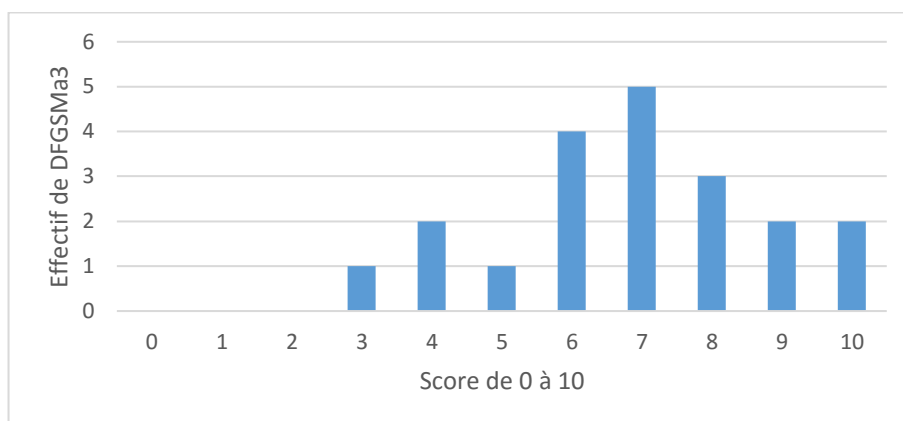


Figure 8 : Auto-évaluation du rapport à son propre corps dans la population DFGSMa3

2.5.2. Evaluation des étudiants de leur rapport au corps de l'autre

Nous avons demandé aux ESF d'évaluer leur rapport au corps de l'autre. Une échelle numérique a été utilisée pour répondre à cette question. Le score s'échelonnait entre 0 et 10. La note de zéro signifiait « pas du tout à l'aise » et la note de dix signifie « aucun problème ».

Pour les étudiants en DFGSMa2 :

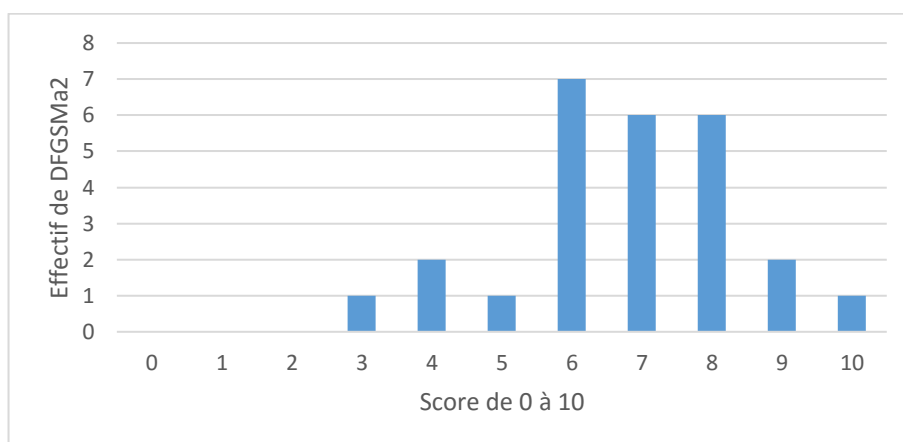


Figure 9 : Auto-évaluation du rapport au corps de l'autre dans la population DFGSMa2

Pour les étudiants en DFGSMa3 :

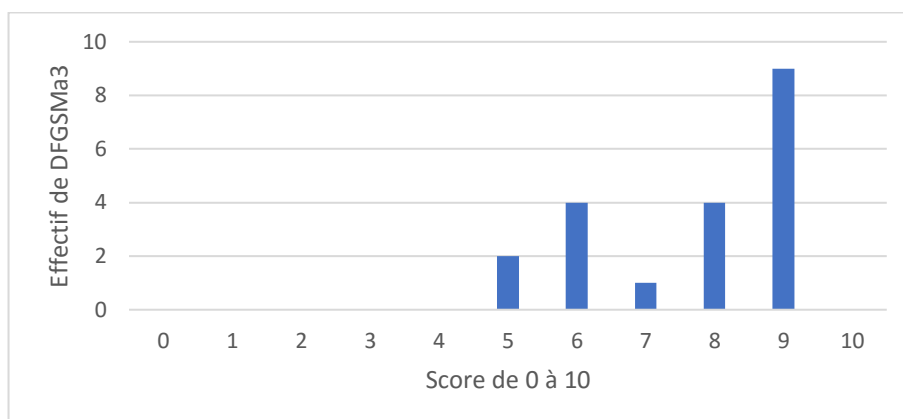


Figure 10 :Auto-évaluation du rapport au corps de l'autre dans la population DFGSMa3

DISCUSSION

3. ANALYSE ET DISCUSSION

L'impulsion de cette recherche est venue par les discussions entre ESF. Nous avons été confrontés à beaucoup de « non-dits », de discussion de couloirs, ou encore des « mais ça, il ne faut surtout pas en parler ». Tous ces discours concernaient des situations cliniques qui ont marqué les ESF au cours de leurs stages. Les ESF sont confrontés à une ambiguïté de leur enseignement pratique : d'une part il leur faut apprendre leur futur métier (gestes techniques, démarche clinique) mais face à eux se trouve une personne dans toute son entièreté, qu'ils approchent au plus près physiquement ou moralement et qui attend de notre part un acte, un diagnostic. Il s'agit maintenant de mettre en lumière cette ambivalence du statut d'étudiant qui n'est pas facile pour tous. Nous avons choisi de nous concentrer sur la thématique de l'approche du corps. L'étude a pour visée d'évaluer l'approche du corps par les ESF lors de leurs premiers stages et ainsi de mettre en évidence une éventuelle difficulté lors des premiers examens cliniques. Par la suite nous chercherons les freins des étudiants concernant la pratique de l'examen intime. Enfin nous proposerons un moyen d'atténuer le décalage entre pratique et théorie.

