



HAL
open science

Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage

Isabelle Desnoyer

► **To cite this version:**

Isabelle Desnoyer. Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00764839

HAL Id: dumas-00764839

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00764839>

Submitted on 13 Dec 2012

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de médecine**

**LES SAGES-FEMMES JEUNES DIPLOMEES
ET L'ENCADREMENT
DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES
EN STAGE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR
Marion DESNOYER
Née le 07 Octobre 1987**

**DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2012**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de médecine**

**LES SAGES-FEMMES JEUNES DIPLOMEES
ET L'ENCADREMENT
DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES
EN STAGE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR
Marion DESNOYER
Née le 07 Octobre 1987**

**DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2012**

Remerciements

A Madame Isabelle PERRIER, sage-femme cadre, pour avoir accepté de diriger ce projet et pour ses précieux conseils,

A Madame Verlaine DUVIGNAU, sage-femme enseignante, pour la guidance de ce mémoire,

Aux sages-femmes directrices, enseignantes et jeunes cliniciennes qui m'ont permis de réaliser cette étude,

Aux associations d'étudiants sages-femmes

A ma promotion 2008-2012, et plus particulièrement Auberie, Karim et Amandine pour le soutien mutuel et les bons moments passés ensemble,

A ma famille pour sa confiance, ses encouragements et son appui tout au long de mes études.

GLOSSAIRE

CASSF	Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes
CAT	Conduite A Tenir
CF	Clermont-Ferrand
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
D	Dijon
DE	Diplôme d'Etat
DFGSMa	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
DFGSMa2	2 ^{ème} année du DFGSMa
DFGSMa3	3 ^{ème} année du DFGSMa
ESF	Etudiant Sage-Femme
IP	Initiation à la Pédagogie
JO	Journal Officiel
M	Marseille
OR	Odd Ratio
P	Poissy
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PCEM 1	Premier Cycle des Etudes Médicales 1 ^{ère} Année
PCEP 1	Premier Cycle des Etudes Pharmaceutiques 1 ^{ère} Année
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SF	Sage-Femme
TD	Travaux Dirigés
TP	Travaux Personnels
UE	Unité d'Enseignements
UFR	Unité de Formation et de Recherche

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
I. Les sages-femmes et la formation	2
A. Evolution historique :	2
B. La profession de sage-femme aujourd'hui	5
C. Les études de sage-femme aujourd'hui	6
D. Les enjeux du stage dans la formation clinique	11
II. Les outils de l'encadrement	16
A. La pédagogie	16
B. Les sages-femmes et l'enseignement clinique	20
METHODOLOGIE	
I. Objectifs et type d'étude	27
II. Matériel	27
A. Population sélectionnée	27
B. Echantillon choisi	28
C. Taille de l'échantillon	29
III. Méthodes	29
IV. Analyse statistique	30
RESULTATS	
I. Présentation de la population étudiée	31
II. L'encadrement des étudiants sages-femmes en stage	34
III. Les études de sage-femme	41
IV. Mise en situation d'encadrement d'ESF	47
V. Conseils	54
DISCUSSION ET PROJET D'ACTION	
I. Validité de l'enquête	56
A. Identification des biais	56
B. Les limites de l'étude	57
C. Points forts de l'étude	57
II. Population étudiée	58
A. Taux de réponse	58
B. Année d'obtention du diplôme	58
C. Les autres critères	59
III. Objectif principal	59
A. Vie professionnelle	59
B. Situation générale d'encadrement	62
C. Situations particulières d'encadrement	65
D. Les difficultés	67
IV. Objectifs secondaires	68
A. Les études de sages-femmes	68
B. Conséquences de l'initiation à la pédagogie	69
V. Projet d'action	73
A. Séance d'information	73
B. Le tutorat entre étudiant	74
CONCLUSION	75
REFERENCES	
ANNEXES	
I : Lettre adressée aux directrices d'école de sages-femmes	
II : L'initiation à la pédagogie à l'école de sages-femmes de Poissy	
III : Questionnaire adressé aux jeunes diplômés	
IV : Lettre adressée aux jeunes diplômés	
V : Charte d'encadrement de l'étudiants sage-femme Ecole de Dijon	

INTRODUCTION

Bien que la formation des sages-femmes ait beaucoup évolué au fil des siècles, l'enseignement clinique reste majoritaire par rapport à la formation théorique. Il représente 70% du temps scolaire, contre 30% pour l'enseignement théorique. Cette professionnalisation permet aux étudiants d'apprendre en réfléchissant sur leurs actions, de mettre en pratique leurs connaissances et de découvrir et se familiariser avec leur milieu professionnel.

Les sages-femmes cliniciennes jouent un rôle essentiel dans l'apprentissage des compétences, des savoir-faire et des savoir-être des étudiants. Elles doivent être des cliniciennes expertes alliant compétences médicales (connaissances théoriques, raisonnement clinique...) et compétences éducatives (principe d'enseignement, caractéristiques des apprenants, techniques d'évaluation...). Cependant aucune obligation n'est faite aux écoles de sages-femmes de former les étudiants à la pédagogie et à l'encadrement en vue de cette future mission.

La pédagogie est l'ensemble des techniques d'enseignements et d'éducation. Elle est le lien entre l'enseignant, l'étudiant et le savoir et est à la base de nombreuses théories d'apprentissage. Plusieurs d'entre elles placent l'étudiant au cœur de son apprentissage, amenant l'enseignant à utiliser des stratégies pour optimiser la formation clinique telles que le modèle de rôle, la supervision ou le tutorat.

Nous avons voulu savoir comment les sages-femmes récemment diplômées se positionnaient et envisageaient leur rôle dans la formation professionnelle des étudiants qu'elles encadrent. Nous nous sommes ensuite demandés si une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude changeait leurs techniques d'encadrement, et si celle-ci leur apportait une aide.

REVUE DE LA
LITTERATURE

I. Les sages-femmes et la formation

Après un rappel historique, nous présenterons le rôle et la formation des sages-femmes aujourd'hui, ainsi que l'importance des stages dans la formation clinique.

A. Evolution historique :

Depuis toujours, il y a eu des femmes pour aider d'autres femmes dans ce moment si particulier : l'accouchement. Les premières accoucheuses n'avaient pas de formation particulière, elles étaient simplement des femmes plus expérimentées que d'autres.

Au fil des siècles, leur formation s'est faite par compagnonnage : transmission des connaissances théoriques et pratiques des plus expérimentées aux plus jeunes.

Au XVIIIème siècle, Mme Angélique Le Boursier Du Coudray (1712-1792) conçoit un mannequin d'accouchement et des poupées faits de cuir et de toiles, approuvés par l'Académie de Chirurgie de Paris. Elle est la première à associer un enseignement en alternance de théorie (entraînement sur le mannequin) et de pratique. Pendant 25 ans, elle sillonne le royaume pour répandre son message pédagogique, tout en laissant quasi chaque fois sur place une équipe permanente d'instructeurs formés par elle, et capables de poursuivre son œuvre [1].

Au XIXème siècle, face à l'importance de la mortalité néonatale, l'Assemblée Nationale constituante va se préoccuper de la formation des sages-femmes et envisager la création d'une école nationale. En 1802, Monsieur Chaptal, conseiller d'état puis ministre, crée avec Marie-Louise Lachapelle (1769-1821), sage-femme en chef, l'école de l'hospice de la Maternité par arrêté du 30 Juin 1802 (11 Messidor an X) [2]. L'enseignement dure **six mois** jusqu'en 1807 où il passe à **une année**. Sous le régime de l'internat, les cours théoriques et les stages alternent dans la journée. L'enseignement pratique dispensé par la sage-femme en chef est largement

développé. Ailleurs des cours d'accouchements départementaux, malheureusement insuffisants en ce qui concerne la qualité des enseignements sont toutefois organisés. Cela aboutit en 1854 à la création de deux catégories de professionnelles : des sages-femmes de première classe pour qui l'exercice est autorisé sur tout le territoire, et des sages-femmes de seconde classe, qui ne peuvent pratiquer que dans leur circonscription [3].

Le décret du 25 Juillet 1893 [4], tout en conservant les deux classes de sages-femmes fait passer la durée des études à **deux ans**. Il réaffirme le principe d'études théoriques et pratiques avec un examen final portant sur les deux : l'enseignement pratique est toujours considéré comme essentiel [5].

Au XXème siècle :

En 1916, le diplôme unique est promulgué et en 1917 le premier programme officiel est élaboré. Ce programme prolonge le principe des études théoriques et pratiques et met en avant l'importance de l'enseignement clinique « Seules sont véritablement fructueuses les études faites dans le livre de la nature (...) c'est dans les fréquents examens des femmes en état de gestation que les élèves sages-femmes pourront véritablement apprendre » [6].

La loi du 17 mai 1943, précise la structuration des études : alternance de théorie, pratique et stage [7]. Elle est modifiée par la loi du 24 Avril 1944 qui porte la durée des études à **trois ans** en instaurant la première année commune avec les élèves infirmières [8]. Elle est complétée par un arrêté du 14 Juin 1944 fixant le programme des études, dans lequel les stages cliniques sont détaillés sans toutefois préciser le volume horaire [9]. Ce programme restera en vigueur jusqu'à celui instauré par l'arrêté du 23 Mai 1973 qui supprime l'année commune avec les élèves infirmières. Le principe d'un enseignement théorique, pratique et clinique perdure, avec une précision cette fois sur les volumes horaires. L'enseignement clinique représente 4020 heures contre 1680 heures pour l'enseignement théorique [10].

L'évolution des pratiques obstétricales et le contexte périnatal rend très vite obsolète ce programme : l'arrêté interministériel du 27 Décembre 1985 vient de nouveau réformer les études en instaurant une **quatrième année d'étude** [11]

que la loi du 19 Mai 1982 relative à l'exercice de la profession de sage-femme et à la définition de ses champs d'action avait rendu inéluctable [12]. Il est également fait distinction entre l'enseignement théorique, clinique et les stages hospitaliers. Chaque type d'enseignement conserve approximativement la même proportion en volume horaire avec un gain cependant de 350 heures de formation clinique et pratique.

Le statut du personnel des écoles, occupant leur emploi à temps plein, est créé par le décret de Septembre 1985 [11]. Il y a véritablement séparation institutionnelle de l'école et du service, et structuration des écoles.

L'arrêté du 11 décembre 2001 fixe l'avant dernier programme. Il divise la formation en deux phases, la première étant axée sur la physiologie, la deuxième sur la pathologie. Le quota minimal d'actes à effectuer est augmenté. L'enseignement à l'école représente 30% du volume horaire, face à un enseignement clinique qui en représente 70%. **La théorie reste toujours minoritaire par rapport à l'apprentissage en terrain de stage.** La validation du Diplôme d'Etat s'appuie sur la validation d'épreuves cliniques réalisées tout au long des 4 années de formation [13].

La loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, modifie le mode de recrutement : les étudiants doivent être reçus en rang utile au concours de la Première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1), commun aux filières médicales, odontologiques et de maïeutique ; ce qui consacre le rattachement de la profession de sages-femmes au statut médical et à l'université. Les étudiants effectuent ensuite les 4 ans d'études sur un mode d'alternance [14]. La formation de sage-femme dure désormais **cinq ans**.

Dès la rentrée universitaire 2010, la Première Année Commune aux Etudes de Santé : médicales, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques (PACES) vient remplacer la PCEM1 et la Première année du Premier Cycle des Etudes Pharmaceutiques (PCEP1) grâce à l'arrêté du 28 octobre 2009 [15].

Les arrêtés du 26 juillet 2010 relatifs aux modalités d'admission en deuxième et en troisième année des études médicales, odontologiques maïeutiques et pharmaceutiques, et au droit au remords sont venus réformés en profondeur l'organisation actuelle des études de santé [16, 2].

Le 10 Août 2011 est publié au Journal Officiel (JO) l'arrêté relatif au régime des études en vue de l'obtention du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) [17]. Cet arrêté s'inscrit dans la continuité de l'application du processus de Bologne aux études de Maïeutique, dont la première étape était la mise en place de la PACES. Il permet ainsi l'obtention du grade de Licence [3].

L'arrêté définissant le Parcours Master en Maïeutique est attendu courant 2012.

A la rentrée 2011, un Master Santé Publique et Environnement, spécialité : Périnatalité, Management et Pédagogie assure la formation de cadre sage-femme.

B. La profession de sage-femme aujourd'hui

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Elle est réglementée par le Code de la Santé Publique (quatrième partie, livre I, titre V). Ses champs d'action concernent la femme enceinte, la parturiente, le nouveau-né et la gynécologie préventive auprès de toute femme en bonne santé.

L'Art L.4151-1 du Code de la Santé Publique indique que :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (...). L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » [18].

En 2007, un référentiel métier et des compétences est né de la collaboration du Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), de

la mission d'Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé dirigée par le Professeur Yves Matillon et l'équipe de consultants de Guy Le Boterf. Il précise les missions et les valeurs de la profession ainsi que les compétences requises pour l'exercice de celle-ci. Il indique également que :

« En Formation Initiale, le référentiel sera au centre de la construction des futurs cursus de formation : les compétences devront être déclinées en activités d'apprentissage. Ce qui pourra permettre à l'étudiant, en bénéficiant d'une vue élargie de ses actions d'apprentissage, de saisir les messages et leurs valeurs qui lui sont enseignés. En Formation Continue et dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, les compétences seront déclinées de la même façon, et elles aideront à la mise en place de programmes pertinents, garantissant une meilleure qualité de formation. » [19].

C. Les études de sage-femme aujourd'hui

Au moment de la rédaction de ce mémoire, cohabitent deux systèmes d'organisation des études de maïeutique.

A la rentrée 2011, le programme de la 2^{ème} année du DFGSMa (DFGSMa2) est défini par l'arrêté du 19 Juillet 2011 tandis que le programme de la 2^{ème} année de première phase et la deuxième phase restent définies par les arrêtés de 2001 [17]. A la rentrée 2012, la deuxième année de première phase sera à son tour remplacée par la 3^{ème} année du DFGSMa (DFGSMa3).

1. Arrêté de 2001

Après classement en rang utile au concours de la PCEM1, la formation se déroule en deux phases de deux années chacune et comportent des enseignements théoriques, pratiques et cliniques.

- La première phase

Elle met l'accent sur la connaissance de la physiologie et vise à donner aux étudiants une maîtrise de l'obstétrique normale.

A l'issue de la 1^{ère} phase, l'étudiant sage-femme doit être capable de :

- participer aux actions de prévention auprès des adultes et des enfants,
- assurer les soins généraux des adultes et des enfants,
- assurer la prise en charge globale et participer à l'accompagnement du couple, de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement, et du post-partum,
- assurer la surveillance clinique et para clinique d'une grossesse normale,
- assurer la surveillance du travail normal,
- pratiquer l'accouchement sans risque prévisible,
- assurer la surveillance des suites de couches normales (mère et enfant),
- développer des capacités relationnelles et travailler en équipe,
- participer à des actions de recherche et d'évaluation de pratiques professionnelles.

Les enseignements théoriques durent 27 semaines. Ils sont répartis en deux groupes, les matières du premier groupe étant directement liées à l'exercice de la profession (obstétrique, gynécologie, pédiatrie), tandis que celles du second groupe sont plus générales, permettant ainsi l'acquisition d'une culture médicale (anatomie, santé publique, pathologie et démarche clinique).

A ces enseignements s'ajoutent des enseignements cliniques d'une durée de 54 semaines rattachés aux matières du premier groupe : stages, gardes, groupe de raisonnement clinique.

La validation des enseignements se fait par un contrôle continu, et un examen final comportant des épreuves écrites et orales portant sur les enseignements du premier groupe.

• La deuxième phase

L'enseignement, également réparti en deux groupes, vise à permettre aux futures sages-femmes de reconnaître immédiatement la pathologie et d'agir en conséquence.

A l'issue de la 2^{ème} phase, l'étudiant sage-femme doit être capable de :

- Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie,
- Dépister les situations à risque médical, psychologique et social,
- Orienter les patients vers des niveaux de soins adaptés,

- Participer à la surveillance et à la prise en charge des situations à risque au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches,
- Accompagner les couples dans les domaines de la préparation à la naissance et à la parentalité,
- Participer et coordonner l'organisation du travail en équipe,
- Participer à l'évaluation du travail médical et des pratiques professionnelles,
- Participer à des programmes de recherche.

La future mission d'encadrement n'est à aucun moment mentionnée dans le programme de formation. Il est donc laissé à la liberté des écoles de sages-femmes d'aborder ce thème ou non.

La validation des enseignements se fait par contrôle continu pour les matières du second groupe et par un système mixte combinant contrôle continu et examen final pour les matières du premier groupe (épreuves écrites, orales, et une épreuve clinique). De plus, un mémoire doit être présenté lors de l'examen final, qui fait l'objet d'une soutenance publique, et qui porte sur un sujet en lien avec la profession.

Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants qui ont validé les unités d'enseignements des deux phases, les stages, le mémoire. Diplôme de l'enseignement supérieur, il est délivré par les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine des Universités auxquelles sont rattachées les écoles de sages-femmes [20].

Le tableau suivant montre la répartition des semaines d'enseignement théorique et clinique durant les deux phases de formation.

	1^{ère} phase	2^{ème} phase
Enseignement théorique : Cours magistraux, Enseignements dirigés, Travaux dirigés, Travaux de groupe, Groupe de raisonnement clinique, Travaux de recherche, Evaluation	27 semaines	24 semaines
Enseignement clinique : Stage, Gardes, Groupe de raisonnement clinique, Staff, Evaluation	54 semaines	51 semaines
Révisions	1 semaine	1 semaine
Vacances	22 semaines	16 semaines
Total	104 semaines	92 semaines

Tableau I : L'organisation générale de la formation des sages-femmes (année universitaire 2010-2011)

2. Arrêté de 2011 :

Le DFGSMa sanctionne la première partie des études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres de la formation correspondent à la PACES. La formation a pour objectifs :

- L'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme,
- L'approche fondamentale de l'être humain,
- L'acquisition de connaissances fondamentales de physiopathologie et de pharmacologie.

Quatre principes régissent l'acquisition de ces connaissances :

- La non-exhaustivité : l'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire.

- La participation active de l'étudiant : il convient d'envisager l'acquisition des connaissances à travers la participation active de l'étudiant.
- L'interdisciplinarité : elle prépare à la collaboration entre futurs professionnels de la santé. Elle s'établit par la mise en place d'Unités d'Enseignement (UE) communes à plusieurs filières de santé.
- L'ouverture : préparer, dès le niveau licence, les différentes orientations professionnelles. La formation comprend donc un tronc commun (entre 80 et 90% du total des enseignements) et des UE libres.

L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et d'apprentissage pratique en milieu clinique.

La validation des UE permet l'acquisition des crédits européens correspondants. Le nombre de crédits européens affectés à chaque UE est fixé sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des UE d'un semestre [17].