En comparant le taux de participation entre les deux promotions, on distingue un écart de 5 étudiants entre les promotions de DFGSMa2 et DFGSMa3 (25 réponses pour les DFGSMa2 et 20 réponses pour les DFGSMa3). Nous pouvons penser que les étudiants de DFGSMa3, qui ont le moins participé, n'ont pas forcément pris le temps de répondre au questionnaire étant donné leur planning de formation lors de l'envoi du questionnaire (stage), tandis que les DFGSMa2 ont été interrogés lors d'une période de cours. Les ESF des deux promotions ont été avertis de l'enquête par un questionnaire lors d'une présentation orale faite à chaque promotion avant l'envoi de celui-ci.

Nous avons choisi d'analyser nos résultats en distinguant bien les résultats de chaque promotion. Le but n'étant pas de comparer les résultats des deux promotions mais bien d'avoir une plus grande population de « jeunes » ESF. Certaines données seront malgré tout mises en parallèle afin de montrer une évolution de pensée des ESF.

3.1. Retour sur hypothèse

3.1.1. Les examens des patientes ne sont pas une évidence chez tous les étudiants sages-femmes

Afin de développer cette hypothèse, nous exploiterons les différents sentiments ressentis par les ESF lors d'un contact physique avec les patientes.

Pour la promotion des DFGSMa2, nous retrouvons des termes en lien avec les qualités des professionnels de santé (relation de confiance, empathie, délicatesse, professionnalisme) mais aussi des sentiments évoquant une difficulté possible (appréhension, hésitation, entrée dans l'intimité, pudeur, gêne).

Pour la promotion des DFGSMa3, nous ne retrouvons quasiment que des sentiments en lien avec les qualités des professionnels de santé (neutralité, mise en confiance de la patiente, respect de la nudité, entraide) excepté pour 1 ESF qui exprime une gêne.

Chez les DFGSMa2, 14 ESF ont évoqué des sentiments sur le thème de l'angoisse, soit plus de la moitié de l'effectif des ESF de DFGSMa2 ayant répondu à la question. L'autre partie de la promotion et la plupart des DFGSMa3 ont cité des qualités essentielles à un professionnel de santé. Malgré ce lien commun, les termes utilisés entre les deux promotions sont dissemblables. Chez les DFGSMa2, on retrouve des qualités symboliques tandis que chez les DFGSMa3 on retrouve des termes plutôt en lien avec la pratique, l'expérience.

Nous constatons une différence notable des émotions dans chaque promotion et entre les deux promotions entre elles nous montrant que les examens des patientes font ressentir aux ESF des sentiments différents.

3.1.2. Les difficultés rencontrées par les étudiants sages-femmes lors des examens cliniques ne sont pas identiques

Nous avons questionné les étudiants sur les gestes cliniques qui leur étaient les plus difficiles à réaliser et pourquoi ainsi que sur le secteur d'exercice où ils étaient les moins à l'aise pour effectuer un examen clinique.

Il nous suffit d'observer les résultats de ces deux questions pour bien prendre en compte qu'il existe de multiples difficultés et freins afin d'effectuer des gestes du

quotidien de la profession de sage-femme et qu'importe le secteur d'exercice, il existe toujours une barrière pour les ESF afin d'examiner l'intimité des femmes.

En ce qui concerne les gestes les plus compliqués à réaliser, tous les gestes ou examens cliniques cités spontanément par les étudiants sont en lien avec les organes intimes (pubis, rectum, seins).

Nous retrouvons dans les justificatifs de réponses à ces questions des termes comme « entrée dans l'intimité », « regard sur le corps », « connotation sexuelle », « douleur occasionnée » qui nous indiquent que l'on retrouve une difficulté liée à l'intimité examinée et au ressenti des femmes.

Lorsqu'il s'agit du secteur d'activité, la consultation est le lieu où, selon le plus grand nombre d'étudiant des deux promotions, il est le plus difficile d'examiner les patientes. Dans leurs justifications, nous retrouvons encore des notions d'intimité et d'inquiétude pour les patientes (gêne de la patiente, douleur). Il faut noter que les étudiants expliquent que la difficulté provient aussi de l'absence du contexte d'hospitalisation.

Cependant, les étudiants désignent aussi les secteurs de salle de naissances et suites de couches comme des lieux où ils éprouvent des difficultés à examiner les patientes. Pour expliquer leurs difficultés en salle de naissances, les étudiants évoquent des difficultés liées aux conditions de travail comme le stress, la nudité, la douleur mais ces sentiments sont presque toujours en lien avec le ressenti des femmes. En ce qui concerne le secteur post-natal, nous retrouvons encore une crainte vis-à-vis des parturientes comme la présence de l'entourage, la douleur, la gêne et la multiplicité de ces examens.

Nous voyons donc ici que les étudiants sages-femmes rencontrent des difficultés à pratiquer des examens cliniques dans tous les secteurs d'activité de la profession de sage-femme mais aussi des difficultés concernant les différents examens qui touchent à l'intimité des femmes qui nous font face au quotidien.

3.1.3. L'omniprésence de la sphère intime et sexuelle de notre pratique constitue une gêne chez certains ESF

Lors de la rédaction du questionnaire, nous avons posé deux questions bien distinctes « Vous sentez vous à l'aise pour faire un examen clinique ? » et « Pourriez-vous avoir des difficultés pour faire ces examens ? » ; la seconde question est précédée d'une

auto-évaluation vis-à-vis de l'aisance à pratiquer les examens des organes intimes (Organes génitaux externes et seins). Le but de ces deux questions quasiment similaires est de pouvoir distinguer une différence dans le ressenti des étudiants. En effet, dans la pratique, un examen clinique de parturiente comporte la plupart du temps un examen pelvien ou un examen des seins, cela reviendrait donc à poser la même question.

Mais chez les étudiants en DFGSMa2, 12 ESF ne se sentent pas à l'aise afin d'effectuer un examen clinique et 21 ESF éprouvent des difficultés à examiner l'intimité, prouvant bien une accentuation des difficultés lorsqu'il faut approcher l'intimité des femmes. Seulement 4 ESF se sentent confiant vis-à-vis de l'examen intime.

Chez les DFGSMa3, tous les étudiants ayant répondu au questionnaire se sentent à l'aise pour faire un examen clinique alors que 6 ESF éprouvent des difficultés à pratiquer un examen intime. Nous avons demandé aux ESF de DFGSMa3 de se remémorer les appréhensions qu'ils avaient vis-à-vis de l'examen intime avant leur stage en DFGSMa2. Tous ont répondu. Les craintes exprimées concernent l'ESF lui-même avec des justifications comme la gêne ou la pudeur, « la peur du toucher vaginal », « l'aspect sexuel de l'examen » ou une crainte pour la patiente, « peur de faire mal », « peur du refus ».

La comparaison des réponses à ces deux questions nous indique qu'effectivement les étudiants éprouvent des difficultés vis-à-vis des examens gynécologiques mais aussi que nous retrouvons un tabou à exprimer une difficulté de pratique persistante.

3.1.4. La pudeur personnelle influe sur nos gestes

Pour les deux promotions d'ESF, environ la moitié de chaque effectif s'estime pudique. Pour les étudiants en DFGSMa2, la moitié pense que cela influe sur leurs gestes en stage tandis que pour les étudiants en DFGSMa3, un quart de l'effectif rejoint cette idée. Les étudiants nous indiquent que leur pudeur peut jouer sur leur comportement avec la patiente, une difficulté de communication sur certains sujets plus intimes, leur confiance en soi, leur rôle dans les équipes et leur adaptation aux situations.

3.1.5. Le rapport aux corps et à l'intimité évolue au long de l'apprentissage

Afin de montrer une évolution des difficultés au cours des différentes années d'études, nous pouvons comparer certains résultats du questionnaire. Lorsque nous demandons aux étudiants des deux promotions si leur pudeur influe sur leur pratique en

stage, 50 % des DFGSMa2 répondent que oui et 25% des DFGSMa3 répondent aussi positivement.

Concernant leur aisance à pratiquer un examen clinique, 44% des ESF de DFGSMa2 répondent oui tandis que 100% des ESF de DFGSMa3 affirment qu'ils sont à l'aise. Comparons les moyennes des notes qu'ils ont données les ESF à leur aisance à pratiquer un examen intime : elle est de 5,76/10 pour les DFGSMa2 et 7,45 pour les DFGSMa3.

Enfin lorsque nous demandons aux ESF s'ils ont des difficultés à pratiquer un examen de l'intimité, les DFGSMa2 répondent oui à 84% et les DFGSMa3 répondent à 30% oui. Cette comparaison de chiffres nous permet d'observer une évolution significative des difficultés des étudiants en stages mais aussi vis-à-vis de l'examen de l'intimité.

3.1.6. Les barrières socio-culturelles influent sur la difficulté de contact

Dans la construction et l'analyse de ce travail de recherche, cette hypothèse ne peut être vérifiée. Plusieurs obstacles sont apparus. Dans un premier temps, le manque de ressource documentaire concernant l'influence socio-culturelle et les soignants. Puis les questions de l'enquête ne sont pas assez tournées vers ce sujet.

4. LIMITES DE L'ETUDE ET PROPOSITION

4.1. Limites et biais

La limite de notre choix de population ne doit pas être niée. Nos deux populations sont restreintes du fait de l'unicité de l'étude sur une seule école de sage-femme et sur une année scolaire. Et tous les ESF concernés n'ont pas répondu au questionnaire. Il sera donc difficile de généraliser les résultats à tous les ESF débutant la formation pratique.