Le temps passé en stage en L2 et L3 a beaucoup changé par rapport au temps passé en stage en première phase du précédent programme :

	1 ^{ère} Phase :	DFGSMa :
1 ^{ère} année / DFGSMa2	27 semaines de 40H soit 1080 H	10 semaines de 30H soit 300H
2 ^{ème} année / DFGSMa3	27 semaines de 40H soit 1080 H	24 semaines de 30H soit 720H

Tableau II : Répartition des semaines d'enseignement clinique des deux programmes de formation

Le législateur a souhaité augmenter le temps passé en stages en fin de cursus : la répartition des enseignements théoriques et pratiques sera différente, avec cependant une légère diminution des enseignements pratiques.

Au moment de la rédaction de ce mémoire, les étudiants de DFGSMa2 ne sont allés en stage. Les sages-femmes cliniciennes n'ont donc pas été confrontées au niveau de connaissance théorique et pratique des étudiants issus du nouveau programme de formation.

D. Les enjeux du stage dans la formation clinique

1. Le stage comme lieu d'acquisition de compétences

Le stage permet d'acquérir les compétences de la profession de sage-femme et est le lieu où s'effectue la construction de l'identité professionnelle [21].

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes fait la distinction entre avoir des compétences et être compétent :

- Avoir des compétences : c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnels avec les patientes, savoir-faire de coopération avec les collègues et d'autres professionnels de la santé, méthodes de raisonnement clinique...) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

- Etre compétent : c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinaison appropriée de « ressources » [19].

L'apprentissage par alternance se définit comme une succession de périodes de stage en situation professionnelle et de séquences de cours théoriques, dont la durée et la fréquence sont définies par l'établissement scolaire ou universitaire [22].

L'alternance permet l'articulation de l'enseignement clinique avec des savoirs théoriques et scientifiques, et a toujours joué un rôle important dans la formation des professionnels de santé. L'apprenant mobilise ses savoirs et devient compétent.

De plus la rencontre avec les professionnels de terrain permet à l'étudiant de développer les compétences en matière de savoir-être, de s'intégrer dans un milieu social et d'avancer vers la construction d'une identité professionnelle [21].

2. L'organisation pratique des stages en école de sages-femmes :

Les écoles organisent majoritairement l'alternance de période de cours temps plein avec des périodes de trois ou quatre semaines de stages temps plein.

Les écoles de sages-femmes sont des organismes de formation agréées dépendant d'un centre hospitalier qui en est l'organisme gestionnaire. Cet établissement possède un service de gynécologie-obstétrique qui constitue le terrain de stage privilégié des étudiants. La majorité des écoles de sages-femmes dépendent de centres hospitaliers universitaires [23]. Dès Juillet 2009, « La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités. [24]»

Le programme de 2001 apporte le principe des stages hors de la maternité de rattachement : « les stages sont effectués dans les établissements de soins publics ou privés et leurs maternités de type 1, 2 et 3 ».

De plus « Le choix des terrains de stage s'établit en fonction du projet pédagogique de l'école, du projet de formation de l'étudiant et des possibilités locales (...). La planification de la formation clinique des étudiants sages-femmes est effectuée en semaines temps plein. Toute autre organisation peut être envisagée en fonction du projet pédagogique de l'école.» [13].

Les écoles s'adaptent aux ressources et aux conditions locales. Des liens ont pu s'établir avec d'autres établissements devenant partenaires de formation pour l'enseignement clinique.

3. Le rôle des différents acteurs dans l'encadrement

- A l'école :

La législation française indique que les sages-femmes enseignantes doivent être cadre :

« Les sages-femmes cadres sont chargées de fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification : elles les exercent soit dans les services hospitaliers, soit dans les écoles relevant d'établissements d'hospitalisation publics préparant au Diplôme d'Etat de sage-femme.

Dans ce dernier cas, elles participent en qualité de moniteur, sous l'autorité du directeur ou de la directrice de l'école, à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves si elles possèdent le certificat de Cadre Sage-femme créé par le décret n° 70-1043 du 6 novembre 1970 ; elles participent aussi, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des écoles ou en vue de la délivrance des diplômes et certificats préparés dans les dites écoles. » [25].

Elles sont responsables de l'organisation générale des stages : il leur appartiendra de démarcher les terrains de stage, de décider de la fréquence de l'alternance, de la durée des séquences, des objectifs institutionnels en fonction du terrain de stage et du niveau d'études, de l'évaluation en lien avec les partenaires de formation. Elles effectuent également selon les objectifs du projet pédagogique, un encadrement des étudiants sur les terrains de stage [21].

Comme expliqué dans la partie historique, l'école de cadre sage-femme a été remplacé par un Master Périnatalité, Management et Pédagogie. La première promotion sera diplômée en Juin 2013.

- Dans les services :

Il n'est fait nullement mention d'exigences en matière d'accueil et d'encadrement des stagiaires. Une circulaire de 1987 réaffirme l'importance des objectifs de la formation clinique minimale et la nécessité « d'appeler plus particulièrement l'attention des équipes d'encadrement des écoles sur les enseignements cliniques » afin que cette formation soit « dispensée de la

manière la plus rigoureuse possible. Elle est nécessaire pour que les sages-femmes nouvellement diplômées puissent accomplir dans les meilleures conditions les actes relevant de leurs capacités professionnelles et pour lesquels le législateur leur a reconnu une large autonomie en classant leur profession parmi les professions médicales » [26].

Nous pouvons également rappeler qu'outre les missions de soins, les établissements de santé peuvent être appelés à assurer « l'enseignement universitaire et postuniversitaire » ainsi que « la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes (...) et la recherche dans leurs domaines de compétence » [27].

Cette mission de formation incombe donc de droit aux personnels de la fonction publique hospitalière sans qu'il ne soit apporté davantage de précisions sur l'organisation de l'accueil des professionnels en formation.

L'obligation faite aux établissements de s'inscrire dans une démarche d'accréditation précise les conditions de cette mission dans le cadre du référentiel de 2007 : « La gestion des ressources humaines veille à la qualification et à la formation initiale et continue du personnel (y compris des stagiaires et intérimaires) au regard des tâches ou des missions qui lui sont confiées (...) » [28].

Dans les versions 2009 et 2010 du manuel d'accréditation, il est uniquement fait mention de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles [29,30].

Le cadre de service travaille en étroite collaboration avec les instituts de formation et l'université pour coordonner l'encadrement et l'évaluation des différents étudiants. Il participe aux actions de formation et d'encadrement des étudiants sages-femmes et/ou des autres professionnels. La sage-femme cadre est le relais indispensable à la mise en place d'actions pédagogiques orientées vers l'encadrement des étudiants et l'accompagnement des nouveaux embauchés [31].

Véritables formateurs-soignants, les sages-femmes cliniciennes accompagnent l'étudiant dans son processus d'apprentissage des savoirs

cliniques, tout en assurant aux parturientes un environnement de soins performants et sécurisés.

Elles ont donc des fonctions :

- d'encadrement : les sages-femmes guident et accompagnent les étudiants tout au long de leur stage. Elles les guident dans la réalisation des gestes, et leur apprennent la réalité de l'urgence.

- d'enseignement : elles veillent à la progression des étudiants en fonction de leurs objectifs. Elles peuvent aussi intervenir à l'école pour dispenser des cours.

- d'évaluation : elles participent aux évaluations cliniques [32].

Par le travail en interdisciplinarité, les médecins assurent également la transmission des pratiques obstétricales lors des situations qui justifient leur présence au bloc obstétrical, dans les secteurs de grossesses pathologiques ou en accueillant les étudiants lors de consultations et d'échographies. Ils interviennent souvent dans le cadre de l'enseignement théorique et facilitent le transfert de connaissances de la théorie à la pratique. Ils participent en outre à l'épreuve clinique du Diplôme d'Etat [21].

II. Les outils de l'encadrement

Dans cette deuxième partie, nous présentons des éléments de compréhension du processus d'apprentissage et les spécificités de l'enseignement clinique. Ces spécificités permettent de percevoir les stratégies pédagogiques à privilégier pour optimiser l'apprentissage en stage, pour inférer des compétences et motiver l'apprenant.

A. La pédagogie

La pédagogie est selon le dictionnaire Larousse, « l'ensemble des méthodes pour éduquer les enfants et les adolescents » [33].

Depuis de nombreuses années, une évolution des étudiants est observée : ils tendent à être acteurs de leur formation et revendiquent leur autonomie. Simultanément, les recherches en psychologie et en pédagogie explorent l'acte pédagogique et placent l'apprenant au cœur de son apprentissage [34].

1. L'enseignement, la formation et l'apprentissage

- Le triangle de Jean Houssaye

Dans son modèle de compréhension pédagogique, Jean Houssaye définit tout acte pédagogique comme l'espace entre trois sommets d'un triangle : l'enseignant, l'étudiant, le savoir.

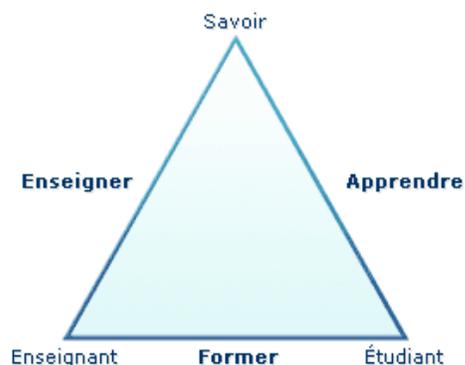


Figure 1: Triangle didactique de Jean HOUSSAYE

Les côtés du triangle sont les relations nécessaires à cet acte pédagogique :

- La relation didactique est le rapport qu'entretient l'enseignant avec le savoir et qui lui permet d'ENSEIGNER ; l'enseignant est détenteur et transmetteur de savoirs tandis que l'étudiant conceptualise puis applique.
- La relation pédagogique est le rapport qu'entretient l'enseignant avec l'étudiant et qui permet le processus FORMER. L'apprenant construit de nouvelles capacités qu'il pourra réinvestir tandis que le formateur est l'organisateur de situations d'apprentissage,
- La relation d'apprentissage est le rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche APPRENDRE [35].

- Selon Gagné, Enseigner est le fait d'organiser des situations d'apprentissage c'est-à-dire proposer à l'apprenant un certain nombre de situations qui vont l'inciter à se poser des questions, à émettre des hypothèses et ainsi provoquer l'apprentissage.

- Pour Piaget, Apprendre c'est acquérir de nouveaux schèmes d'action. Un schème est une structure ou organisation des actions telles qu'elles se transforment ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues. L'interaction permanente entre l'individu et l'objet (le monde) permet la construction des connaissances.

Dans le courant behavioriste, Apprendre correspond à la modification durable de son comportement : donner une nouvelle réponse à un stimulus qui ne la provoquait pas [22].

Pour que l'apprentissage soit optimum, l'étudiant doit y prendre une part active. Cette participation lui permet la gestion de ses acquisitions, avec une part d'autonomie, en interaction avec l'équipe responsable de sa formation [34].

Les mécanismes de l'apprentissage ont fait l'objet de nombreuses recherches qui ont donné naissance à diverses théories.

2. Les théories de l'apprentissage

Au cours du XXème siècle, de grandes théories se sont démarquées :

- La théorie **behavioriste** :

Le behaviorisme, terme créé en 1913 par l'américain Watson à partir du mot *behavior* signifiant comportement, est basé sur le fait que l'acquisition de connaissances se fait par le conditionnement, qui entraîne une modification du comportement. Ce modèle peut être considéré comme réducteur car il nie l'existence de la pensée : le sujet acquière des réponses stéréotypées.

- Les théories **cognitives** :

L'acquisition des connaissances se fait en s'appuyant sur les représentations déjà intégrées et leurs traitements à partir de l'information donnée. La cognition est donc constituée par un ensemble de niveaux de traitements : extraction et interprétation de l'information à partir des représentations, des acquis, puis prise de décision, et donc mise en place d'une nouvelle représentation. L'activité cognitive est finalisée en une action, et s'appuie sur la mémoire : tout est présent dans l'esprit. Le rôle du professeur consiste à les « accoucher ».

- Les théories **constructivistes** :

Son représentant le plus célèbre est Piaget. Cette théorie de l'apprentissage développe l'idée que les connaissances se construisent par ceux qui apprennent. Ici acquérir des connaissances suppose l'activité des apprenants, activité de manipulation d'idées, de connaissances, de concepts. L'individu est donc le protagoniste actif du processus de connaissance, et les constructions mentales qui en résultent sont le produit de son activité.

Il organise son monde au fur et à mesure qu'il apprend, en s'adaptant. Cette perspective constructiviste insiste sur la nature adaptative de l'intelligence, sur la fonction organisatrice, structurante qu'elle met en œuvre. L'acquisition des connaissances se fait donc par un processus de construction, et non plus de simple interprétation : il y a assimilation, accommodation puis équilibration.

Vygotski rajoute une dimension à la théorie de Piaget : la construction des connaissances se fait aussi par la relation, l'interactivité avec les autres, c'est le **socioconstructivisme**.

Enfin la dernière notion développée par Bassis regroupe les deux précédentes : **l'auto-socio-constructivisme**. L'apprentissage se fait dans chaque dimension : l'individuel et le collectif [36].

3. La professionnalisation

La professionnalisation est la nécessaire confrontation de la théorie à la pratique ; c'est la mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités acquises par la formation. Le niveau de performance, pour l'obtention d'un résultat fixé, permettra de constater si la compétence est ou non maîtrisée. La professionnalisation est un moyen de :

- **apprendre** (réflexion sur l'action) dans une situation où le droit à l'erreur ne porte pas à conséquence,
- **contextualiser** des capacités acquises,
- **réaliser une action professionnelle** avec des probabilités de réussite fortes (action adaptée au niveau de l'étudiant, encadrement par un tuteur ou un compagnon ...) [37].

La professionnalisation du savoir médical s'ordonne sur quatre opérations de la conscience intentionnelle :

- la connaissance **empirique**, liée à l'expérience, aux situations professionnelles et au savoir-faire,
- la connaissance **intellectuelle**, la capacité de nommer ses actes propres et de manier avec pertinence les concepts propres à la profession,
- la connaissance **rationnelle**,
- la connaissance **responsable**, pour décider et agir en connaissance de cause (interrogation ou réflexion éthique) [38].

L'apprenant acquière ainsi des compétences.

B. Les sages-femmes et l'enseignement clinique

1. Les compétences de l'enseignant clinicien

Avant tout, l'enseignant clinicien doit être un clinicien expert. L'expertise clinique est multidimensionnelle. Elle comprend le raisonnement clinique, les connaissances spécifiques, les habiletés cliniques et techniques, le jugement professionnel, la communication. Cela signifie que l'enseignant clinicien doit avoir développé et intégré les connaissances relatives à l'ensemble des compétences et qu'il doit les appliquer efficacement dans sa pratique clinique quotidienne.

Aux domaines de connaissances relatifs à la médecine (les connaissances médicales, les patients, les contextes cliniques) s'ajoutent des domaines relatifs à l'éducation (les principes d'enseignement et d'apprentissage, les caractéristiques des apprenants, etc.).

Une théorie éducative, la théorie de l'apprentissage expérientiel, signale l'importance et la place centrale de l'expérience pratique dans le développement des compétences. Mais la pratique seule, bien que nécessaire, n'est pas suffisante et doit s'associer à de la réflexion pendant et après l'action pour permettre une interprétation et une éventuelle modification des schémas conceptuels préexistants.

Cette triade de contextualisation, décontextualisation et recontextualisation est à la base du transfert des connaissances.

Le clinicien doit « prendre conscience de ses connaissances et de ses actions, être capable d'explicitier, d'articuler, d'expliquer, de critiquer voire de corriger ses actions et, *in fine*, être en mesure de rendre visible et accessible à l'apprentissage non seulement le résultat de sa démarche de solution de problème mais surtout son processus ainsi que l'articulation des savoirs sous-jacents(...). Cette nécessaire explicitation de la part de l'enseignant n'est pas toujours facile à réaliser puisque, paradoxalement, la rapidité d'exécution et l'automatisation des connaissances d'action sont également des caractéristiques de l'expertise médicale » [39].

2. Le contexte de l'enseignement clinique

Ces enseignants sont engagés simultanément avec leurs patients et les étudiants dans un double processus de raisonnement clinique et de raisonnement pédagogique. Ils planifient l'enseignement, diagnostiquent le niveau de connaissances et de compréhension des étudiants en les écoutant et en les questionnant, prennent des décisions pédagogiques adaptées aux étudiants et aux situations cliniques disponibles.

L'engagement dans la réalisation de tâches professionnelles authentiques constitue le contexte d'apprentissage potentiellement le plus motivant pour l'étudiant et le plus puissant pour l'enseignement et l'apprentissage des compétences intégrées au service de la résolution de problèmes de santé des patients.

Le processus d'apprentissage actif dépend de l'étudiant, mais le rôle du professeur est central en tant que modèle de rôle et de superviseur, pour susciter et promouvoir le processus de réflexion et pour valider ou corriger le résultat du processus [39].

3. Le modèle de rôle

Il n'existe pas de manuel pédagogique recensant toutes les situations cliniques possibles, décrivant toutes les composantes d'une compétence, définissant les caractéristiques de la sage-femme experte. C'est le professionnel qui encadre qui devient le modèle. **C'est en observant des professionnels que l'étudiant se construit.** Il s'inspire des savoir-faire et savoir-être de celui-ci.

Dans la littérature, il n'y a pas de définition reconnue du modèle de rôle. Dans le dictionnaire de l'éducation de Legendre, le terme « modèle de rôle » ne figure pas. Les termes sont abordés séparément. Le modèle est « l'idéal à atteindre par l'imitation d'un être ou par référence à un ensemble de caractères à acquérir pour s'approcher d'un état de perfection : guide de l'action et de la pensée », le rôle étant « fonction assignée à quelqu'un, un comportement qu'il est convenu d'attendre de sa part » [40].

Ces définitions illustrent la variété des influences exercées par la sage-femme clinicienne sur l'étudiant en stage ainsi que leur impact possible sur la qualité de l'apprentissage.

Cependant toutes les sages-femmes cliniciennes encadrant les étudiants en stage ne sont pas identifiées comme modèle de rôle. La perception des apprenants devient alors essentielle.

Pour être un bon modèle de rôle, il convient de cumuler :

- Des **compétences cliniques et techniques** reconnues mais également des connaissances théoriques entretenues,
- Des **habiletés d'enseignant** : une approche centrée sur l'apprenant,
- Des **qualités personnelles** : compassion, humanité, enthousiasme, intégrité, habileté interpersonnelle, attention particulière à la relation praticien-patient.

Le bon modèle de rôle permet à l'étudiant d'aborder des dimensions de la compétence moins souvent explicitées comme la communication, l'éthique, le professionnalisme.

Tous les intervenants en stage n'ont pas conscience de ce rôle. Il est probable que la plupart des sages-femmes exercent ce modèle de rôle de façon implicite, le modèle devient « silencieux. »

Ce type de modèle de rôle permet beaucoup d'interprétations possibles de la part de l'étudiant. Un modèle tacite ne permet ni la réflexion, ni le raisonnement, ni la métacognition. Il peut être dans ce cas un frein à l'apprentissage [39, 41].