Il est à noter qu'aucune étude de ce type n'a encore été réalisée. De ce fait, nous n'avons pas la possibilité d'établir d'étude comparative et ainsi, conforter nos résultats. Nous ne pouvons donc qu'infirmer ou vérifier nos hypothèses de départ, elles-mêmes élaborées grâce aux données de la littérature.

Notre principal biais concerne les deux populations étudiées à des moments identiques mais à des périodes différentes de la formation. En effet, nous nous intéressons

à deux populations avec des individus différents, ne nous permettant pas de comparer les résultats, uniquement de les étudier un à un. Mais cela nous a permis d'obtenir une population de « jeunes » ESF plus importante.

Un biais de désirabilité ne peut pas être écarté. Les deux populations étudiées étant dans la même école de sage-femme que nous. Nous avons été en contact plusieurs fois avant de réaliser l'étude et nous leur avons présenté l'étude à l'oral avant d'envoyer les questionnaires. Les populations étant au fait de l'identité du chercheur, peuvent hésiter à répondre au questionnaire ou ne pas répondre exactement leurs ressentis, cherchant plus à donner la « bonne réponse » que leur réel sentiment.

La contrainte de temps imposée pour la réalisation de l'étude ne nous a pas permis de prouver une évolution des difficultés des ESF en stages. Il nous aurait fallu réinterroger les deux populations un an plus tard afin de comparer les réponses de chaque population.

4.2. Propositions

Au terme de ce travail de recherche, mettant en évidence des difficultés d'approche du corps chez les étudiants sages-femmes, il est intéressant d'imaginer et d'envisager des moyens afin de réduire ces obstacles à la formation pratique. Les ESF par le biais de ce questionnaire nous ont déjà apporté des pistes de réflexion.

Nous avons guidé les étudiants en leur demandant ce qu'ils souhaiteraient mettre en place pour parfaire la formation vis-à-vis des difficultés face aux premiers examens cliniques.

4.2.1. Type de formation

Concernant le type de formation, il nous a semblé nécessaire de demander aux étudiants ce qu'ils souhaiteraient mettre en place. En effet, si une formation était mise en place, ce serait la première fois qu'une formation de ce type serait mise en place à l'école de sage-femme de Nancy. Le but de cette formation est de désensibiliser les étudiants au corps humain, de pouvoir parler ouvertement des tabous concernant le contact au corps, ainsi que le projeter dans le milieu des stages.

La formation qui ressort dans les réponses des ESF est un groupe de travail puis une formation en second choix.

Le groupe de travail permet de regrouper un petit nombre d'individus dans le but de réaliser un travail commun. Il permettrait aux étudiants qui y participent de travailler en

union avec leurs futurs collègues sur un sujet qui n'est pas abordé dans la formation initiale afin de trouver un axe de progression.

Une formation comme un cours magistral ne nous semble pas l'idéal pour traiter le sujet car il permet moins l'échange et met une distance entre l'enseignant et les étudiants, ce qui n'est pas le but de cette formation.

4.2.2. Formateurs

Les étudiants nous ont répondu majoritairement par trois types de formateurs : d'autres étudiants sages-femmes, l'équipe pédagogique de l'école ou des sages-femmes. Nous allons donc expliquer les avantages et les inconvénients de chaque formateur.

	Avantages	Inconvénients
ESF	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion libre - Première expérience encore récente 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de compétences pédagogique - Formation initiale non aboutie
Equipe pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme de pédagogie - Expérience de l'enseignement - Connaissance de la population des ESF 	<ul style="list-style-type: none"> - Distance pédagogique avec les ESF
Sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> - Au cœur du métier - Expérience de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément de sensibilité avec le sujet

Les ESF questionnés ont répondu en premier choix vouloir être formé par d'autres ESF, en second choix par l'équipe pédagogique et en troisième choix par une sage-femme. Si une telle formation était mise en place, la décision du formateur devrait être prise entre les ESF entrant à l'école l'année concernée et l'équipe pédagogique.

4.2.3. Moment de la formation initiale

Il semble évident que la formation doit être mise en place au début de la formation de sage-femme. Les angoisses et les difficultés vis-à-vis du corps sont des éléments qu'il faut aborder avant le départ en stage en milieu de première année à l'école de sage-femme. Les étudiants sages-femmes en DFGSMa2 ont déjà eu lors des premières semaines de

rentrée des « pré-stages » de quelques jours les initiant à la profession de sage-femme. Ces quelques jours d'insertion professionnelle leur permettent d'envisager les difficultés éventuelles de leur formation pratique. Ainsi la formation se devra d'avoir lieu entre ces « pré-stages » et le début des premiers stages.

C'est ce que 32 étudiants (sur l'effectif de 40 réponses) répondent lors du questionnaire.

Il est envisageable de refaire cette formation à la fin de leurs stages afin de faire un bilan de leurs difficultés, partager les solutions qu'ils ont trouvées pour surmonter les problèmes et faire progresser cette formation afin qu'elle perdure dans les années qui suivront sa mise en place.

5. OUVERTURE DU SUJET

Au terme de cette étude, nous avons pu constater les différentes réactions et difficultés des ESF vis-à-vis de l'approche du corps. On retrouve aussi de nombreux aprioris et craintes. Il semble évident qu'un accompagnement des ESF arrivant à l'école de sage-femme de Nancy concernant ce sujet doit être envisagé. Suite à nos résultats, une formation de type groupe de travail serait le modèle de prédilection des ESF. Pourquoi se limiter à l'école de sage-femme de Nancy ? Il serait envisageable de transposer une telle formation à toutes les écoles de sage-femme de France afin de faciliter l'entrée en pratique des ESF et de faire évoluer positivement la formation initiale des sages-femmes.

Suite à la mise en place d'une formation visant à atténuer les difficultés éprouvées par les étudiants lors de leurs premiers stages, il serait pertinent d'évaluer l'impact et l'utilité de cette formation.

Il serait intéressant d'envisager une étude évaluant l'approche du corps sur deux ans de formation sur la même promotion afin d'observer une évolution de cette approche. Et d'évaluer ainsi l'impact de la formation pratique. Nous pourrions aussi envisager d'étendre le sujet de recherche aux différents étudiants en santé.

Lors de notre recherche documentaire, nous avons été confrontés à un manque de littérature quant aux difficultés des soignants et nous avons dû faire face à un tabou, l'examen de l'intimité dans tous les secteurs médicaux, il est généralement abordé très succinctement en expliquant qu'il faut être doux et respecter le corps de l'autre, surtout aucun détail sur la façon de faire. Il serait favorable à notre époque d'en finir avec les

tabous concernant la sexualité, l'intimité et la proximité surtout dans le secteur du soin qui se veut de plus en plus global.

CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche, nous avons pu constater que l'approche du corps par les ESF est dotée de difficultés. Celles-ci semblent être surmontées ou du moins apaisées à force de pratique.

Nous avons pu observer les différentes approches du corps par les ESF. Certaines avec plus au moins de sentiments de peur, d'angoisse ou de gêne mais toujours en mettant la patiente au cœur de la relation de soin. Une relation de soin qui, d'après nos recherches dans la littérature, se doit de prendre la femme dans son entièreté et ne plus se contenter de simples actes. Mais c'est justement ces actes qui ont été le centre de nos préoccupations puisqu'il n'est pas dénué d'impact sur les deux personnes impliquées dans le geste. Nous avons retrouvé dans la littérature de nombreux éléments concernant la pudeur du patient, les sentiments des soignés mais nous avons été confrontés à un manque concernant les sentiments des soignants.

La profession de sage-femme implique une immersion dans l'intimité des patientes. Notamment par l'examen clinique qui confronte chaque clinicien à ses propres notions de pudeur, d'intimité et de nudité. L'apprentissage de ces gestes est donc essentiel à l'exercice du métier mais n'est pas dépourvu d'obstacles.

Les ESF ont mis des mots sur leurs expériences des premiers examens cliniques et affirment les objectifs de la recherche. Ils ont éclairci les secteurs d'activités et différents gestes les plus éprouvants pour eux. Certains ont aussi affirmé que l'omniprésence de la sphère intime et sexuelle de notre pratique constitue une difficulté.

Les perspectives d'une amélioration de ces difficultés sont proches. Les ESF ont répondu favorablement au souhait de mettre en place une formation à l'école de sage-femme de Nancy afin de réduire la distance entre l'apprentissage théorique du corps et la pratique sur le corps humain. Cette perspective serait-elle envisageable à plus grande échelle ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hesbeen W. Le soignant, les soins et le soin. In : ARSLAN S. Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation. Éditions Seli Arlsan ; 2012.
- [2] Valéry P. Politique organo-psychique. Paris : Gallimard, coll. « Bibliothèque de La Pléiade » ; 1957.
- [3] Viard P. Le soin-communicant. [Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication] Université de Bourgogne ;2014. p.31-34
- [4] Dupuy O. L'information médicale. Information du patient et information sur le patient. Bordeaux : Etudes Hospitalières, 2002. p.280
- [5] Le Pley B. La délivrance de l'information médicale pendant la grossesse et sa compréhension par la patiente. [Mémoire de fin d'études de sage-femme] Rouen ; 2010. p.3
- [6] Crivelli D. Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. [Thèse de doctorat de médecine] Nancy ; 2010. p. 63
- [7] Conseil de Prague International Confederation of Midwives 2014 : Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme- document fondamental. Prague ; 2014.
- [8] Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Édition Seli Arslan ; 2013. Chapitre 1
- [9] Colangeli-Hagège H. « Pudeur, dignité et rééducation périnéale ». Disponible sur : www.geyreelectronique.com/perineologie/publications
- [10] Scheler M. La pudeur, traduit de l'allemand par M. Dupuy. Editions Aubier, Paris ; 1952
- [11] Vidal A. La pudeur aux urgences obstétricales. Évaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal [Mémoire de fin d'études de sage-femme] Faculté de médecine Paris Descartes, école de sage-femme Paris Baudelocque ;2014.
- [12] Boujut E., Koleck M., Bruchon-Schweitzer M., Bourgeois M-L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Annales médico-psychologiques, Elsevier Masson. 2009-Nov-01, 167(9) : 662-8.
- [13] Bertrand M. La mise en place d'un tutorat professionnel/ étudiant : ou comment promouvoir un changement et instaurer une politique de bienveillance vis à vis des

étudiants sages-femmes en formation initiale [Mémoire Master 2 Management hospitalier] Université Nancy 2 ; 2011.