La métacognition est la conscience qu'a un sujet de ses propres processus mentaux et de sa capacité à les réguler. Il existe 3 niveaux dans la métacognition : la conscience que le sujet a de ses activités cognitives, le jugement qu'il porte sur ces activités et la décision de modifier ces activités ou de les changer. La métacognition a un rôle essentiel dans l'apprentissage [40].

4. La supervision

Dans le cadre de la supervision, il y a inversion des rôles : l'étudiant prend en charge la patiente tandis que la sage-femme l'observe, le guide, l'amène à analyser ses pratiques. Les stages sont une opportunité d'établir une supervision directe, dans le contexte réel de la future activité professionnelle de l'étudiant.

Les tâches et responsabilités du superviseur invitent à assumer deux rôles bien spécifiques, c'est-à-dire celui du clinicien, responsable du suivi médical des patients, et celui du pédagogue, responsable d'aider les étudiants à développer leurs compétences cliniques. Ainsi, dans une démarche de raisonnement pédagogique très similaire à celle du raisonnement clinique, le superviseur va aller à la recherche d'indices qui vont lui permettre d'élaborer des hypothèses sur la qualité du raisonnement de l'étudiant afin de préciser ses besoins d'apprentissage. Il pourra alors formuler un diagnostic pédagogique et choisir une manière précise de superviser qui tienne compte de ses conclusions. La supervision devient alors un processus réfléchi, ciblé et dynamique

Pour établir une supervision efficace et ainsi faciliter l'apprentissage, la sage-femme doit posséder des capacités spécifiques :

- déterminer les connaissances et les habiletés à acquérir,
- confier des tâches selon les capacités du stagiaire,
- utiliser son autorité, son pouvoir, son influence avec discernement,
- savoir favoriser la mise en lien théorie-pratique,
- excuser les erreurs,
- donner une rétroaction constructive et régulière,
- savoir créer un climat de confiance avec l'étudiant afin de le soutenir et de le stimuler,
- composer avec les dimensions affectives et cognitives [41, 42].

5. Le tutorat

Selon Gaulin, le tutorat est l'ensemble des actions personnalisées d'un être humain conduisant un autre être humain à l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs

d'enseignement. Un tuteur est une personne qui est habilitée à aider autrui, de par sa maîtrise d'une compétence dans un domaine particulier.

Un tuteur est un adulte ou un autre élève plus compétent. Il est choisi en fonction de sa maîtrise professionnelle, de ses motivations, et de ses capacités relationnelles et pédagogiques.

Le tutorat comporte une évaluation formative très régulière.

L'intérêt du tutorat par les pairs est multiple :

- Il valorise celui qui devient tuteur, lui permettant de mieux comprendre le contenu qu'il enseigne car en enseignant il apprend ; et favorise une remise en question constante des diverses composantes de l'intervention pédagogique du professeur ;

- Le tutoré bénéficie d'un type d'explication éventuellement plus simple et plus adapté que celui qui serait donné par l'enseignant ;

- La gestion de la discipline est plus simple : les apprenants sont actifs donc moins enclins à papillonner ;

- L'apprenant pose plus facilement des questions ;

- Le tuteur a souvent un pouvoir de persuasion supérieur à celui de l'enseignant.

Le tutorat s'accorde parfaitement avec l'individualisation voire la personnalisation de la formation [22, 43].

6. L'évaluation

Selon De Ketele, Gérard et Roegiers évaluer c'est :

« Recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision. »

Il y a donc souvent un jeu de va-et-vient entre les objectifs et les informations recueillies. « L'évaluation est un processus qui commence quand on se fixe un objectif à atteindre, et qui se termine quand on a pris une décision en rapport à cet objectif. Cela ne signifie pas que le processus global se

termine avec la décision. Au contraire, celle-ci marque le début du processus de rétroaction qui est tout aussi important que l'évaluation. » [44].

L'évaluation est différente d'un jugement, elle aboutit à une prise de décision ayant pour finalité trois objectifs distincts : l'ajustement (régulation), l'orientation (elle situe l'élève par rapport à ses objectifs d'apprentissage), la validation.

En fonction des objectifs que l'on se fixe, on peut donc distinguer plusieurs types d'évaluation :

- l'évaluation formative : elle est effectuée pendant les apprentissages et vise à les réguler. Elle a une fonction diagnostique. Elle offre l'opportunité au formateur d'aider l'apprenant à corriger ses conceptions erronées et d'ajuster les apprentissages à venir en fonction du diagnostic des acquisitions établies. Elle lui donne des informations sur la progression de sa formation et oriente éventuellement ses stratégies d'apprentissages.

- l'évaluation sommative : elle intervient à la fin d'une séquence d'enseignement afin de juger du degré et de la valeur des apprentissages réalisés par l'étudiant. De ce fait elle est souvent identifiée à la fonction administrative de l'évaluation et est parfois qualifiée de sanctionnante. Cependant elle devient partie intégrante de l'apprentissage ; elle constitue une information qui aide l'apprenant à progresser et qui permet à la sage-femme clinicienne d'améliorer ses propres interventions.

- l'auto évaluation : elle se produit tout au long des apprentissages, c'est une évaluation de soi pour soi. L'auto évaluation est fortement liée à la métacognition. Il est important d'exercer l'apprenant à analyser ce qu'il sait, sur ce qu'il sait faire afin qu'il puisse remédier à ses difficultés. Il peut bien entendu faire appel à une autre personne dans une relation d'aide. La métacognition et l'auto évaluation doivent devenir des savoir-faire à développer et aussi des habitudes à faire acquérir. Ceci est possible en invitant l'apprenant à faire un retour réflexif sur une démarche ou un résultat obtenu par un feed-back [41, 40, 45].

La feuille de validation de stage constitue une évaluation critériée. En effet les compétences de base sont explicitement définies ; leur parfaite maîtrise garantit la réussite. Il y a souvent combinaison de compétences, ce qui rend difficile l'évaluation séparée des connaissances. Plusieurs critères sont souvent nécessaires [41].

Selon Tardif, l'évaluation critériée influence fortement la motivation d'un étudiant à apprendre. En validant les compétences acquises, en soulignant sa progression, l'évaluation lui permet de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, elle l'aide à percevoir le contrôle qu'il peut avoir sur son apprentissage [46].

Nous avons montré l'importance de l'expérience dans l'acquisition des compétences, les qualités nécessaires d'un clinicien encadrant, les différentes techniques d'encadrement, et décrit les différents types d'évaluation

Nous pouvons nous demander comment un jeune professionnel, qui n'a d'expérience professionnelle que quatre années de stages en tant qu'étudiant et qui n'a pas d'expérience pédagogique, encadre-t-il et évalue-t-il un étudiant ? Est-ce qu'un enseignement spécifique au moment de sa formation initiale pourrait l'aider dans cette mission ?

METHODOLOGIE

I. Objectifs et type d'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la position des sages-femmes jeunes diplômées face à l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Cet objectif pourrait être traduit par la question : comment les sages-femmes jeunes diplômées se positionnent-elles dans l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage ?

Le critère de jugement principal était la place des sages-femmes dans l'encadrement des étudiants.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Existe-t-il une différence d'encadrement lorsque la sage-femme jeune diplômée a reçu une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude ? (le critère de jugement étant l'encadrement d'un étudiant sage-femme de quatrième année de cursus)

- L'initiation à la pédagogie en dernière année d'étude est-elle une solution pour aider les sages-femmes jeunes diplômées à encadrer ? (le critère de jugement étant l'avis des jeunes diplômés).

Concernant l'objectif principal, cette étude était transversale descriptive.

Pour la réalisation des objectifs secondaires, il s'agissait d'une étude « ici et ailleurs » à visée étiologique.

II. Matériel

A. Population sélectionnée

Le terme « jeune diplômé » n'étant pas défini dans la littérature, nous avons choisi de sélectionner les quatre dernières promotions de sages-femmes diplômées. Il s'agit des promotions diplômées en 2008, 2009, 2010 et 2011 des écoles de sages-femmes françaises.

B. Echantillon choisi

Pour la réalisation de nos objectifs secondaires nous avons cherché à constituer deux groupes :

- Le premier : constitué de sages-femmes diplômées **ayant eu une initiation à la pédagogie** au cours de leur cursus de formation (les « exposés »).

- Le deuxième : constitué de sages-femmes jeunes diplômées **n'ayant pas reçu d'initiation à la pédagogie** au cours de son cursus de formation (les « non-exposés »).

Pour savoir quelle école de sages-femmes propose une initiation à la pédagogie à ses étudiants, nous avons envoyé une demande par mail à toutes les directrices d'écoles [annexe I].

Nous avons reçu 18 réponses pour 35 écoles contactées.

Quatre écoles proposent une Initiation à la Pédagogie (IP) dont une pour qui ce fut la première fois en 2010, et une qui a modifié ses méthodes générales d'enseignement en 2009. Nous avons donc retenu deux écoles parmi ces quatre : **Marseille** et **Poissy**.

⇒ L'annexe II expose le contenu de l'IP de l'école de Poissy. Elle est dispensée par une enseignante de l'école, est composée de deux séances de TD en demi groupe de 1h30 à 2h, et contient :

- au 1^{er} trimestre de l'année : apports théoriques, mises en situation et groupe de parole,

- au 3^{ème} trimestre : élaboration d'une grille d'évaluation

⇒ A l'école de Marseille, l'IP est faite par la directrice de l'école sans support de cours particulier. Il s'agit d'une séance de sensibilisation interactive avec pour objectifs de passer de la posture d'étudiant à celle de praticien formateur/évaluateur. Un DU de pédagogie clinique a également été mis en place, ouvert aux jeunes diplômés.

Concernant les écoles ne proposant pas d'initiation à la pédagogie, nous avons choisi les écoles de **Clermont-Ferrand** et **Dijon** pour la facilité de contacts des jeunes diplômés.

Pour la réalisation de l'objectif principal nous avons réuni nos deux groupes.

C. Taille de l'échantillon

Le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études dans la filière maïeutique suite à la PCEM1 est fixé chaque année par arrêté du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Nous savons donc qu'environ 4000 personnes ont été diplômées de 2008 à 2011, dont 500 des quatre écoles que nous avons sélectionnées [47, 48].

III. Méthodes

Les sages-femmes ont été interrogées de manière strictement anonyme par l'intermédiaire d'un questionnaire [annexe III].

Ce questionnaire était un Google-Document disponible en ligne, à l'adresse URL suivante :

<<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dG1WU3hZbnAtb0Q5UDJuNFFqa3I1cHc6MA>>.

Ce lien était inclus dans une lettre explicative [annexe IV] envoyée par mail aux diplômés de 2008, 2009, 2010 et 2011 des écoles de sages-femmes de Clermont-Ferrand, Dijon, Marseille et Poissy, le 05 Janvier 2012.

Notre lettre explicative a été transmise aux diplômées via trois associations d'étudiants sages-femmes et un enseignant pour respecter l'anonymat des enquêtés.

Nous avons effectué deux relances : les 18 et 25 Janvier 2012.

Nous savons que notre questionnaire a été envoyé à 426 adresses mails dont 36 non fonctionnelles. Nous avons donc réellement envoyés 390 questionnaires.

198 réponses ont été comptabilisées.

IV. Analyse statistique

L'ensemble des données recueillies par chaque questionnaire était automatiquement saisi sur un tableau et anonymisé. Nous avons téléchargé ce tableau le 13 Février 2012, et l'avons traité grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2003.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel « R », version 2.14.1.

Lors des comparaisons des différentes variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Khi Carré de Pearson (χ^2) quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, afin de savoir si la différence entre les deux groupes étudiés était statistiquement significative (non due au hasard). Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Dans les deux cas, la significativité des résultats était donnée par une valeur de « p » inférieure à 0.05.

Lorsque la différence était significative et que les conditions le permettaient, nous avons effectué un test de régression univarié, nous indiquant un Odd Ratio accompagné d'un indice de confiance (IC).

RESULTATS

I. Présentation de la population étudiée

Sur les 390 questionnaires envoyés, 198 réponses ont été comptabilisées. Le taux de réponse global est de **50,78%**.

A. Lieu de formation

Les enquêtés sont des diplômés de quatre écoles différentes : Clermont-Ferrand, Dijon, Marseille et Poissy.

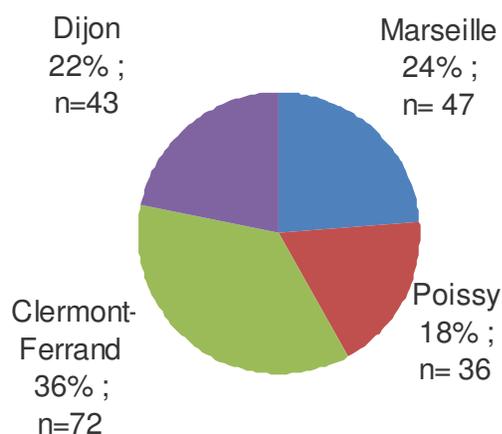


Figure 2: Lieu de formation des enquêtés

Les diplômés d'écoles proposant une Initiation à la Pédagogie (Marseille et Poissy) représentent **42%** des enquêtés, contre **58%** issus d'écoles ne proposant pas d'IP (Clermont-Ferrand et Dijon).

B. Année d'obtention du Diplôme d'Etat

Les enquêtés ont obtenu leur Diplôme d'Etat (DE) en 2008, 2009, 2010 et 2011 selon la répartition suivante :

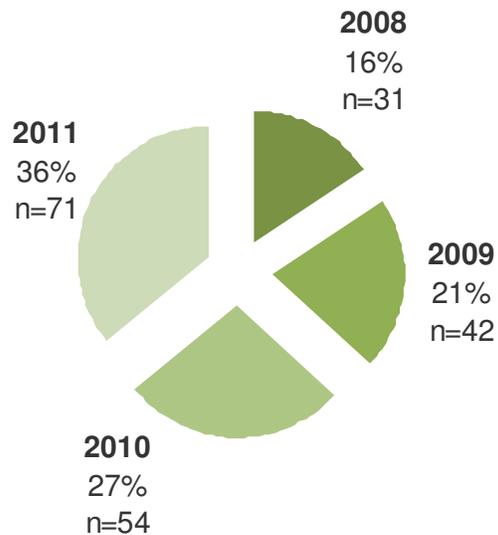


Figure 3: Année d'obtention du Diplôme d'Etat

Lorsque nous observons la répartition des années d'obtention du DE en fonction de l'école, nous obtenons l'histogramme suivant :

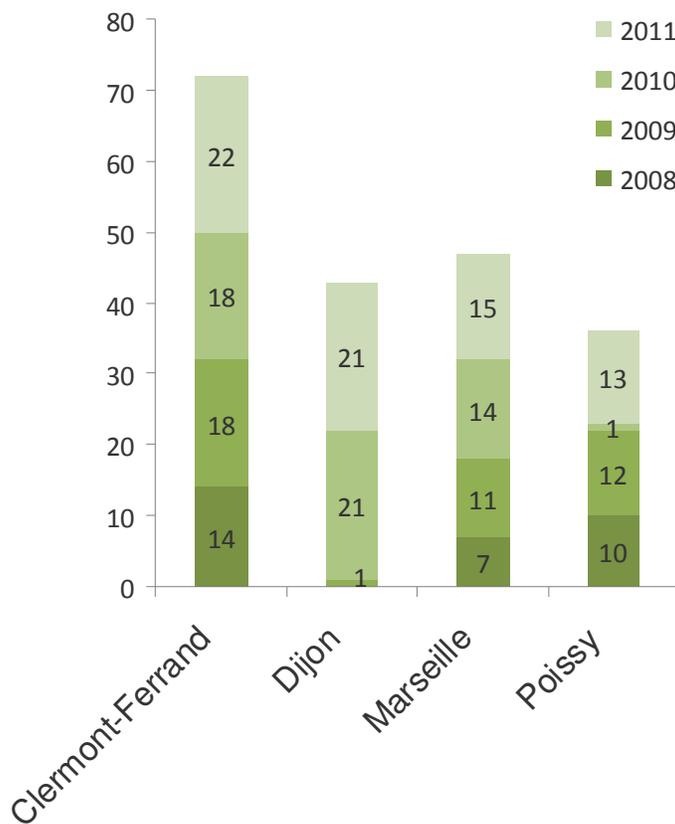


Figure 4: Année et lieu d'obtention du DE

Pour savoir si la répartition des années d'obtention du DE était la même dans nos deux populations, nous avons effectué un test de χ^2 pour lequel $p=0.02$. Nos deux populations **n'ont donc pas une répartition homogène en termes d'année d'obtention du diplôme.**

Un test de régression univarié nous a indiqué que le seul Odd Ratio (OR) exploitable est celui des **diplômés en 2010** : OR=0.54 (IC [0.12-0.79]).

C. Type d'activité

Nous avons demandé aux participants dans quel type de structure ils travaillaient :

- 76.3% (n=151) en hôpital public ;
- 16.7% (n=33) en clinique privée ;
- 3.0% (n=6) en libéral ;
- 1.5% (n=3) en clinique privée et en libéral ;
- 1.0% (n=2) en hôpital public et en libéral ;
- 1.0% (n=2) est étudiante ;
- 0.5% (n=1) en dispensaire.

Il est à noter qu'aucune personne ne travaille en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les deux étudiantes ont précisé qu'elles avaient travaillé en milieu hospitalier avant de reprendre leurs études.

D. Niveau de la maternité

La question concernant le niveau de la structure a comptabilisé 185 réponses (96.3%).

Pour les personnes travaillant en structures hospitalières :

- **25.5%** (n=49) d'entre elles sont de **niveau I**,
- **42.2%** (n=81) sont de **niveau II**,
- et **28.6%** (n=55) sont de **niveau III**.

Après un test de χ^2 , nous pouvons affirmer que la **répartition des niveaux de maternité est homogène** dans nos deux populations ($p=0.30$).

E. Lien avec une école de sage-femme

Les structures hospitalières dans lesquels travaillent les enquêtés sont **34%** ($n=66$) **à être attachées à une école de Sage-Femme (SF)**.

Le test de χ^2 comparant la répartition des maternités rattachées à une école de SF dans nos deux populations nous a fourni un $p=0.91$. Ainsi les SF travaillant dans des maternités rattachées à une école de SF sont **répartis de manière homogène dans nos deux groupes**.

Le fait d'être rattachée à une école de SF est **lié au niveau de la maternité** ($p=0.0007$). Plus le niveau s'élève plus les maternités sont rattachées à une école de SF : un niveau 3 a 11 fois plus de chances d'être rattaché à une école de SF qu'un niveau 1 (IC [4,60-30,64]).

II. L'encadrement des étudiants sages-femmes en stage

Nous avons posé plusieurs questions avec quatre réponses possibles : « Toujours, Souvent, Parfois, Jamais ».

Pour chaque question, nous avons décrit les réponses de l'ensemble des enquêtés. Ensuite nous avons comparé les réponses spécifiques à chacun de nos deux groupes. Pour cela, nous avons fait apparaître la valeur de « p », calculée grâce à un test statistique : le test de χ^2 ou le test de Fisher. Un astérisque (*) à côté de p indique que le résultat a été obtenu par le test de Fisher.

« M+P » représente les réponses des diplômés de Marseille et Poissy, qui ont eu une IP.