[14] Flenghi J. Étudiants Sages-Femmes : de la souffrance au cœur de la vie ? [Mémoire Master 2 Santé Publique et environnement] Université de Lorraine, 2012.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	11
1. NOTRE ETUDE :	11
1.1. TYPE D'ETUDE.....	11
1.2. POPULATION ETUDIEE.....	11
1.3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDES.....	11
1.4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	12
RESULTATS.....	13
2. RESULTATS DE L'ETUDE.....	13
2.1. ESF ET PUDEUR :.....	13
2.1.1. Pudeur :.....	13
2.1.2. Influence de la pudeur sur les stages :.....	13
2.2. ESF ET NUDITE.....	14
2.2.1. Aisance avec la nudité.....	14
2.2.2. Influence de l'aisance avec la nudité sur la pratique.....	15
2.3. ESF ET EXAMENS CLINIQUES.....	15
2.3.1. Aisance avec l'examen clinique.....	15
2.3.2. Sentiments relatifs au contact physique avec les patientes.....	16
2.3.3. Aisance avec l'examen de l'intimité.....	16
2.3.4. Appréhension de l'examen intime des patientes avant les stages (question concernant uniquement la population « étudiant en DFGSMa3 »).....	17
2.3.5. Difficulté à pratiquer un examen de l'intimité.....	17
2.3.6. Secteur d'activité en maïeutique où il est plus difficile d'examiner les patientes.....	18
2.3.7. Cause de la difficulté d'examen des patientes par secteur.....	19
En consultation.....	19
En Salle de naissances (per partum).....	19
En secteur mère-enfant (hospitalisation post-partum).....	20
2.3.8. Les gestes les plus compliqués à pratiquer et pourquoi ils le sont.....	20
2.3.9. Freins à dépasser pour examiner les patientes :.....	21
2.4. AMELIORATION DE LA FORMATION.....	21
2.4.1. Type de formation.....	21
2.4.2. Formateur.....	21
2.4.3. Période de formation.....	22
2.5. ESF ET RAPPORT AU CORPS.....	22
2.5.1. Auto-évaluation des étudiants à leur rapport à leur propre corps.....	22
2.5.2. Evaluation des étudiants de leur rapport au corps de l'autre.....	23
DISCUSSION.....	25
3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	25
3.1. RETOUR SUR HYPOTHESE.....	26
3.1.1. Les examens des patientes ne sont pas une évidence chez tous les étudiants sages-femmes.....	26
3.1.2. Les difficultés rencontrées par les étudiants sages-femmes lors des examens cliniques ne sont pas identiques.....	26
3.1.3. L'omniprésence de la sphère intime et sexuelle de notre pratique constitue une gêne chez certains ESF.....	27
3.1.4. La pudeur personnelle influe sur nos gestes.....	28
3.1.5. Le rapport aux corps et à l'intimité évolue au long de l'apprentissage.....	28
3.1.6. Les barrières socio-culturelles influent sur la difficulté de contact.....	29

4. LIMITES DE L'ETUDE ET PROPOSITION.....	29
4.1. LIMITES ET BIAIS	29
4.2. PROPOSITIONS	30
4.2.1. <i>Type de formation</i>	30
4.2.2. <i>Formateurs</i>	31
4.2.3. <i>Moment de la formation initiale</i>	31
5. OUVERTURE DU SUJET.....	32
CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES MATIERES	36
ANNEXES.....	38
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE LA POPULATION DFGSMA2	3
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DE LA POPULATION DFGSMA3.....	5
ANNEXE III : RESULTATS	3

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire de la population DFGSMa2

Bonjour,

Étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Nancy, je réalise mon questionnaire pour mon mémoire de fin d'étude sur les éventuelles difficultés rencontrées lors des stages.

Pour cela, je souhaiterais interroger les DFGSMa2 et DFGSMa3 de l'école de sages-femmes de Nancy.

Ce questionnaire est destiné aux étudiants de DFGSMa2

Merci de l'attention que vous porterez à mon travail et bon questionnaire

Lucie Lapree

Votre profil d'apprentissage est plutôt :

- Kinesthésique
- Visuel
- Auditif

Les études de maïeutique étaient-elles votre premier choix lors de la PACES ?

- Oui
- Non

Avant votre entrée à l'école, avez-vous déjà eu une expérience professionnelle en gynécologie-obstétrique ? (Stages, job ...)

- Oui
- Non

Comment vous représentiez-vous le métier de sage-femme avant votre entrée dans les études de maïeutique ?

Compétences, statut ...

Ces représentations ont-elles changé depuis votre entrée à l'école ?

- Oui
- Non

Si oui, Comment ont-elles évolué ?

Vous estimez vous pudique ?