« CF+D » représente les réponses des diplômés de Clermont-Ferrand et Dijon, qui n'ont pas reçu d'IP.

A. Fréquence d'encadrement

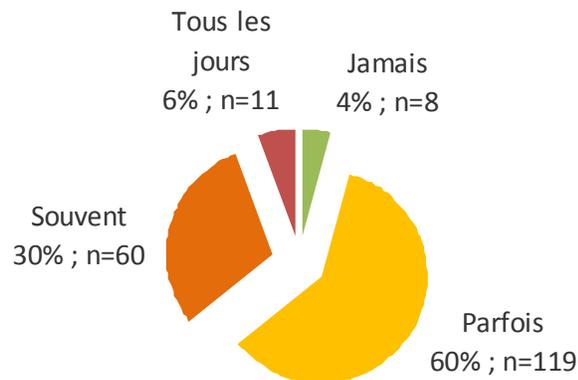


Figure 5: Fréquence d'encadrement d'ESF

36% des sages-femmes interrogées encadrent **tous les jours ou souvent** un Etudiant Sage-Femme (ESF) en stage.

60% encadrent des ESF de manière **irrégulière**.

La fréquence d'encadrement d'ESF est **homogène** entre nos deux populations ($p=0.88$).

La fréquence d'encadrement d'ESF est statistiquement **liée aux niveaux de maternités** et au fait qu'elles soient **rattachées à une école de SF** ($p<0.05$ dans les deux cas).

B. Choix du lieu de travail

Le fait d'avoir à encadrer des ESF a été un **déterminant positif** pour **25,8%** (n=51) des personnes interrogées, **un déterminant négatif** pour **5,1%** (n=10) du choix du lieu de travail.

Le fait d'avoir à encadrer des ESF **n'a pas eu d'influence** pour **69,1%** (n=137), sur le choix de lieu de travail.

Les réponses à cette question sont **homogènes dans nos deux populations** (p=0.64).

C. Entretien d'embauche

Il a été fait mention de la mission d'encadrement d'étudiants lors de l'entretien de recrutement de 14.1% (n=28) des enquêtés. **Il n'en a pas été fait mention pour 76.8%** (n=152).

15 personnes ne s'en souviennent plus (7.6%), et 3 personnes n'ont pas répondu à la question (1.5%).

Aborder la mission d'encadrement lors de l'entretien d'embauche est statistiquement **lié au niveau de la maternité** (p=0.0002), mais n'est pas lié au fait qu'elle soit rattachée à une école de SF (p=0.062), et à l'année d'obtention du DE de l'enquêté (p=0,22).

La question suivante était une question ouverte. Nous avons demandé aux personnes ayant répondu « OUI » à la question précédente de nous décrire ce qui leur avait été dit au sujet de l'encadrement des ESF en stage. 27 personnes ont répondu :

- « Une des missions d'un CHU est la formation des nombreux étudiants : interne en médecine, ESF, élève aides-soignants, élèves auxiliaires de puéricultures... » pour 15 personnes ;
- « L'encadrement des ESF en stage fait partie du travail de la sage-femme. » pour 12 personnes ;
- « Encadrer, c'est former un futur professionnel, un futur collègue. » pour 3 personnes ; La sage-femme est responsable des actions des étudiants qu'elle

encadre, quelque soit l'étudiant. Elle doit savoir trouver sa place d'encadrante.»
pour 4 personnes ;

- Une personne a été informée que des formations destinées à aider les SF à encadrer les étudiants étaient disponibles au sein de l'établissement ;
- Il a été demandé à une personne si elle avait peur d'encadrer des étudiants.

D. L'évaluation annuelle

Pour **73.2%** (n=145) des personnes interrogées, l'encadrement des ESF **ne fait pas partie** des critères de leur évaluation annuelle contre **18.6%** (n=37) pour lesquelles l'encadrement d'ESF **en fait partie**.

16 personnes (8.1%) n'ont pas répondu à la question.

Le fait d'aborder le thème de l'encadrement des ESF lors de l'évaluation annuelle :

- n'est pas lié à l'année d'obtention du DE ($p=0.07$) ;
- est **lié au fait d'être rattachée à une école de SF** ($p=0.02$), $OR=2,45$ (IC [1,09-5,55]) ;
- est **lié au niveau de la maternité** ($p=0.02$) :

Lors de l'évaluation annuelle, le thème a 3.16 fois plus de chance d'être abordé en niveau 2 qu'en niveau 1 (IC [1,08-11,60]), et 4.45 fois plus de chance en niveau 3 qu'en niveau 1 (IC [1,47-16,70]).

E. Encadrer des ESF en stage

Les réponses à la question « Selon vous, encadrer un ESF c'est : » sont exposées dans le graphique suivant :

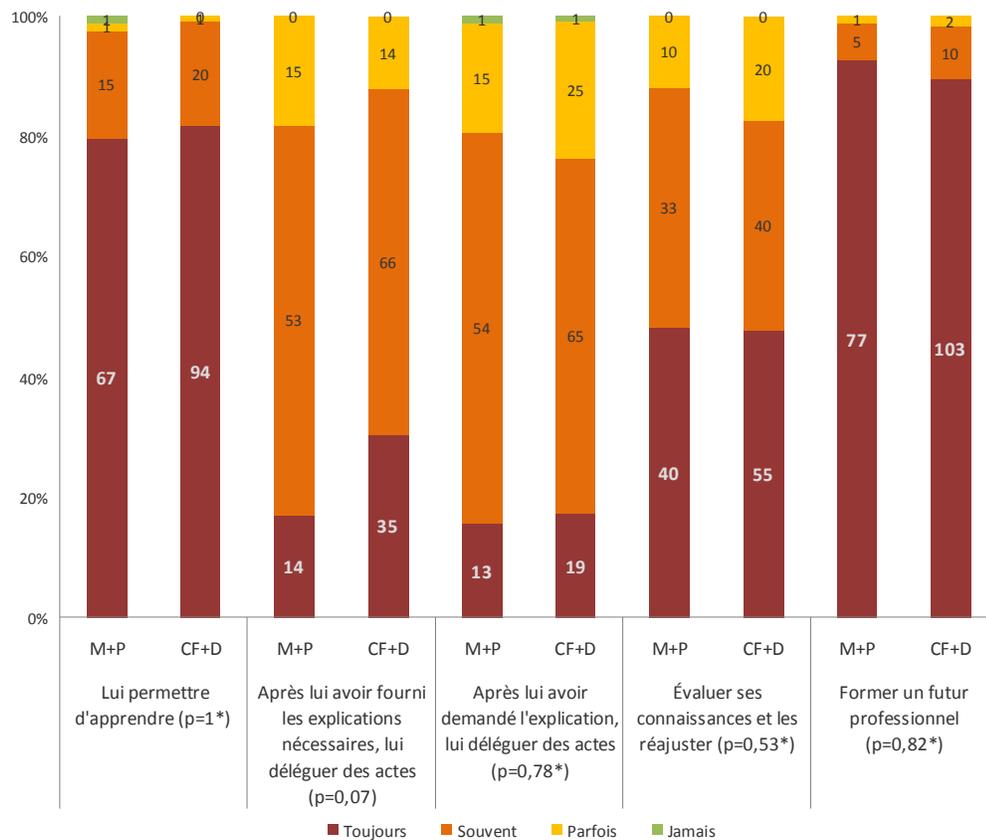


Figure 6: Le but de l'encadrement d'étudiant selon les jeunes diplômés

- pour **98%** des personnes, il s'agit toujours ou souvent de permettre d'apprendre à un étudiant;
- pour **84%** des personnes, il s'agit toujours ou souvent de déléguer des actes à l'étudiant après lui avoir fourni des explications ;
- pour **76%** des interrogés, il s'agit toujours ou souvent de déléguer des actes à l'étudiant après lui avoir demandé l'explication ;
- pour **90%** des répondant, il s'agit toujours ou souvent d'évaluer les connaissances de l'étudiant et de les réajuster ;
- pour **98%** des personnes, c'est former un futur professionnel.

F. Place dans l'acquisition des compétences

Les réponses à la question « Comment vous situez-vous, en tant que SF de terrain par rapport à l'acquisition des compétences des étudiants en stage ? » sont :

- **68%** des personnes ne se situent jamais ou seulement parfois comme évaluateur occasionnel de l'étudiant ;
- **76%** des interrogés pensent qu'ils ne participent jamais ou seulement parfois à la délivrance du DE des ESF qu'ils encadrent ;
- **77%** des personnes se sentent toujours ou souvent responsable de la formation clinique de l'étudiant ;
- **56%** des personnes pensent être toujours ou souvent un référent professionnel pour l'apprentissage clinique ;
- **67%** des sages-femmes interrogées pensent n'être jamais ou seulement parfois référent occasionnel pour l'évaluation.

La totalité des réponses sont présentées dans le graphique suivant :

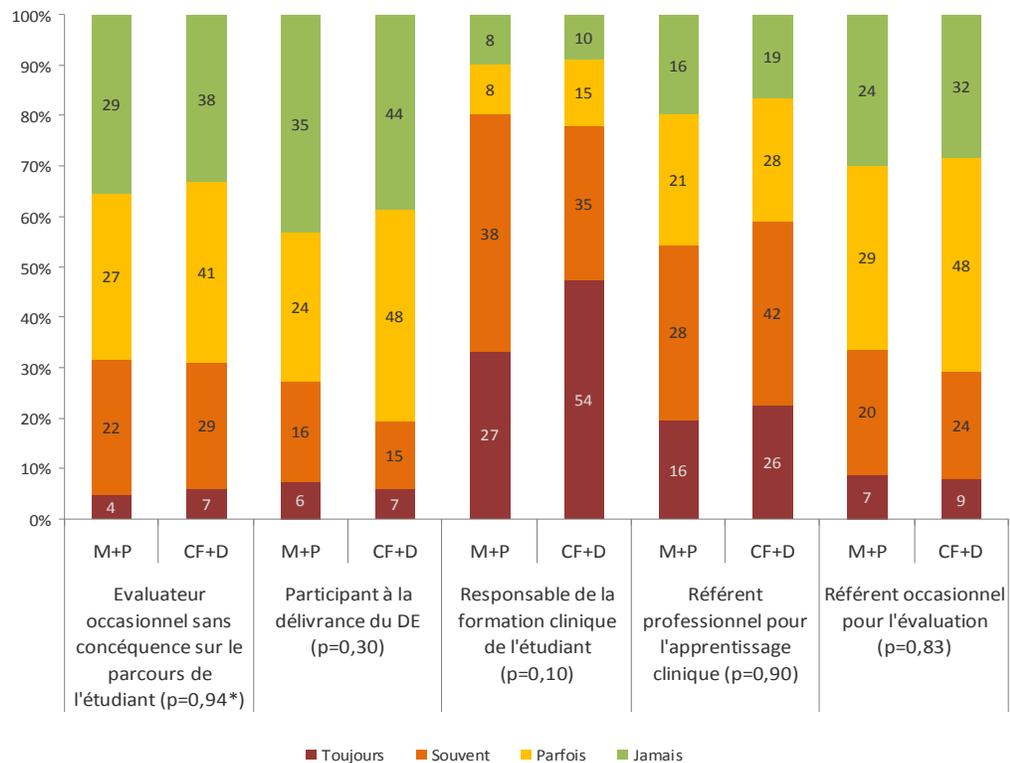


Figure 7: Place de la sage-femme encadrante dans le parcours de l'étudiant

Plusieurs commentaires à la suite de ces questions nous ont appris que le terme « référent » n'avait pas toujours été compris.

G. Difficultés à encadrer

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils rencontraient des difficultés à encadrer les ESF en stage :

- **10.6%** (n=21) **ont toujours ou souvent des difficultés.**
- **77.9%** (n=154) **ont parfois des difficultés.**
- 10.6% (n=21) n'ont jamais de difficultés à encadrer.

Les réponses sont réparties de la même manière dans nos deux populations (p=0.45).

H. Causes possibles des difficultés

La question suivante porte sur les raisons de ces difficultés à encadrer des ESF. Elle était à choix multiples, avec possibilités d'ajout de réponse.

25 personnes n'ont pas répondu (13%).

Voici les résultats :

- Pour 66.6% (n=132), par **manque de temps** ;
- Pour 18.1% (n=36), par **manque d'outils pédagogiques** ;
- Pour 9.0% (n=18), **en raison du nombre trop élevé d'étudiants** ;
- Pour 7.0% (n=14), **en raison du caractère de l'étudiant** ;
- Pour 5.5% (n=11), **par manque d'expérience professionnelle** ;
- Pour 4.0% (n=8), par difficultés à déléguer des actes et à faire confiance aux ESF ;
 - Pour 3 personnes, par manque d'attrait à la transmission des connaissances ;
 - Pour 3 personnes, par difficultés d'encadrement des étudiants belges ;
 - Pour 3 personnes, par difficultés à faire passer les remarques ;
 - Pour 2 personnes, par difficultés à ajuster les compétences de l'étudiant en fonction de son niveau d'étude ;
 - Pour une personne, par manque de patience ;

- Pour une personne, par difficultés à remplir les objectifs de l'étudiant du fait de la faible activité ;

- Pour une personne, par difficultés à encadrer et évaluer un étudiant sur une seule garde.

Plusieurs commentaires à la suite de ces questions nous expliquent que les enquêtés peuvent avoir du mal à encadrer un étudiant du même âge ou presque qu'eux, qu'ils ont connu lors de leurs propres études.

Plusieurs jeunes diplômés rencontrent des difficultés lors du remplissage de la feuille d'évaluation de l'étudiant : ils tendent plutôt à écrire le positif et à dire à l'étudiant les points à améliorer car il a droit à l'erreur. Ils n'osent pas se montrer trop sévère sur le rapport de stage, ou invalider une garde.

III. Les études de sage-femme

A. Aborder la future mission d'encadrement

Pour **63.6%** des sages-femmes jeunes diplômées (n=126), leur future mission d'encadrement **a été abordée** au cours de leurs études.

Ce sujet **n'a pas été abordé** pour **36.4%** des personnes (n=72).

Cette question était une question « filtre » : sa réponse conditionnait l'accès aux questions suivantes. Pour plus de clarté, nous avons réparti les répondants en deux groupes :

- le groupe « Mission Abordée » ayant répondu « OUI »,
- le groupe « Mission Non abordée » ayant répondu « NON ».

B. Questions spécifiques au groupe « Mission Abordée »

• Nous leur avons demandé quelle forme avait pris cette information. 117 personnes (sur les 126) ont répondu :

- Pour 41% (n=47) ce fut lors de **groupe de parole**,
- pour 24% (n=28) lors de **cours magistraux**,
- pour 13% (n=16) lors de **travaux pratiques ou travaux dirigés**,
- pour 13% (n=16) de **manière informelle**, au détour de discussions avec les SF enseignantes,
- pour 10 personnes (9%) ce fut **lors de stages** où elles ont encadré des ESF d'année inférieure,

• Ensuite nous leur avons demandé le temps consacré à cette information. Parmi les 72 réponses obtenues, 30 personnes ne se souvenaient plus ou avaient du mal à quantifier ce temps. Elle durait :

- **une heure ou moins** pour 21 personnes ;
- **2 heures** pour 8 personnes ;
- **4 à 8 heures** pour 9 personnes ;
- **une journée ou quelques gardes** pour 4 personnes.

• Concernant le contenu de cette/ces séance(s), nous avons résumé les réponses ainsi :

- « Il est indispensable de faire le point avec l'étudiant en fin de garde, et parfois à mi-garde : énoncer les points positifs et négatifs, valoriser l'étudiant sans le juger, émettre des critiques avec respect ; car encadrer un étudiant c'est former un futur professionnel, un futur collègue en qui on doit avoir confiance. » pour 29 personnes ;

- « L'encadrement et la formation des étudiants fait partie de la profession de sage-femme, c'est une obligation déontologique. La sage-femme a le devoir de transmettre ses connaissances. Notre métier s'apprend par compagnonnage, c'est le juste retour des choses que de former les étudiants. L'encadrement permet la transmission et le maintien des compétences. » pour 27 personnes ;

- « L'encadrement est important dans la prise de confiance de l'étudiant. / Il faut le mettre en confiance et lui faire confiance. / Il faut prendre le temps et être à l'écoute. / Il est important de discuter avec l'étudiant pour connaître son niveau, ses objectifs. / Il faut s'adapter à chaque étudiant, sa progression, son aisance, sa motivation. » pour 26 personnes ;

- « Vous ne devez pas reproduire ce que vous n'avez pas aimé dans l'encadrement que vous avez eu en tant qu'étudiant. » pour 12 personnes ;

- « Chacun fait comme il peut. / L'encadrement s'apprend en le pratiquant. / Tout le monde n'est pas apte à encadrer. » pour 8 personnes ;
- 7 personnes se souviennent de cours théoriques sur la pédagogie médicale et l'évaluation ;
- « La sage-femme est responsable de l'étudiant qu'elle encadre. / Encadrer et former un étudiant n'est possible que si on a de bonnes bases pratiques et théoriques et si on a confiance en soi » pour 6 personnes ;
- « Notre enseignante a voulu que nous retenions les mots clé qui nous paraissaient importants dans notre future mission d'encadrement. Les miens sont : intégration, mise en confiance, faire confiance, critique constructive, apprendre. » pour une personne ;

• La question « **Etait-ce sous forme d'une initiation à la pédagogie ?** » a comptabilisé 124 réponses (62%) :

- **25%** des personnes (n=31) ont répondu « **OUI** »
- **64.5%** des personnes (n=80) ont répondu « **NON** »
- 10.5% des personnes (n=13) ne savaient pas.

Sur les 31 personnes ayant répondu oui, seule une personne est diplômée d'une école ne proposant pas d'IP.

Sur les 13 personnes ne sachant répondre à cette question, 6 sont diplômées d'une école ne proposant pas d'IP.

⇒ Si la réponse était « oui », les questions suivantes portaient sur l'initiation à la pédagogie :

35 personnes ont répondu à ces questions.