(Sentimentalement ou physiquement)

- Oui
- Non

Cela pourrait -il influencer votre comportement en stage ?

- Oui
- Non

Si oui, Comment ?

Evaluez votre aisance avec la nudité :

0 : pas à l'aise - 10: aucun problème

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Comment ce score peut-il impacter sur votre pratique ?

Vous sentez vous à l'aise pour faire un examen clinique ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

**Quels sentiments éprouvez-vous concernant le contact physique avec les patientes?
Vis à vis de l'examen des organes intimes (organes génitaux externes, seins) ,
Evaluez votre aisance à le pratiquer**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Pourriez-vous avoir des difficultés pour faire ces examens ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Selon vous, quel est le secteur médical de notre profession, où il est le plus difficile d'examiner les patientes ?

Pourquoi ?

Quel geste vous demandera le plus d'effort personnel pour le pratiquer ?

Sauriez-vous expliquer pourquoi ?

Quels sont , selon vous, les freins à dépasser en tant que soignant lors de l'examen intime des patientes ?

Selon vous, que pourrions-nous mettre en place pour améliorer ces difficultés ?

Formation, groupe de parole

Par qui souhaiteriez-vous être sensibilisé à ce sujet ?

Equipe pédagogique, étudiants, intervenant extérieur ...

A quel moment de la formation ?

Promotion et période de l'année

Evaluez votre rapport avec votre corps

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Evaluez votre rapport avec le corps des autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Dans votre vie personnelle, avez-vous la possibilité de parler de sexualité ouvertement ?

- Oui
- Non

Comment estimez-vous votre éducation à la sexualité ?

Quelles seraient vos requêtes pour la parfaire ?

Avez-vous des remarques à me faire sur ce questionnaire ou sur le thème du mémoire ?

ANNEXE II : Questionnaire de la population DFGSMa3

Bonjour,

Étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Nancy, je réalise mon questionnaire pour mon mémoire de fin d'étude sur les éventuelles difficultés rencontrées lors des stages.

Pour cela, je souhaiterais interroger les DFGSMa2 et DFGSMa3 de l'école de sages-femmes de Nancy.

Ce questionnaire est destiné aux étudiants de DFGSMa3

Merci de l'attention que vous porterez à mon travail et bon questionnaire

Lucie Lapree

Votre profil d'apprentissage est plutôt :

- Kinesthésique
- Visuel
- Auditif

Les études de maïeutique étaient-elles votre premier choix lors de la PACES ?

- Oui
- Non

Avant votre entrée à l'école, avez-vous déjà eu une expérience professionnelle en gynécologie-obstétrique ? (Stages, job ...)

- Oui
- Non

Comment vous représentiez-vous le métier de sage-femme avant votre entrée dans les études de maïeutique ?

Compétences, statut ...

Ces représentations ont-elles changé depuis votre entrée à l'école ?

- Oui
- Non

Si oui, Comment ont-elles évolué ?

Vous estimez vous pudique ?

(Sentimentalement ou physiquement)

- Oui
- Non

Cela pourrait -il influencer votre comportement en stage ?

- Oui
- Non

Si oui, Comment ?

Evaluez votre aisance avec la nudité :

0 : pas à l'aise - 10: aucun problème

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Comment ce score peut-il impacter sur votre pratique ?

Vous sentez vous à l'aise pour faire un examen clinique ?

- Oui

- Non

Si non, pourquoi ?

Quels sentiments éprouvez-vous concernant le contact physique avec les patientes ?

Quelles étaient vos appréhensions vis à vis de l'examen intime des patientes l'année dernière avant vos stages ?

Vis à vis de l'examen des organes intimes (organes génitaux externes, seins) ,

Evaluez votre aisance à le pratiquer

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Pourriez-vous avoir des difficultés pour faire ces examens ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Selon vous, quel est le secteur médical de notre profession, où il est le plus difficile d'examiner les patientes ?

Pourquoi ?

Quel geste vous demandera le plus d'effort personnel pour le pratiquer ?

Sauriez-vous expliquer pourquoi ?

Quels sont , selon vous, les freins à dépasser en tant que soignant lors de l'examen intime des patientes ?

Selon vous, que pourrions-nous mettre en place pour améliorer ces difficultés ?

Formation, groupe de parole

Par qui souhaiteriez-vous être sensibilisé à ce sujet ?

Equipe pédagogique, étudiants, intervenant extérieur ...

A quel moment de la formation ?

Promotion et période de l'année

Evaluez votre rapport avec votre corps

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Evaluez votre rapport avec le corps des autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise

Aucun problème

Dans votre vie personnelle, avez-vous la possibilité de parler de sexualité ouvertement ?

- Oui
- Non

Comment estimez-vous votre éducation à la sexualité ?

Quelles seraient vos requêtes pour la parfaire ?

Avez-vous des remarques à me faire sur ce questionnaire ou sur le thème du mémoire ?

ANNEXE III : Résultats

Les étudiants et la formation de sage-femme :

- Profil d'apprentissage des étudiants :

La première question de l'étude concernait le profil d'apprentissage des étudiants. Le profil d'apprentissage est une notion enseignée en début de DFGSMa2 et acquise des étudiants questionnés.