- 4 sages-femmes sur 6 l'ont trouvée **intéressante** ;
- un peu plus de la moitié des personnes l'ont trouvée **utile** ;
- un peu moins de la moitié des personnes l'ont trouvée **adaptée** ;
- autant de personnes l'ont trouvée **indispensable** comme non indispensable au vue de leur pratique quotidienne ;
- 3 personnes sur 5 n'en ont pas été satisfaites ou ne peuvent répondre à cette question ;

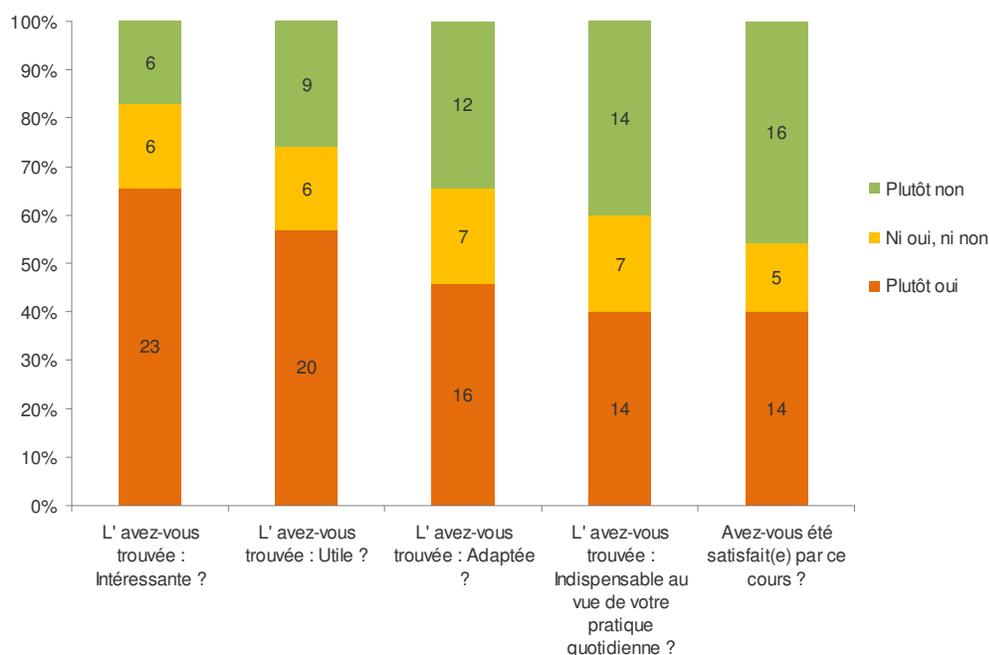


Figure 8: Questions sur l'Initiation à la Pédagogie reçue

⇒ Si la réponse était « Non », les questions suivantes étaient : « Auriez-vous aimé avoir une IP ? », et « Pensez-vous que vous encadreriez différemment si vous aviez eu une IP ? ». Les réponses sont présentées dans le graphique ci-dessous :

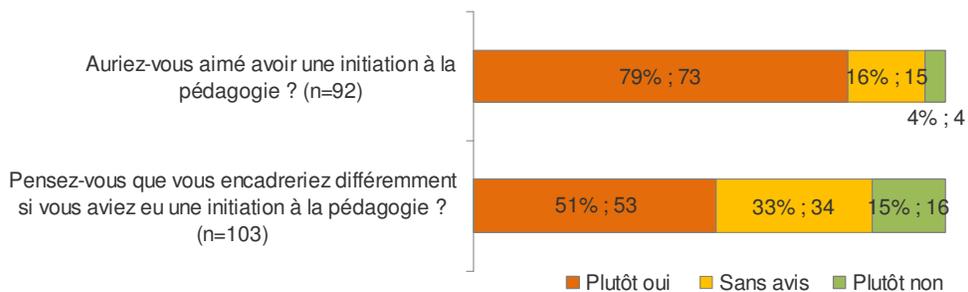


Figure 9: Questions aux personnes n'ayant pas eu d'Initiation à la Pédagogie

(Ici, « n » représente le nombre total de réponses obtenues pour chaque question.)

- **80%** des interrogés **auraient aimé avoir une initiation à la pédagogie.**
- Le nombre de personnes pensant qu'ils encadreraient différemment s'ils avaient eu une IP **est le même** que le nombre de personne pensant qu'ils n'encadreraient pas différemment ou qui ne peuvent répondre à cette question.

Nous leur avons donc demandé « Comment votre future mission d'encadrement a-t-elle été abordée ? », les réponses étaient :

- « De manière informelle, lors de discussions avec des sages-femmes enseignantes, à la fin de certains cours, aux interours... » pour 9 personnes ;
- « Lors de groupe de parole ou de médiation théâtrale, en demi groupe avec une sage-femme enseignante » pour 17 personnes ;
- « Avec des sages-femmes cliniciennes et des sages-femmes cadres lors de stage de dernière année où nous avons encadré des ESF d'années inférieures » pour 11 personnes ;
- « Lors d'un cours de droit et législation » pour 9 personnes ;
- « Par groupe de 5 ou 6, nous devons choisir 5 mots définissant la relation formateur-formé, ce que nous attendions d'un étudiant en stage sous notre responsabilité (ex: intérêt, politesse avec les patientes, écoute, ...) et ce qu'ils pouvaient attendre de nous. Nous avons ensuite comparé nos réponses et débattu sur ce thème. » pour une personne.

26 personnes étaient plutôt satisfaites de la manière dont l'encadrement avait été abordé durant leurs études, contre 28 qui ne l'étaient plutôt pas. 32 personnes n'avaient pas d'avis.

C. Questions spécifiques au groupe « Mission Non Abordée »

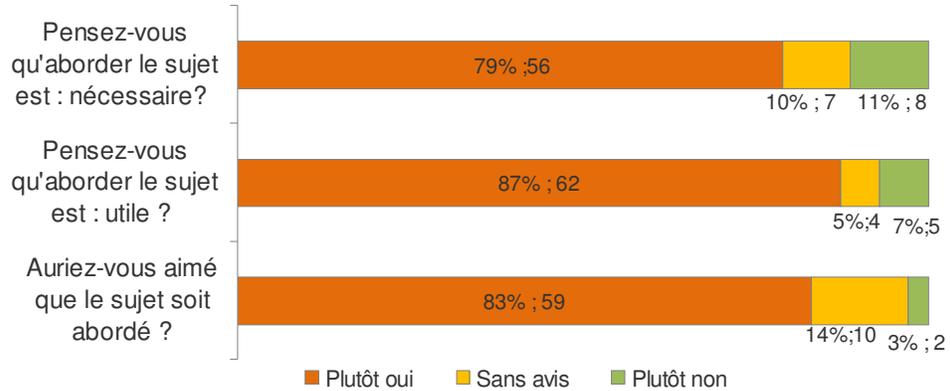


Figure 10: Opinion des enquêtés sur le fait de parler de l'encadrement des ESF

71 personnes ont répondu à ces 3 questions.

Environ **79 à 87%** des personnes pensent qu'il est **nécessaire** et **utile** d'aborder le sujet de l'encadrement durant les études, et **auraient aimé que le thème soit abordé**.

A la question « Comment auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ? », les réponses ont été :

- « Des cours sur la pédagogie / les différentes manières d'encadrer / comment évaluer / des techniques de communication » pour 14 personnes ;
- « Des mises en situations / des jeux de rôles / des cas cliniques » pour 13 personnes ;
- « Des groupes de parole » pour 7 personnes ;
- « Des tables rondes avec des sages-femmes professionnelles pour échanger sur leur vécu et recevoir des conseils » pour 4 personnes
- « Encourager le compagnonnage entre étudiants, l'encadrement des étudiants plus jeunes par des dernières années, en étant conseillé par les sages-femmes professionnelles et les cadres de service » pour 4 personnes ;
- « En s'évaluant entre étudiants d'une même promotion lors d'une évaluation clinique pour développer le sens de l'encadrement en apprenant la clinique. » pour une personne.

IV. Mise en situation d'encadrement d'ESF

Nous avons posé une série de questions concernant des situations pratiques de l'exercice de la profession, pour analyser comment encadrent les sages-femmes jeunes diplômées et s'il existe une différence entre nos deux populations.

Comme pour les questions précédentes, quatre réponses étaient possibles. Nous avons effectué un test de χ^2 (p) ou un test de Fisher (p*) pour comparer nos deux populations.

A. Examen d'une patiente avec un ESF

Lors de l'examen d'une patiente avec un étudiant de 3^{ème} année d'école (4^{ème} année de cursus) :

- **25%** des personnes interrogées (n=50) effectuent **parfois** la consultation tandis que l'étudiant observe. Ceci n'arrive **jamais** pour **71%** des personnes (n=142).

- **52%** des personnes (n=104) affirment que **parfois** l'étudiant participe. Pour **12%**, l'étudiant participe **toujours ou souvent** (n=25).

- Pour **47%** des personnes (n=94), il arrive **toujours ou souvent** que l'étudiant effectue la consultation et que la personne corrige au fur-et-à-mesure. Ceci arrive **parfois** pour **37%** des enquêtés (n=74).

- Lorsque l'ESF a effectué la consultation, **74%** des sages-femmes enquêtées (n= 148) corrigent et expliquent **toujours ou souvent** une fois la consultation terminée. Elles sont **18%** à **parfois** le faire (n=37).

La totalité des résultats à ces questions est présentée dans le graphique suivant :

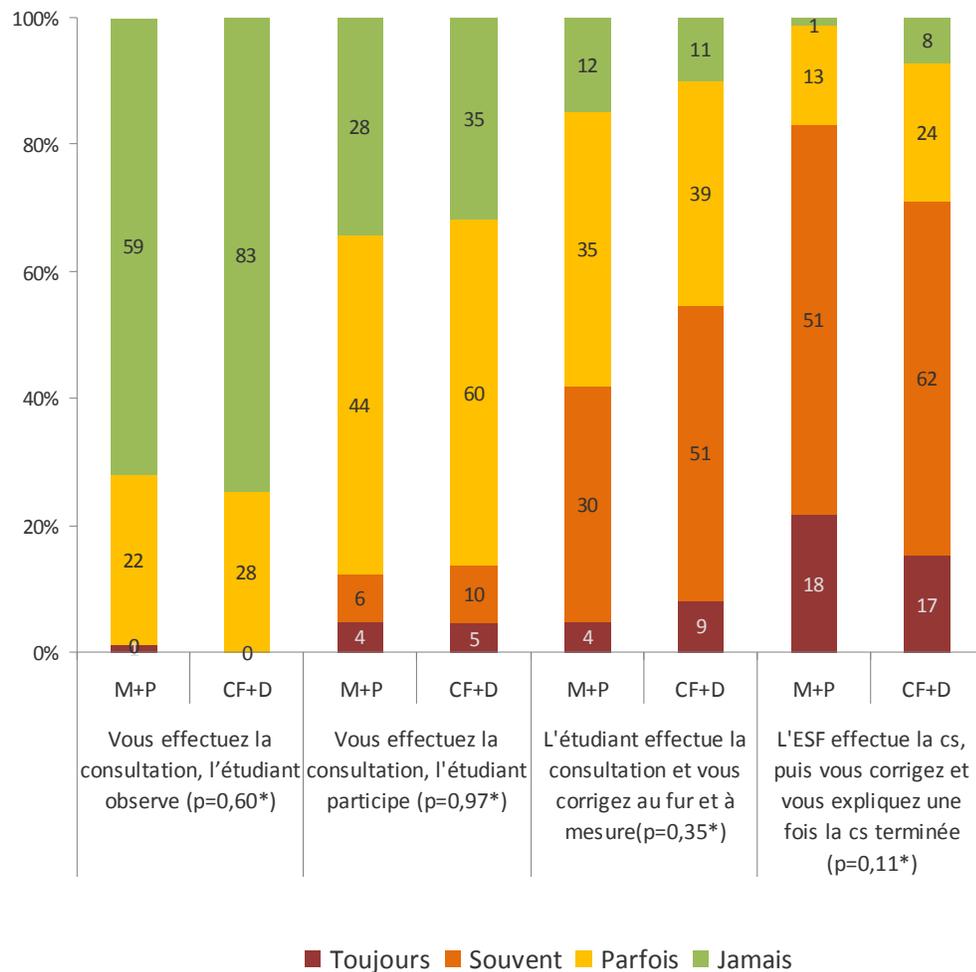


Figure 11: Examen d'une patiente avec un ESF de 4^{ème} année de cursus (« cs » signifie consultation)

B. Diagnostic et geste thérapeutique avec un ESF

Le point de départ de la question suivante était « Vous encadrez un étudiant sage-femme de 3^{ème} année d'école (4^{ème} année de cursus). Au cours du suivi d'une patiente vous posez un diagnostic qui nécessite la réalisation d'un geste thérapeutique simple ».

- **45%** des interrogées (n=91) prennent **parfois** en charge elle-même la patiente, **50%** ne prennent **jamais** en charge elle-même une patiente;
- **73%** des sages-femmes interrogées (n=145) expliquent **toujours ou souvent** leur raisonnement ;

- **91%** des enquêtés (n=181) laisse **toujours ou souvent** l'étudiant réaliser le geste ;
- **82%** des personnes (n=164) demandent **toujours ou souvent** à l'étudiant le diagnostic et le geste à effectuer ;
- **56%** des personnes (n=112) annoncent **parfois** le diagnostic à l'étudiant et lui demandent ensuite le geste à réaliser. Ceci arrive **toujours ou souvent** pour **30%** des interrogées (n=60).

La totalité des résultats de ces questions sont présentées dans le graphique suivant :

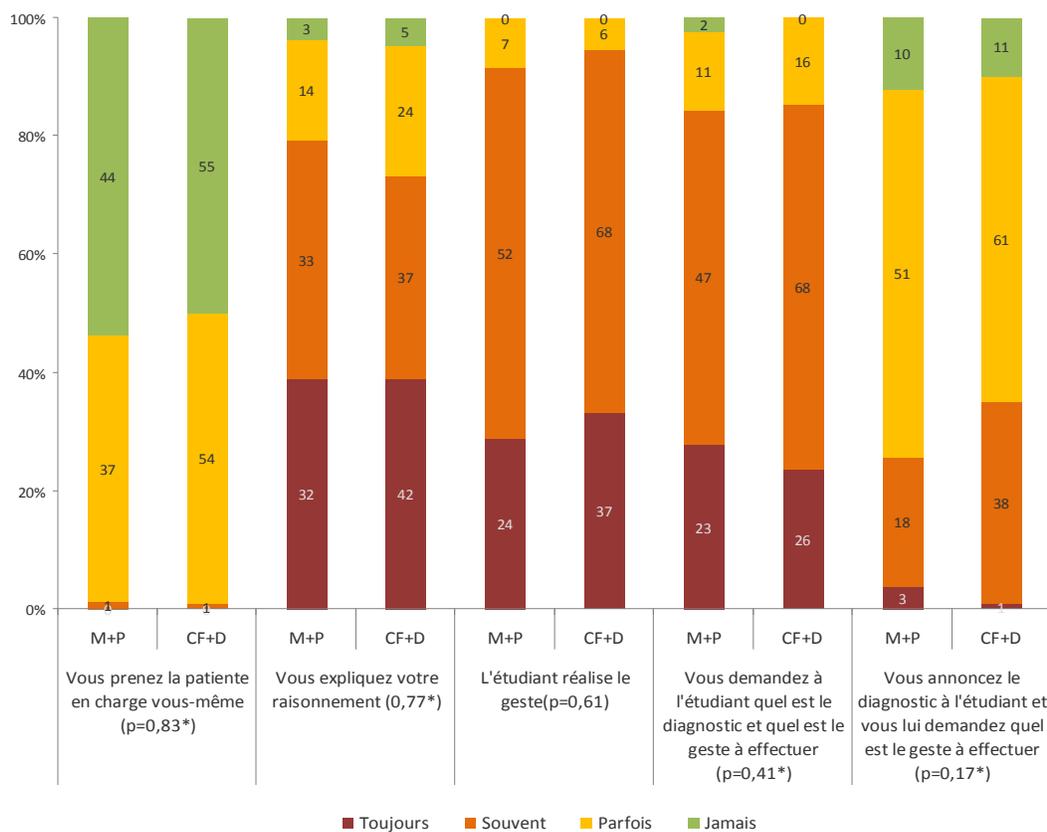


Figure 12: Diagnostic et geste thérapeutique avec un ESF de 4^{ème} année de cursus

C. Commentaires

Les enquêtés avaient la possibilité d'ajouter un commentaire à la suite de ces questions. Les réponses obtenues sont au nombre de 26 et peuvent être résumées ainsi :

- Les sages-femmes adaptent leur encadrement en fonction de l'étudiant, du temps disponible, du type de geste, de la situation clinique... etc
- L'étudiant a le droit à l'erreur. Les explications et la communication avec l'étudiant sont primordiales.
- Les sages-femmes accompagnent généralement l'étudiant pour la première consultation / le premier geste technique puis lui laissent plus d'autonomie au fil de la journée, et des jours passés ensemble.

D. Encadrement d'un ESF de 4ème année de cursus

Nous avons posé la question de la nécessité de certaines pratiques liées à l'encadrement :

- **77%** des personnes (n=153) pensent qu'il est **toujours ou souvent** nécessaire d'évaluer les connaissances déjà acquises par l'étudiant ;
- **86%** (n=170) pensent qu'il est **toujours ou souvent** nécessaire d'expliquer son raisonnement et sa démarche clinique : dont 61%, n=66, n'ayant pas eu d'IP et 39%, n=66 ayant eu une IP.

Cette question est la seule où les réponses des deux groupes sont différentes de manière statistiquement significative.

- Pour **96 %** des enquêtés (n=191), il est **toujours ou souvent** nécessaire que l'étudiant propose et argumente un diagnostic et/ou une Conduite A Tenir (CAT)
- Pour **69%** des personnes (n=137), il est **toujours ou souvent** nécessaire de réajuster les connaissances de l'étudiant.

Le graphique ci-dessous résume la totalité des réponses à la question :
 « Lors de l'encadrement d'un ESF de 4^{ème} année de cursus, pensez-vous qu'il soit nécessaire : »

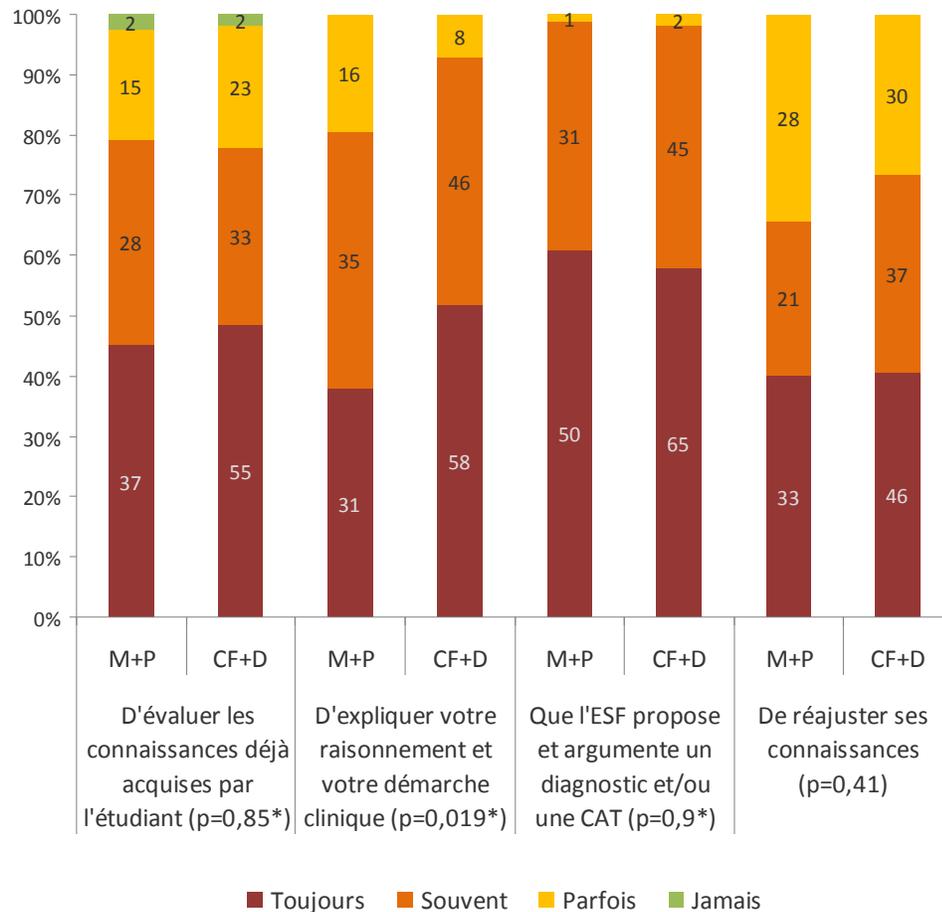


Figure 13: La finalité de l'encadrement d'un ESF de 4^{ème} année de cursus

E. Bilan avec l'ESF

Nous avons ensuite posé la question suivante : « Pendant la garde, consacrez-vous un moment à l'étudiant pour revenir sur ses acquisitions, les points sur lesquels doivent se porter ses efforts, les éléments positifs ? ».

Plusieurs réponses étaient possibles parmi les suivantes :

- 1) oui s'il est demandeur ;
- 2) oui si nous en avons le temps ;
- 3) oui à chaque fois qu'un geste est défectueux ;

- 4) oui à chaque garde nous remplissons une feuille d'appréciation, c'est l'occasion de faire le point avec lui ;
- 5) Non les remarques sont transmises à l'étudiant par l'intermédiaire de sa feuille d'appréciation ;
- 6) Non c'est le/la cadre qui s'en charge au moment du rapport de stage ;

3 personnes n'ont pas répondu à la question.

Les résultats pour chaque réponse possible sont :

- 36% (n=73) ont coché la (1) ;
- 35% (n=71) ont coché la (2) ;
- 53% (n=105) ont coché la (3) ;
- 82% (n=164) ont coché la (4) ;
- Personne n'a coché la (5) et la (6) ;

Nous avons voulu savoir si le fait d'avoir eu une initiation à la pédagogie changeait les modalités de réponses. Pour cela, nous avons calculé le nombre de répondant pour chaque association de réponses possibles : « n'ont coché que », « ont au moins coché ». Nous avons effectué un test de χ^2 comparant le fait d'avoir eu une initiation à la pédagogie et les associations de réponses ayant été cochées par plus de 5 personnes (limite de validité du test de χ^2).

Nous avons trouvé des valeurs de « p » allant de **0.43 à 0.91**, soit toutes supérieures à 0.05.

Ainsi la répartition des réponses est homogène dans nos deux groupes.

F. Commentaires

A la suite de cette question, les enquêtés avaient la possibilité d'ajouter un commentaire. Il y en a eu 19, qui peuvent être résumés comme suit :

- Même si souvent le temps manque, il est important de faire le point avec l'étudiant en fin de garde, sur les points négatifs et positifs de la journée ; soit en le lui disant soit par autoévaluation.
- Plusieurs sages-femmes expriment les points négatifs oralement à l'étudiant, et écrivent une appréciation globale sur le rapport de stage.

- Plusieurs sages-femmes ont émis l'idée que l'étudiant peut lui aussi évaluer la sage-femme qui l'a encadré à la fin de la journée.
- Les étudiants sont là pour apprendre et progresser. La critique doit toujours être constructive et jamais destructrice, même si ce n'est pas toujours facile.

G. Outils d'aide à l'encadrement

Nous avons demandé aux enquêtés s'il existait sur leur lieu de travail des outils pour les aider à encadrer les étudiants.

22.2% (n=44) des personnes **ont des outils** sur leur lieu de travail contre **61.1%** des personnes (n=121) qui **n'en n'ont pas**.

15.6% des personnes (n= 31) ne savent pas s'il existe des outils.

Ces outils sont :

- un livret d'accueil de l'étudiant pour 26 personnes ;
- des discussions avec le/la cadre de service pour 17 personnes ;
- des rencontres avec les enseignantes de l'école de sage-femme pour 5 personnes
- des réunions de services pour 2 personnes ;
- une charte pour 2 personnes ;
- les objectifs de stage de chaque année d'étude pour 2 personnes ;
- des protocoles de service pour une personne ;
- des feuilles d'évaluation des ESF pour une personne ;
- une formation sur l'encadrement des ESF pour une personne.

45 personnes ont répondu à cette question.

V. Conseils

La dernière question était : « Quels conseils vous semble-t-il important de donner aux futurs diplômés à propos de leur future mission d'encadrement ? ».

Nous avons obtenu 153 réponses. Nous les avons classées comme suit :

- 57 personnes : conseils "d'anciens étudiants" :

Sur le thème "ne soyez pas ce que vous avez détesté" :

- toujours repenser à la manière dont on a été encadré ou on aurait aimé être encadré

- ne jamais oublier qu'on a nous même été des étudiants.

- 57 personnes : cours de pédagogie :

Demander des enseignements ou des formations de pédagogie en formation initiale et continue.

- 51 personnes : conseils de professionnels ou conseils pédagogiques :

Les conseils relatifs à l'encadrement :

- expliquer les gestes effectués ou à effectuer

- communiquer avec l'étudiant

- instaurer un climat de confiance

- lui laisser de l'autonomie, savoir déléguer tout en contrôlant ce qu'il fait puisque la sage-femme est responsable

- connaître les objectifs de chaque niveau d'étude

- faire des bilans en fin de garde

- prendre du temps.

- 26 personnes : conseils "bienveillants" :

Les conseils positifs:

Ne pas juger / rassurer / encourager / leur montrer qu'ils sont capables / être patient / tolérant / respecter les étudiants / être indulgent, compréhensif / ne pas rabaisser / complimenter / éviter toutes remarques méchantes.

- 18 personnes : conseils « Encadrement / Evaluation » :

Les conseils relatifs à une évaluation rigoureuse sincère, oser dire ce qui ne va pas :

- savoir recadrer si nécessaire
- oser ne pas valider une garde
- juger les faits, pas les personnes et jamais devant les patientes.

- **14 personnes : conseils de prudence**

La première année après leur diplôme, les sages-femmes ne se sentent pas sûres d'elles, de leurs gestes techniques et il leur semble plus judicieux de ne pas encadrer d'étudiant.

- **13 personnes : former un futur professionnel :**

Encadrer un étudiant c'est former un futur collègue en qui on devra avoir confiance.

- **12 personnes : « c'est notre mission » :**

Tous les propos qui rappellent qu'encadrer les étudiants fait partie intégrante du métier et que les SF sont responsables de la formation pratique des étudiants.

- **8 personnes : conseils "investissement" :**

Ce sont nos collègues de demain, nous serons peut être amenés à travailler ensemble donc gardons de bonnes relations. / Ce sera peut-être la SF qui m'accouchera ...

- **8 personnes : savoir trouver sa place**

Sauvegarder une certaine distance, les étudiants ne sont pas nos copains / copines, tout en ayant des rapports d'humains à humains.

- **4 personnes : tutorat entre étudiant**

En dernière année : encadrer des étudiants d'année inférieure

- **Une personne :**

L'encadrement par les pairs est essentiel mais parfois pas assez reconnu dans l'organisation du travail.

**DISCUSSION
ET
PROJET D'ACTION**

I. Validité de l'enquête

A. Identification des biais

1. Biais de sélection :

- Après des directrices d'école de sage-femme :

Lorsque nous avons interrogé les directrices, seule la moitié nous a répondu. Plusieurs explications sont possibles :

- le temps nécessaire pour répondre à nos questions ;
- certaines directrices n'ont peut-être pas été intéressées par le thème abordé ou les questions posées, ou peut-être ne se sont-elles pas senties impliquées dans notre démarche car elles ne pratiquent pas cet enseignement.

- Lors de la constitution de l'échantillon, les écoles n'ont pas été sélectionnées par tirage au sort.

Pour les écoles proposant une IP, le nombre était limité donc le choix d'autant plus restreint.

De plus le numerus clausus (NC) des quatre écoles sélectionnées est différent : élevé pour les écoles proposant une IP (35 pour Poissy, 36 pour Marseille), plus bas pour les écoles ne proposant pas d'IP (27 pour Clermont-Ferrand, 27 pour Dijon) [39]. Nos deux groupes n'ont donc en théorie pas la même taille.

- Par le moyen d'étude

Le fait de procéder par mail, grâce à internet a eu comme inconvénients :

- certaines adresses mails étaient anciennes ou invalides
- certaines personnes ont peut-être eu des difficultés à accéder au questionnaire en ligne.

2. Biais de classement :

- Je suis moi-même ESF confrontée à l'encadrement des SF lors de mes stages, mais aussi future « jeune diplômée », ayant à encadrer des ESF. Le contenu du questionnaire peut contenir un biais d'enquêteur, ou de subjectivité : j'ai peut-être orienté les possibilités de réponse en élaborant mon questionnaire.

- Un biais de mémorisation lié au vécu des études des diplômés n'est pas à négliger. En effet les questions portant sur leurs méthodes d'encadrement aujourd'hui sont fortement lié à la manière dont ils ont été encadrés durant leurs études. De la même manière, le souvenir d'une initiation à la pédagogie peut être lié au vécu général des études.

B. Les limites de l'étude

La longueur du questionnaire ainsi que le temps de remplissage évalué à environ 15 minutes peuvent expliquer en partie le taux de réponse modéré. De plus, les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire sont peut-être celles qui sont le plus intéressées par l'encadrement des ESF.

Certaines questions dont le libellé n'était peut-être pas assez clair, n'ont peut-être pas été comprises comme nous l'entendions.

Pour les questions générales sur l'encadrement, le fait de considérer un comportement global des sages-femmes dans la façon d'encadrer les étudiants sans distinction de l'année d'étude, a pu constituer une difficulté de réponse, car cette attitude est à nuancer en fonction du niveau de l'étudiant, de sa progression individuelle et de chaque situation.

C. Points forts de l'étude

Le questionnaire en ligne a permis aux enquêtés de répondre quand ils le souhaitent, et a facilité les contacts directs.

Le nombre élevé de questionnaires remplis, et parmi ceux-ci la qualité du remplissage témoigne d'un intérêt des sages-femmes jeunes diplômées pour le sujet, alors qu'elles sont déjà très sollicitées à la même période par les travaux de fin d'étude d'autres étudiants sages-femmes.

Les questions sur l'encadrement peuvent faire appel à la subjectivité des enquêtés. Pour recueillir et analyser les réponses sur un comportement général nous avons utilisé quatre modalités de réponses : « toujours, souvent, parfois, jamais ».

II. Population étudiée

A. Taux de réponse

La moitié des personnes sollicitées ont répondu à notre questionnaire. Nous avons recueilli 198 réponses, réparties de manière relativement homogène entre nos deux groupes. **Notre enquête a pu être menée à bien de manière acceptable.**

Les non-répondants diffèrent des répondants par leurs années d'obtention du DE : plutôt 2009 et 2008. Etant dans les plus expérimentés, nous pensons que les résultats de notre étude n'en n'ont pas été affectés et sont représentatifs de l'opinion des jeunes diplômés.

B. Année d'obtention du diplôme

Les diplômés des quatre dernières années étaient considérés comme « jeunes diplômés ». Trois années auraient peut-être été suffisantes, au vu du faible taux de réponses des diplômés de 2008 et de certains de leurs commentaires laissés lors de questions ouvertes qui laisseraient entendre qu'ils ne se considéraient plus comme « jeunes diplômés ».

Le nombre de diplômés en 2010 est statistiquement supérieur dans le groupe n'ayant pas eu d'IP. Les diplômés en 2010 peuvent être plus inexpérimentés en encadrement ; or les réponses sont globalement homogènes entre nos deux groupes, et nous attendions l'avis réel des jeunes diplômés. Les réponses de ce groupe n'ont pas été affectées.

C. Les autres critères

Notre échantillon est proche de la population générale des sages-femmes pour ce qui est du type d'activité selon le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes [49].

Nos deux groupes sont homogènes en termes de type d'activité, de niveau de maternité, de lien avec l'école de sage-femme et de fréquence d'encadrement d'ESF en stage.

III. Objectif principal

Nous allons étudier la position des sages-femmes jeunes diplômées face à l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage : de manière générale et lors de situations d'encadrement particulières.

A. Vie professionnelle

1. Fréquence d'encadrement

Un tiers des enquêtés encadrent toujours ou souvent des étudiants : ceci est corrélé avec le fait que leur maternité soit statistiquement plus rattachée à une école de sage-femme donc doit recevoir plus d'étudiants.

Pour les 2/3 des personnes encadrant irrégulièrement : est-ce parce qu'ils ont eu moins d'occasions d'encadrer (étant diplômés depuis peu de temps ou

accueillant peu d'ESF) ? Conseillent-ils aux ESF d'être encadrés par une SF plus expérimentée ?

Il aurait été judicieux de demander aux personnes les raisons pour lesquelles ils encadrent les étudiants régulièrement ou irrégulièrement.

2. Choix du lieu de travail

Pour deux tiers des enquêtés, le fait d'avoir à encadrer des ESF n'a pas influencé le choix de leur lieu de travail. **La transmission des connaissances n'est peut-être pas une priorité pour les primo-arrivants sur le marché du travail.**

3. Entretien d'embauche

Dans les cas où le sujet a été abordé lors de l'entretien, il s'agissait seulement d'information globale sur les étudiants présents dans les services et la mission pour les établissements et les sages-femmes professionnelles de les former. Les conseils d'encadrement ou l'opinion des diplômés à ce sujet n'ont pas été évoqués.

La mission d'encadrement n'a pas été abordée lors de l'entretien d'embauche de 76.8% des enquêtés. Plusieurs explications possibles :

- le manque de temps lors de l'entretien ;
- l'encadrement des étudiants n'est pas un thème prioritaire lors de l'entretien ;
- il n'a peut-être pas semblé nécessaire au recruteur de donner des précisions sur l'encadrement des ESF : les candidats ayant récemment terminé leur formation, ils connaissent le rôle des sages-femmes cliniciennes dans la formation pratique des ESF. **Cependant l'inexpérience des jeunes diplômés en matière d'encadrement aurait pu rendre obligatoire d'aborder ce thème au moment du passage à la vie professionnelle.**

Aborder la mission d'encadrement lors de l'entretien d'embauche n'est pas statistiquement lié au rattachement avec une école de SF (donc au fait

d'accueillir un certain nombre d'étudiants), mais lié à son niveau (donc à son activité). Or le fait d'être rattaché à une école de SF est statistiquement lié au niveau de la maternité, donc par extension aborder le sujet devrait aussi être lié au rattachement à une école de SF.

4. Evaluation annuelle

L'encadrement des ESF ne fait majoritairement pas partie de l'évaluation annuelle des SF.

Le thème est statistiquement plus abordé lorsque la maternité accueille plus d'étudiant et a un niveau d'activité plus important.

Cet entretien individuel d'évaluation est un moment d'échange privilégié entre le cadre et le professionnel. Dans la fonction publique hospitalière cet entretien est uniquement lié à une notation du professionnel. Il permet de dynamiser la gestion des ressources humaines au sein d'une équipe et de valoriser l'individu. Le cadre amène chaque professionnel à analyser son activité, ses résultats et les progrès attendus, et l'accompagne dans l'évolution de son parcours professionnel [31].

« L'entretien professionnel porte principalement sur :

1° Les résultats professionnels obtenus par le fonctionnaire eu égard aux objectifs qui lui ont été assignés et aux conditions d'organisation et de fonctionnement du service dont il relève ;

2° Les objectifs assignés au fonctionnaire pour l'année à venir et les perspectives d'amélioration de ses résultats professionnels, compte tenu, le cas échéant, des perspectives d'évolution des conditions d'organisation et de fonctionnement du service ;

3° La manière de servir du fonctionnaire ;

4° Les acquis de son expérience professionnelle ;

5° Le cas échéant, la manière dont il exerce les fonctions d'encadrement qui lui ont été confiées ;

6° Les besoins de formation du fonctionnaire eu égard, notamment, aux missions qui lui sont imparties, aux compétences qu'il doit acquérir et à son projet professionnel ;

7° Ses perspectives d'évolution professionnelle en termes de carrière et de mobilité. (...)» [50].

L'encadrement des étudiants a toute sa place lors de l'évaluation, et permettrait une certaine reconnaissance de la place des sages-femmes dans la formation des étudiants.

5. Outils d'aide à l'encadrement

Plus de la moitié des enquêtés ne disposent pas d'outils d'aide à l'encadrement. Lorsqu'ils existent, il s'agit principalement d'un livret d'accueil, ou de discussion avec le/la cadre de service.

L'équipe pédagogique de l'école de Dijon a créé une charte d'encadrement présentant les engagements de l'étudiant, du service et de l'école avant / pendant et après le stage [annexe V].

B. Situation générale d'encadrement

1. Responsable de la formation

Pour plus de 90% des enquêtés, Encadrer c'est permettre d'apprendre à un étudiant, d'évaluer et de réajuster ses connaissances et de former un futur professionnel.

77% se sentent responsable de la formation clinique de l'étudiant, et un peu plus de la moitié pensent être un référent professionnel pour l'apprentissage clinique.

Les jeunes diplômés ont conscience de la place déterminante des SF cliniciennes dans l'apprentissage du métier : d'une part certaines compétences ne peuvent être acquises à l'école, et d'autre part la majorité du temps de formation s'effectue à leurs côtés.

L'apprentissage clinique permet la transmission des gestes et des attitudes, les valeurs professionnelles et le cheminement intellectuel, permettant d'accéder au raisonnement clinique.

2. Supervision

Pour environ 80%, « encadrer » c'est déléguer des actes à l'étudiant après lui avoir fourni ou demandé des explications.

Ils savent que la professionnalisation passe par la réalisation d'une action professionnelle adaptée au niveau de l'étudiant, encadrée par un tuteur [37].

3. Evaluer les étudiants

Les jeunes diplômés remplissent les feuilles d'appréciation de fin de garde mais paradoxalement ne se sentent pas évaluateur : ils sont 82% à faire le point avec l'étudiant en fin de garde en remplissant une feuille d'appréciation, et 53% à la suite d'un geste défectueux ; environ 70% des jeunes diplômés ne se situent que rarement comme évaluateur ou référent pour l'évaluation de l'étudiant, et pensent ne pas participer à la délivrance du DE des ESF encadrés.

Puisqu'il en a été de même pour leur formation, les jeunes diplômés savent que : « Les stages accomplis au cours des deux phases d'études sont validés par les responsables de stages. Tout stage non validé ou non effectué avant le début de l'année universitaire suivante entraîne le redoublement (...). L'obtention du Diplôme d'Etat ne [peut] être [prononcé] avant que la totalité des stages de chacune des phases ait été validée [13]. ».

L'évaluation des stages est effectuée par les sages-femmes qui ont encadré quotidiennement les étudiants. Cette évaluation, lorsqu'elle est effectuée en cours de stage, va permettre à l'étudiant de situer ses acquis, les progrès qu'il lui reste à accomplir, et va permettre à la sage-femme d'adapter son encadrement au niveau de compétence et aux besoins de l'étudiant. D'autre part, la validation du stage correspond à l'évaluation finale de l'étudiant en

fonction de la réalisation, ou non, de ses objectifs de stage. Les sages-femmes ont donc un rôle important dans le parcours d'apprentissage des étudiants.