Chez les étudiants en DFGSMa2, 40% ont répondu avoir un profil d'apprentissage visuel (soit 10 étudiants), 36% un profil kinesthésique (soit 9 étudiants) et 24 % auditif (soit 6 étudiants).

Chez les étudiants en DFGSMa3, 80 % se disaient visuels (soit 16 étudiants), 15% kinesthésiques (soit 3 étudiants) et 5 % auditifs (soit 1 étudiant).

- Représentations du métier de sage-femme :

Les étudiants en DFGSMa2 à 72% (18 ESF) ont répondu oui à un changement de leur représentation de la profession et à 28 % (7 ESF) non.

Les étudiants en DFGSMa3 à 75% (15 ESF) ont répondu non à un changement de leur représentation du métier et 25 % (5 ESF) oui.

Tableau : représentation du métier de sage-femme, comparaison avant/après l'arrivée à l'école de sage-femme :

Idées représentant le métier de sage-femme :	Avant l'entrée dans le cursus maïeutique :		Après l'arrivée à l'école de sage-femme :	
	ESF DFGSMa2	ESF DFGSMa3	ESF DFGSMa2	ESF DFGSMa3
Une méconnaissance de l'autonomie :	0	6	0	<u>0</u>
La responsabilité médicale, autonomie :	7	5	3	5
Un éventail riche de compétences :	5	0	9	0
Les qualités humaines :	5	3	2	2
La prise en charge de la femme enceinte et du bébé :	5	6	0	1
La salle de naissance :	5	5	0	0

Une méconnaissance de l'autonomie :	3	0	0	0
Un statut mal reconnu :	3	3	3	4
De la théorie et de la recherche :	2	0	0	1
Des difficultés liées au stress :	1	1	4	2
Le rapport à la vie :	1	0	0	0
La prise en charge de la femme à tout âge :	0	1	6	6

ESF et sexualité

- Auto-évaluation :

Les étudiants en DFGSMa2 répondaient à 92 % oui à la possibilité de parler ouvertement de sexualité et 8 % répondent que non.

Les étudiants en DFGSMa3 répondaient oui à 85 % oui à la possibilité de parler ouvertement de sexualité et 15% répondent que non.

Nous avons demandé aux ESF d'évaluer leur éducation à la sexualité. Dans la population de DFGSMa2, 17 ESF estimaient que leur éducation sexuelle était bonne. 5 ESF avouaient une lacune familiale à ce sujet. 4 ESF déclaraient qu'elle avait été construite grâce à leur entourage. 2 ESF estimaient qu'elle était moindre. 1 ESF n'a pas répondu à la question.

Dans la population de DFGSMa3, 11 ESF estimaient que leur éducation sexuelle était bonne et 5 ESF qu'elle était assez bonne. 2 ESF déclaraient qu'elle était insuffisante et 1 ESF qu'elle était moyenne. 1 ESF n'a pas répondu à la question.

- Parfaire l'éducation sexuelle :

Pour les étudiants en DFGSMa2, 4 ESF souhaitaient une éducation améliorée pendant le collège/ lycée. 1 ESF voulait plus d'information lors de sa formation initiale. 1 ESF parlait de formation complémentaire professionnelle. 19 ESF n'ont pas répondu à cette question.

Pour les étudiants en DFGSMa3. 5 ESF souhaitaient plus de théorie sur le sujet de la sexualité. 3 ESF estimaient qu'ils n'avaient besoin de rien pour parfaire leur éducation sexuelle. 1 ESF ont exprimé l'intérêt d'avoir un entretien avec des sexologues. 11 ESF n'ont pas répondu à la question.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de LAPREE Lucie - Année 2017

Titre du mémoire

L'approche du corps par les étudiants sages-femmes

Enquête menée en 2015 auprès des étudiants de DFGSMa2 et 3 de l'école de Nancy

Résumé structuré

Objectifs de l'étude : L'objectif principal de cette recherche était d'évaluer la perception de l'approche du corps par les étudiants sages-femmes. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les difficultés des étudiants vis-à-vis de la pratique d'examens cliniques, notamment l'examen de l'intimité ainsi que de dégager des solutions pour atténuer le décalage entre pratique et théorie.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative ethnographique à partir d'une enquête par des questionnaires à l'école de sage-femme de Nancy.

Résultats : Les ESF ont mis des mots sur leurs expériences des premiers examens cliniques. Nous avons pu observer les différentes approches du corps par les ESF. Certaines avec plus au moins de peur, de gêne voire de l'angoisse mais toujours en mettant la patiente au cœur de la relation de soin. Les ESF ont éclairci les secteurs d'activités et différents gestes les plus éprouvants pour eux. Certains ont aussi affirmés que l'omniprésence de la sphère intime et sexuelle de notre pratique constitue une difficulté.

Discussion- conclusion : Les perspectives d'une amélioration de ces difficultés sont proches. Les ESF répondent favorablement au souhait de mettre en place une formation à l'école de sage-femme de Nancy afin de réduire la distance entre l'apprentissage théorique du corps et la pratique sur le corps humain.

Mots clés

Approche du corps – étudiants sage-femme - formation