L'évaluation est implicite au cours de la garde mais est formalisée au moment du remplissage de la feuille d'appréciation. Peut-être n'ont-ils pas conscience qu'ils évaluent en permanence les étudiants et que cette feuille est le résultat de l'évaluation de la journée. Peut-être ne se rendent-ils pas compte qu'ils se centrent sur l'apprenant en l'encadrant.

Selon Chamberland, le clinicien doit pouvoir critiquer voire corriger ses actions et *in fine* rendre visible et accessible son processus de résolution de problème [39]. Donc en évaluant un étudiant, le professionnel s'évalue lui-même. Etant jeunes diplômés, ils n'ont peut-être pas encore suffisamment de recul pour analyser leurs propres actions.

Comme pour les autres compétences, **l'encadrement s'apprend peut-être par l'expérience**. Les jeunes diplômés acquerront probablement au fil des ans suffisamment d'expériences cliniques et de situations d'enseignements pour perfectionner leur expertise clinique et devenir de véritables coachs faisant progresser les étudiants en les évaluant.

4. Comparaison avec l'enquête de DRAN :

En 2005, Claire Dran a mené une enquête auprès de 69 sages-femmes encadrant des ESF, travaillant dans des structures représentatives de la population générale des sages-femmes (hôpital public et privée, libéral et PMI) [5].

80% (77% pour nous) se considéraient responsables de la formation clinique des étudiants et 32% (44% dans notre enquête) se considéraient rarement comme référent professionnel pour l'apprentissage.

56% (70% pour nous) se considéraient rarement comme référents professionnels pour l'évaluation et 70% (comme nous) se considéraient rarement participant à la délivrance du DE.

Nous remarquons que nos données sont proches de celles de 2005.

La première hypothèse de Dran était que les SF ne connaissaient pas suffisamment l'organisation et le contenu du programme des études. Elle semblait se vérifier par le fait qu'à l'époque, le programme de 2001 venait récemment d'être mis en place. Les SF encadraient donc des ESF formés différemment d'elles. Nous rejetons cette hypothèse pour notre étude car nos enquêtés ont reçu la même formation que les ESF qu'ils encadrent, et étant diplômés depuis peu ils doivent se souvenir de leur programme de formation.

Nous ne pouvons rejeter sa deuxième hypothèse qui était que les sages-femmes n'avaient pas suffisamment conscience de leur mission de formation pour qu'elles se considèrent comme véritables référents professionnels. En effet, bien que plus de 90% des enquêtés pensent qu'encadrer c'est permettre d'apprendre à un étudiant, d'évaluer et de réajuster ses connaissances et de former un futur professionnel, une forte majorité a du mal à évaluer et plusieurs jeunes diplômés nous indiquent ne pas écrire de commentaire négatif sur la feuille d'évaluation ou ne pas invalider une garde lorsque ceci s'avèrerait nécessaire. Comme dans l'étude de Dran, **peut-être méconnaissent-ils l'ampleur de leur fonction** de responsable de stage ainsi que leur importance dans l'évaluation des compétences et dans la délivrance du DE [5] ?

C. Situations particulières d'encadrement

Lorsque nous observons les réponses concernant l'encadrement d'un ESF de 4^{ème} année de cursus au cours d'une consultation, les méthodes d'encadrement peuvent être classées en fonction de leurs fréquences d'utilisation :

1^{ère} intention : l'ESF effectue la consultation, l'encadrant corrige et explique une fois la consultation terminée ;

2^{ème} intention : l'ESF effectue la consultation, la SF corrige au fur et à mesure ;

3^{ème} intention : la SF effectue la consultation, l'ESF participe ;

4^{ème} intention : la SF effectue la consultation, tandis que l'ESF observe.

Au cours d'une consultation qui nécessite l'exécution d'un geste thérapeutique simple, 73 à 95% des interrogés prennent rarement en charge la patiente eux-mêmes, mais demandent à l'étudiant le diagnostic et le geste à effectuer, le laissent réaliser le geste et expliquent toujours ou souvent leur raisonnement. Pour plus de la moitié des personnes, il leur arrive parfois d'annoncer le diagnostic et de demander quel geste est à réaliser à l'ESF.

De 69% à 96 % des personnes pensent qu'il est nécessaire :

- d'évaluer les connaissances déjà acquises par l'étudiant,
- d'expliquer son raisonnement et sa démarche clinique,
- que l'ESF propose et argumente un diagnostic ou une CAT
- de réajuster les connaissances de l'étudiant.

Ils mènent des actions de supervision en suivant, d'une certaine manière, les « Conseils aux enseignants :

Faites expliciter le raisonnement clinique du résident en lui demandant de résumer le cas en deux ou trois phrases et d'indiquer quelles hypothèses diagnostiques il retient et rejette, en expliquant les éléments du recueil des données qui lui permettent de soutenir certaines hypothèses et d'en exclure d'autres.

Explicitez votre propre raisonnement clinique en verbalisant comment vous en arrivez à choisir une hypothèse plutôt qu'une autre à partir des données que vous soumet le résident ou après avoir revu vous-même le patient.

Favorisez la reconnaissance des éléments-clés qui aident à la décision et la construction de liens entre les indices cliniques et les diagnostics, en encourageant la lecture d'articles qui comparent les caractéristiques cliniques des pathologies ou en faisant dessiner une carte conceptuelle qui permet de relier les éléments recueillis dans la situation clinique et les hypothèses soutenues ou exclues par le résident [42] ».

D. Les difficultés

Les difficultés sont dues principalement à un manque de temps. Comme l'énonce Chamberland et Hivon, l'explicitation nécessaire des actions de l'enseignant est malheureusement souvent juxtaposée à la nécessité de rapidité de ces actions [39].

Leur manque de temps peut-être lié à un manque d'expérience professionnelle. Au fil des années, les sages-femmes gagneront en automatisme, en connaissance et en savoir-faire, évolueront vers une expertise médicale toujours plus affinée et ainsi acquerront plus de temps pour l'apprentissage des étudiants.

Le manque de temps peut aussi être expliqué par la recherche du rendement du système de santé : diminution des coûts et augmentation de la productivité, ou encore par l'augmentation des tâches administratives.

Une autre difficulté liée à l'obtention récente du DE est l'encadrement d'étudiant qui ont été des camarades d'école, ou qui ont une **très faible différence d'âge** avec le jeune diplômé. Ils peuvent avoir du mal à se positionner en professionnel et évaluateur auprès d'anciens camarades qui ont parfois avec eux un comportement très différent d'avec les sages-femmes plus âgées.

De plus, dans plusieurs commentaires, les jeunes diplômés énoncent des difficultés liées à **la confiance** : confiance en eux, en leurs actions, confiance en l'équipe professionnelle, en l'équipe enseignante, confiance en l'étudiant, confiance de l'étudiant, et la nécessité de la/les identifier, prendre en compte, renforcer, investir...

IV. Objectifs secondaires

A. Les études de sages-femmes

1. La future mission d'encadrement d'étudiant

La mission d'encadrement a été abordée pour 2 jeunes diplômés sur 3, généralement sous forme de groupe de parole, TD/TP, ou au cours de discussions avec les SF enseignantes ; durant moins de deux heures le plus souvent. Il est à noter que 10 personnes ont encadré pendant leur dernière année des ESF d'années inférieures, donnant lieu à des débats constructifs avec les SF cliniciennes et enseignantes.

Aborder ce thème lors de la formation initiale n'est pas une obligation et est laissé au libre choix de chaque école de SF. Nous pouvons dire que ce thème est assez souvent traité. Au vu de la place des SF cliniciennes dans l'apprentissage clinique des ESF, nous pensons qu'il devrait être rendu obligatoire.

L'encadrement entre étudiants s'apparenterait à un tutorat. Cette approche paraît très intéressante pour appréhender la transmission des connaissances, tester quelques situations d'enseignement et échanger sur ce thème avec des professionnels.

A l'école de Brest, une expérience de tutorat, destiné aux étudiants de 2^{ème} année et mené par les étudiants de 5^{ème} année a été mis en place. Par groupe de trois, des étudiants de dernières années ont réalisé des cours magistraux sur des sujets d'obstétriques, guidés par les SF enseignantes.

Les bénéfiques ont été multiples :

« Pour les tuteurs cela a valorisé les connaissances acquises, leur a permis d'identifier la nécessité de développer un langage adapté en fonction du degré de connaissances, d'organiser des situations d'apprentissage de manière à apporter du sens aux « novices ». Ils ont pris conscience de leurs acquis et les ont confortés. Cette confiance dans les acquis leur permettra de se projeter dans leur future fonction d'encadrant avec davantage de sérénité.

Pour les plus jeunes, la confrontation avec les aînés a été source de motivation et d'échanges leur permettant ainsi de se projeter dans les années supérieures, leur donnant confiance dans le système de formation en alternance [51]. ».

2. L'initiation à la pédagogie

Seuls 30 étudiants sur 83, soit environ 1/3, a identifié l'intervention faite comme étant une initiation à la pédagogie. Il peut s'agir d'un biais de mémorisation. L'apport en théories pédagogiques n'était peut-être pas suffisant pour qu'ils s'en souviennent comme tel.

Les enquêtés l'ont plutôt trouvée intéressante, utile et adaptée. Mais les avis sont partagés sur le fait que ce cours soit indispensable au vu de leur pratique quotidienne. Et seulement 2 personnes sur 5 en ont été satisfaites. Les avis sont partagés et pas toujours cohérents : **ils ont globalement un bon souvenir des séances d'IP mais ne sont pas convaincus du bénéfice sur leur encadrement.**

Les personnes pour qui l'encadrement n'a pas été abordé sous forme d'une IP auraient majoritairement souhaité en avoir une, bien qu'ils ne soient que la moitié à penser qu'ils encadreraient différemment s'ils en avaient eu une.

Aborder le thème peut sembler intéressant pour les connaissances pédagogiques, l'ouverture d'esprit sur l'enseignement, les débats entre étudiants et professionnels. Cependant les jeunes diplômés ne pensent pas que l'impact sur leurs pratiques soit majeur.

B. Conséquences de l'initiation à la pédagogie

Nous avons voulu savoir s'il existait une différence d'encadrement lorsque la sage-femme jeune diplômée a reçu une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude. Le critère de jugement retenu pour cet objectif était l'encadrement d'un ESF de 4^{ème} année de cursus au cours d'une consultation.

Le programme de 2001 stipule qu'en fin de 1^{ère} phase, l'étudiant a effectué « 9 semaines (soit 360 heures) permettant d'acquérir la maîtrise de la surveillance de la grossesse physiologique dans les services de consultations prénatales et échographiques » ainsi que « 12 semaines de stages (soit 480h) permettant l'acquisition des soins généraux des adultes et des enfants ». L'étudiant de 4^{ème} année de cursus est donc en mesure d'effectuer lui-même la consultation en présence de la sage-femme, et le geste puisqu'il était précisé dans le questionnaire qu'il s'agissait d'un geste thérapeutique simple.

De plus au cours de la 2^{ème} phase, les étudiants apprennent les connaissances qui leur permettront « de dépister, d'orienter et de participer à la prise en charge des femmes présentant une pathologie maternelle ou fœtale au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ». C'est au cours de la 2^{ème} phase qu'ils développent leurs réflexions sur des situations cliniques rencontrées en périnatalité et leur raisonnement clinique [13].

En tenant compte du fait que le passage en 2^{ème} phase est un cap important pour le raisonnement clinique, les sages-femmes cliniciennes doivent adapter leur encadrement au niveau de compétence et aux besoins de l'étudiant. Dans cette situation, nous voulions savoir si une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude changeait le comportement des jeunes diplômés.

Nos tests statistiques n'ont révélé aucune différence entre nos deux groupes à l'exception d'une seule situation.

Les questions relatives à la vision globale de l'encadrement n'ont révélé aucune différence statistiquement significative non plus.

Ceci confirme ce que pensent les jeunes diplômés : l'IP n'a pas changé leur manière d'encadrer les étudiants, ni la vision qu'ils peuvent avoir de la transmission du savoir clinique.

Ce qui ne signifie pas que cette IP soit inutile. Tous les bénéfices possibles n'ont pas été abordés par nos questions.

De plus, même si l'IP ne concernait que 42% des enquêtés, la mission d'encadrement des étudiants a été abordée de manière plus ou moins formelle

auprès de 63% des jeunes diplômés. Peut-être que cela a suffi à les sensibiliser aux « bonnes conduites » de l'encadrement des étudiants ?

La seule situation où il existe une différence statistique est inattendue : les jeunes diplômés sans IP expliquent plus souvent leurs raisonnements et leurs démarches cliniques que les personnes ayant eu une IP.

Sans connaissances pédagogiques, les jeunes diplômés expliquent plus leurs raisonnements : ont-ils besoin de plus se justifier auprès des étudiants ? Est-ce par manque de confiance en soi ?

Est-ce qu'avoir reçu un enseignement en pédagogie rend l'explication du raisonnement clinique moins importante ? Se permettent-ils de moins expliquer en raison d'une connaissance du fonctionnement de l'enseignement plus importante ? Avoir reçu une IP, les rend-il plus confiants en eux ?

Parallèle avec l'enquête de BERTRAND :

En 2011, Murielle BERTRAND, SF enseignante à l'école de Nancy, a réalisé son mémoire de Master 2 « Management des organisations du secteur sanitaire et social », sur la mise en place d'un tutorat professionnel / étudiant.

Dans sa première partie, elle appuyait le fait que « les professionnels en exercice peuvent être confrontés à des situations de travail difficiles voire très difficiles liées aux spécificités du monde de la santé et aux évolutions des conditions de travail dont les répercussions les concernent directement sous forme de stress, de mal-être, de dépression ou de burn-out. Ces conséquences peuvent aussi retentir directement ou indirectement sur les étudiants Sages-femmes au travers de violences et de harcèlement, modes de réaction de certains professionnels face au stress, ou au travers d'un détachement émotionnel et d'une dégradation de la motivation professionnelle,

Les étudiants d'une manière générale sont eux aussi, soumis à des facteurs stressants en lien avec leur situation : exigences académiques, gestion de la vie quotidienne, isolement social [mais aussi les] mêmes situations de tensions ou de pressions que les professionnels. Simultanément, ils peuvent côtoyer des professionnels présentant l'une ou l'autre des dérives comportementales citées

précédemment et connaître des souffrances professionnelles avérées dont les conséquences plus ou moins importantes peuvent même être parfois dramatiques (...).

Certains professionnels se considérant bien formés ou performants pour exercer leur profession estiment que la formation qu'ils ont reçue et au cours de laquelle ils ont eux-mêmes parfois subi des formes de maltraitance à des degrés divers et donc « souffert » était globalement bonne et par conséquent, reproduisent le même schéma sans remettre en cause la formation ni s'interroger sur les aspects liés aux conséquences de ces souffrances. Parfois même, ils en arrivent à estimer que ces attitudes déviantes sont utiles voire nécessaires [52]. »

L'encadrement des étudiants s'apprendrait en le pratiquant mais également en étant encadré. Un des buts de la formation en alternance est de rencontrer des professionnels fonctionnant différemment pour ensuite ne garder que les méthodes et les comportements qui nous paraissent les plus logiques, à la manière du compagnonnage. L'inconvénient est le risque pour l'apprenti de conserver de mauvais réflexes ou de mauvaises attitudes et de les transmettre à son tour, une fois professionnel.

L'encadrement reçu par les sages-femmes lors de leurs études joue un rôle important sur leur propre manière d'encadrer. En effet, le principal conseil qu'ils donneraient aux futurs diplômés serait « encadrer comme vous avez aimé qu'on vous encadre et ne reproduisez pas les situations que vous avez détestées ».

Nous avons vu au fil de cette discussion que les jeunes diplômés ont conscience de l'importance des sages-femmes cliniciennes dans l'apprentissage clinique de la formation des étudiants même s'ils ont des difficultés à évaluer les étudiants. Nous avons montré également que l'encadrement d'étudiants peut s'acquérir par l'expérience, et en retirant les bénéfices de son propre encadrement lors de ses études. Enfin l'initiation à la pédagogie ne change pas la manière d'encadrer mais constitue une base de connaissances en pédagogie qui intéresse les étudiants.

V. Projet d'action

Notre projet d'action consiste en la mise en place d'un tutorat entre étudiant de 5^{ème} année et de 2^{ème} année de cursus couplé à une séance d'information sur l'évaluation et sur les responsabilités de la sage-femme lorsqu'elle encadre un étudiant.

A. Séance d'information

Il nous est apparu important de sensibiliser et d'initier les étudiants de dernière année à l'encadrement.

Seraient présents à cette séance :

- une SF enseignante,
- une SF cadre,
- une SF clinicienne jeune diplômée,
- une SF clinicienne plus âgée,
- la promotion d'ESF de dernière année.

La séance durerait deux à trois heures, et serait située au 1^{er} trimestre de l'année scolaire. Elle se partagerait entre **apports théoriques** et **débats** autour des thèmes suivants :

- l'importance des SF cliniciennes dans l'apprentissage des ESF,
- les conditions de réussite d'un stage,
- la responsabilité des actes des étudiants lors des stages,
- les différentes formes d'évaluation et leurs importances,
- les conditions permettant d'évaluer la transmission des pratiques,
- les grandes lignes du modèle de rôle, de la supervision et du tutorat,
- les conseils pratiques des SF cliniciennes expérimentées,
- les spécificités des étudiants sages-femmes.

Cette séance permettrait de poser les bases de fonctionnement d'un tutorat entre étudiants.

B. Le tutorat entre étudiant

Le tutorat entre étudiant permettrait aux dernières années d'étude de se confronter aux situations d'encadrement d'étudiants.

Lors d'un ou plusieurs jours de stage en post-partum, un étudiant de 5^{ème} année encadrerait un étudiant de 2^{ème} année, sous la responsabilité de la sage-femme de secteur.

L'ESF de 5^{ème} année devra s'adapter au niveau de connaissances et aux objectifs de stage du tuteur et être à son écoute. Il devra conjuguer ses actions auprès des patients avec la nécessité de le faire participer. Il pourra ainsi se mettre en position de tuteur, d'enseignant clinicien, tout en ayant la possibilité de demander conseil à la sage-femme responsable. Ces situations constitueront pour le futur diplômé une expérience d'encadrement non négligeable pour son activité future, augmentant sa confiance en lui.

Les bénéfices de cette situation pour l'étudiant de 2^{ème} année sont multiples : augmenter sa motivation à apprendre, comprendre plus facilement les gestes techniques et savoir-être de la profession, se rendre compte du chemin à parcourir au fil de ses années d'études ...

Un bilan sera réalisé à la fin de la journée. Grâce à ces échanges, l'étudiant pourra mieux envisager la position de responsable de formation et la sage-femme pourra revenir sur sa propre expérience et évaluer sa pédagogie.

CONCLUSION

La formation initiale des sages-femmes vise l'acquisition de compétences professionnelles. Pour atteindre ce but, les sages-femmes cliniciennes sont au centre du dispositif de formation. Elles transmettent leurs connaissances ainsi que la richesse de leur pratique clinique issue de leur expérience de terrain. Pour autant il n'est pas obligatoire pour les écoles de sages-femmes d'aborder ce thème lors de la formation.

Cette étude a permis d'interroger la position des sages-femmes jeunes diplômées face à l'encadrement des étudiants sages-femmes en stages, savoir s'il existait une différence d'encadrement lorsqu'elles avaient reçu une initiation à la pédagogie pendant leurs études, et enfin d'évaluer si cette initiation leur a apporté une aide.

Il s'avère que les jeunes diplômés sont conscients des responsabilités et du rôle des sages-femmes dans l'apprentissage clinique des étudiants. Leur comportement serait proche de l'attitude globale des sages-femmes. Ils mettent en place principalement des actions de supervision. Toutefois, ils ne se positionnent pas majoritairement comme évaluateurs. Ils rencontrent des difficultés liées à un manque de temps, à un manque de confiance en eux et à la faible différence d'âge avec les étudiants.

Une initiation à la pédagogie en dernière année d'études n'entraîne pas de différence statistiquement significative dans la manière d'encadrer les étudiants. Cependant une grande majorité des enquêtés pensent qu'il est nécessaire d'aborder ce thème durant les études pour amener des connaissances pédagogiques, une ouverture d'esprit sur l'enseignement et des débats entre étudiants et professionnels.

L'encadrement des étudiants s'apprendrait par la pratique comme toutes les compétences cliniques. Avec le temps, les jeunes diplômés acquerront de l'expérience, de la confiance en eux, perfectionneront leur expertise clinique et deviendront de véritables formateurs soignants.

L'encadrement reçu lors des études conditionnerait également une part importante de l'attitude du jeune diplômé face à l'étudiant qu'il encadre. Il est donc indispensable que l'étudiant puisse apprendre dans un contexte favorable pour qu'à son tour, il transmette ses connaissances de manière optimale.

Nous proposons de mettre en place une séance d'informations-débats auprès des étudiants de 5^{ème} année couplée à un tutorat entre étudiants. La séance porterait sur l'importance des sages-femmes cliniciennes dans l'apprentissage des étudiants, l'approche de techniques pédagogiques et un partage d'expériences entre étudiants et professionnels. Lors d'un stage en post-partum, un étudiant de dernière année deviendrait tuteur d'un étudiant de 2^{ème} année. Une fois diplômé, il aurait déjà acquis une expérience d'encadrement et aurait plus confiance en lui.

Il serait intéressant de renouveler cette étude auprès du même échantillon pour comparer leurs techniques d'encadrement après plusieurs années d'expériences.

REFERENCES

- [1] LEROY F. Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : Ed De Boeck Université ; 2002. p. 65-203.
- [2] Arrêté du Ministre de l'Intérieur du 11 Messidor de l'an X relatif aux cours d'accouchements de l'hospice de la Maternité de Paris.
- [3] BAUT-CLAISSE AS. Réflexions autours de l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Mémoire : ECSF : Dijon ; 2009.
- [4] République française. Décret du 25 Juillet 1893. JO du 16 Juillet 1893.
- [5] DRAN C. La sage-femme et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Mémoire : ECSF : Dijon ; 2005. p. 8-21.
- [6] République française. Décret du 9 Janvier 1917 et Arrêtés des 11 Janvier et 24 Juillet 1917 fixant le programme des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.
- [7] République française. Loi n°263 du 17 Mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. JO du 30 Mai 1943.
- [8] République française. Loi n°191 du 24 Avril 1944 portant modification de la loi n°263 du 17 Mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. JO du 27 Avril 1944.
- [9] République française. Arrêté du 14 Juin 1944 fixant les programmes d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. JO du 27 Juin 1944.
- [10] République française. Arrêté du 23 Mai 1973 relatif aux études de sage-femme. JO du 27 Mai 1973.
- [11] République française. Arrêté du 27 Décembre 1985 relatif aux études de sage-femme et annexe relatif au programme des enseignements théorique, pratique clinique, et organisation des stages. JO du 21 Janvier 1986.
- [12] République française. Loi n°82-413 du 19 Mai 1982 modifiant la loi n°191 du 24 Avril 1944, la loi n°67-1176 du 28 Décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme. JO du 20 Mai 1982.
- [13] République française. Arrêté du 11 Décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JO du 19 décembre 2001.
- [14] République française. Loi n° 2002-73 du 17 Janvier 2002 de modernisation sociale. JO du 18 Janvier 2002.
- [15] République française. Arrêté du 28 Octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. JO du 17 Novembre 2009.

[16] République française. Arrêté du 26 Juillet 2010 relatif à la première année commune aux études de santé. JO du 10 Septembre 2010.

[17] République française. Arrêté du 19 Juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. JO du 19 Juillet 2011.

[18] République française. Code la Santé Publique. Article L4151-1. JO du 7 Juillet 2011.

[19] Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Vocation Sage-femme : Janvier 2008 ; 58.

[20] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Historique de la Profession [consulté le 20/10/2011]. Disponible à partir de : URL < http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/index.htm>.

[21] CHICHOUX F. Démarche d'évaluation des conditions d'accueil et d'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Mémoire : ECSF : Dijon ; 2003.

[22] RAYNAL F. RIEUNIER A. Pédagogie, dictionnaire des concepts clés : apprentissage, formation, psychologie cognitive. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur ; 2009. p.176, 34, 182.

[23] République française. Arrêté du 11 septembre 2009 relatif aux modalités d'agrément des écoles de sages-femmes et de cadres sages-femmes. JO du 18 Septembre 2009.

[24] République française. Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Art. 60. 21 juillet 2009.

[25] République française. Décret n°89-611 relatif au statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière, Titre 1^{er}, Art. 6. JO du 10 Janvier 2002.

[26] Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/1390/OA du 11 Mai 1987 relative à la réforme des études de sage-femme. Non parue au JO.

[27] République française. Code de la Santé publique. Art. L.6112-1 relatif aux missions de service public pouvant être exercées par un établissement de santé. JO du 21 Juillet 2009.

[28] Haute Autorité de Santé. Manuel V2007 de certification des établissements de santé [consulté le 10/10/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf>.

[29] Haute Autorité de Santé. Manuel V2009 de certification des établissements de santé [consulté le 10/10/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_714928/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009.htm >.

[30] Haute Autorité de Santé. Manuel V2010 de certification des établissements de santé [consulté le 10/10/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011.htm>.

[31] Association Nationale des Sages-Femmes Cadres. Référentiel métier et compétences des sages-femmes cadres [consulté le 18/11/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ansfc.com/espace_documentaire.html>.

[32] MEUNIER-LEGENDRE M. La Formation initiale des sages-femmes : un modèle d'alternance intégrative ? Mémoire ECSF : Dijon ; 2008.

[33] Dictionnaire Larousse. Définition du terme Pédagogie [consulté le 18/11/2011]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/pedagogie.htm>>.

[34] BERHAULT G. L'adaptation des méthodes pédagogiques aux étudiants sages-femmes actuels. Mémoire ECSF : Dijon ; 2008.

[35] Ministère de l'Education Nationale. Pédagogie du projet [consulté le 20/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <<http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/libre/qualification/q3a.php>>.

[36] BARNIER G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement [consulté en Janvier 2012]. Disponible à partir de : URL : < http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/fit/doc/apprent/Theories_apprentissage.pdf >.

[37] RENETEAUD J. Construire un parcours individuel de professionnalisation. La lettre du CEDIP [en ligne] Janvier 2010 ; 10 : 1 [consulté le 20/02/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/fttech12b_cle51d1b4.pdf>.

[38] Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicale. BOULA JG. Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante? [consulté le 03/03/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/processus_professionnalisation.htm>.

[39] CHAMBERLAND M. HIVON R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale : Mai 2005 ; 6 : 98-101.

[40] LEGENDRE R. Dictionnaire actuel de l'éducation 3^{ème} édition. Montréal : Ed Guérin ; 2005.

- [41] DARVE L. Evaluation de la qualité de la supervision en stage. Mémoire ECSF : Dijon ; 2008.
- [42] AUDETAT MC. LAURIN S. Supervision du raisonnement clinique, méthode et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. Canadian Family Physician : Mars 2010 ; 56 : 294-296.
- [43] MORANDI F. LA BORDERIE R. Dictionnaire de pédagogie. Paris : Nathan ; 2006.
- [44] DE KETELE JM. GERARD FM. ROEGIERS X. L'évaluation et l'observation scolaires : deux démarches complémentaires [consulté le 10/02/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.bief.be/docs/publications/evaluation_observation_070223.pdf>.
- [45] JOUQUAN J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale. Pédagogie Médicale : 2002 ; 3 : 38-52.
- [46] TARDIF J. Pour un enseignement stratégique, l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Editions Logiques ; 1992. p. 87.
- [47] Communauté médicale et paramédicale indépendante. Evolution du numerus clausus sage-femme [consulté le 10/01/2012]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.remede.org/esf1/numerus-clausus-esf1.html>>.
- [48] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La profession de sage-femme : constat démographiques et projections d'effectifs. Etudes et Résultats : Mars 2012 ; 791.
- [49] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La profession et mode d'exercice [consulté le 10/01/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/index.htm>.
- [50] République française. Décret n°2010-888 du 28 Juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'Etat. JO du 30 Juillet 2010.
- [51] DELPECH-DUNOYER G. Expérience pédagogique en école de sages-femmes : les bénéfices du tutorat entre étudiants. Vocation Sage-femme : Janvier-février 2011 ; 88 : 26-29.
- [52] 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 de Master 2 : Management des organisations du secteur sanitaire et social, Spécialité : Management hospitalier. Nancy-Universités, ISAM-IAE Nancy ; 2011. 91p.

ANNEXES

ANNEXE I :

Lettre adressée aux Directrices d'école de sages-femmes

Marion DESNOYER
8 Rue du 11 Novembre
63000 Clermont-Ferrand
desnoyer.marion@gmail.com

ESF 5^{ème} année
Ecole de Clermont-Ferrand

Clermont-Ferrand,
Le 20 Aout 2011

Objet : Initiation à la pédagogie au cours de la formation initiale des sages-femmes

Mesdames les directrices d'écoles de Sages-femmes,

J'entre actuellement en dernière année à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand. Mon mémoire de fin d'études a pour objectif l'évaluation de la satisfaction des sages-femmes jeunes diplômées face à l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage ainsi que la mesure des besoins en initiation à la pédagogie en cinquième année de cursus.

Dans ce but je souhaiterais savoir si dans vos écoles une initiation à la pédagogie est proposée aux étudiants sages-femmes.

Si oui :

- A quelle année d'étude ?
- Quelle forme prend cette initiation : cours magistraux, TD, TP, autres ?
- Combien d'heures lui sont consacrées ?
- Par qui est effectuée cette initiation : Directrice, Sage-femme Enseignante, intervenants extérieurs ?
- Quel est le contenu de ce cours ? Pouvez-vous s'il vous plaît me faire parvenir un support de cours ?

J'aimerais également savoir s'il existe d'autres outils permettant d'améliorer l'encadrement des étudiants sages-femmes en stages : réunions d'équipes pédagogiques et de cadres de services, charte d'encadrement avec les services de soins ...etc.

Je me tiens à votre disposition pour plus de renseignements.

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à ma demande et vous prie d'agréer, Mesdames les directrices d'écoles de sages-femmes, l'expression de ma considération distinguée.

Marion Desnoyer

ANNEXE II :

L'initiation à la pédagogie à l'école de sages-femmes de Poissy

ATELIERS PEDAGOGIQUES 2^e année 2^e phase

- Introduction à la pédagogie médicale
- Intégration de la formation à l'encadrement dans le programme de formation

Deux temps sont prévus :

- une séance de TD en demi groupe de 1h30 à 2h au 1er trimestre de l'année (apport théorique, brainstorming, mise en situation, groupe de parole).
- quand le calendrier le permet, une deuxième séance de TD en demi groupe de 1h30 à 2h au dernier trimestre avec pour objectif l'élaboration d'une grille d'évaluation en TD.

Objectifs généraux :

Sensibiliser les sages-femmes à la pédagogie
Décrire le cheminement d'apprentissage
Motiver les sages-femmes à l'évaluation

Objectifs spécifiques :

Définir les mots usuels du vocabulaire pédagogique
Faire comprendre les mécanismes d'apprentissage
Effectuer des ateliers pratiques sur les modalités d'enseignement

Programme :

Comprendre le cadre de référence pour la formation médicale
S'initier au concept d'enseignement centré sur l'apprenant
Identifier les facteurs influençant positivement ou négativement la motivation
S'initier aux différentes modalités pédagogiques du programme (APP, ARP, ARC, encadrement clinique)
Se familiariser avec les principes de l'encadrement d'un apprenant
S'initier aux concepts de base en évaluation
Repérer les différents outils d'évaluation disponibles

ANNEXE III :

Questionnaire adressé aux sages-femmes jeunes diplômées

I. POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE :

1. Vous avez été diplômé(e) en :

- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

2. A présent, vous travaillez :

- en hôpital public
- en clinique privée
- en libéral
- en PMI
- Autre :

3. a) Si vous travaillez en structure hospitalière, celle-ci est :

- de niveau I
- de niveau II
- de niveau III

3. b) attachée à une école de sage-femme :

- oui
- non

II. L'ENCADREMENT DES ESF :

4. Vous encadrez des étudiants sage-femme :

- tous les jours
- souvent
- parfois
- jamais
- autre : ...

5. Dans votre choix de lieu de travail, le fait d'avoir à encadrer des étudiants a-t-il été pour vous ?

- un déterminant positif
- un déterminant négatif
- sans avis

6. Lors de votre entretien de recrutement, a-t-il été fait mention de votre future mission relative à l'encadrement des étudiants sages-femmes ?

- oui
- non
- Je ne sais plus

7. Si oui : que vous a-t-on dit ?

.....
.....

8. L'encadrement des stagiaires fait-il partie des critères mentionnés lors de votre évaluation annuelle ?

- oui
- non

9. Selon, vous encadrer un étudiant sage-femme, c'est :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Lui permettre d'apprendre				
Après lui avoir fourni les explications nécessaires, lui déléguer des actes				
Après lui avoir demandé l'explication, lui déléguer des actes				
Évaluer ses connaissances et les réajuster				
Former un futur professionnel				

10. Comment vous situez-vous en tant que sage-femme de terrain par rapport à l'acquisition des compétences des étudiant en stage ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Évaluateur occasionnel sans conséquence sur le parcours de l'étudiant				
Participant à la délivrance du DE				
Responsable de la formation clinique de l'étudiant				
Réfèrent professionnel pour l'apprentissage clinique				
Réfèrent occasionnel pour l'évaluation				

Si vous voulez apportez un commentaire, une observation, cet espace est à votre disposition :

....

11. a) Rencontrez-vous des difficultés pour encadrer les étudiants sages-femmes en stage ?

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

11. b) Si oui, est-ce : *(vous pouvez cocher plusieurs réponses)*

- par manque de temps
- par manque d'attrait pour la transmission des connaissances
- par manque d'outils pédagogiques
- en raison du nombre trop élevé d'étudiants
- Autre :

12. Vous réalisez l'examen d'une patiente avec un étudiant de 3^{ème} année d'école (4^{ème} année de cursus) :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Vous effectuez la consultation, l'étudiant observe				
Vous effectuez la consultation, l'étudiant participe				
L'étudiant effectue la consultation et vous corrigez au fur et à mesure L'étudiant effectue la consultation, puis vous corrigez et vous expliquez une fois la consultation terminée				

13. Vous encadrez un étudiant sage-femme de 3^{ème} année d'école (4^{ème} année de cursus). Au cours du suivi d'une patiente vous posez un diagnostic qui nécessite la réalisation d'un geste thérapeutique simple :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Vous prenez la patiente en charge vous-même				
Vous expliquez votre raisonnement				
L'étudiant réalise le geste				
Vous demandez à l'étudiant quel est le diagnostic et quel est le geste à effectuer Vous annoncez le diagnostic à l'étudiant et vous lui demandez quel est le geste à effectuer				

Si vous voulez apporter un commentaire, une observation, cet espace est à votre disposition :

....

14. Lors de l'encadrement d'un étudiant sage-femme de 3^{ème} année d'école (4^{ème} année de cursus), pensez-vous qu'il soit nécessaire :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
D'évaluer les connaissances déjà acquises par l'étudiant				
D'expliquer votre raisonnement et votre démarche clinique				
Que l'étudiant propose et argumente un diagnostic et/ou une conduite à tenir				
De réajuster ses connaissances				

15. Pendant la garde, consacrez-vous un moment à l'étudiant pour revenir sur ses acquisitions, les points sur lesquels doivent porter ses efforts, les éléments positifs ?
(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- oui s'il est demandeur
- oui si nous en avons le temps
- oui à chaque fois qu'un geste est défectueux
- oui à chaque garde nous remplissons une feuille d'appréciation, c'est l'occasion de faire le point avec lui
- non les remarques sont transmises à l'étudiant par l'intermédiaire de sa feuille d'appréciation
- Non c'est le/la cadre qui s'en charge au moment du rapport de stage

Si vous voulez apportez un commentaire, une observation, cet espace est à votre disposition :

.....

16. a) Sur votre lieu de travail, existe-t-il des outils pour vous aider à encadrer des étudiants ?

- oui
- non
- Je ne sais pas

16. b) Si oui, s'agit-il de : (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- réunion de service
- discussion avec le/la cadre de service
- rencontre avec les enseignant(e)s de l'école de sage-femme
- une charte
- livret d'accueil de l'étudiant
- autre, précisez :

III. VOS ETUDES :

17. Vous avez fait vos études à l'école de :

- Clermont-Ferrand
- Dijon
- Marseille
- Poissy

18. Lors de vos études, vous a-t-on parlé de votre future mission d'encadrement ?

- Oui (⇒ question 19)
- non (⇒ question 20)

19) On vous a parlé de votre future mission d'encadrement :

- a) Était-ce sous forme de :
 - Cours magistral
 - TD/ TP
 - Groupe de parole
 - Autre ?

b) Combien d'heure était consacrée(s) à cette mission d'encadrement?

c) Qu'avez-vous retenu de cette/ ces séance(s) ?

- d) Était-ce sous forme d'une initiation à la pédagogie ?
- oui (Répondez ensuite à la question A)
 - non (Répondez ensuite aux questions B)
 - je ne sais pas

A) SI OUI : Concernant cette initiation à la pédagogie :

	Plutôt oui	Plutôt non	Ni oui, ni non
L'avez-vous trouvée : Intéressante			
L'avez-vous trouvée : Utile			
L'avez-vous trouvée : Adaptée			
L'avez-vous trouvée : Indispensable au vue de votre pratique quotidienne ?			
Avez-vous été satisfait(e) par ce cours ?			
Pensez-vous que le contenu était adapté ?			

B) 1. SI NON : Auriez-vous aimé avoir une initiation à la pédagogie ?

- oui
- non
- sans avis

2. Pensez-vous que vous encadreriez différemment si vous aviez eu une initiation à la pédagogie ?

- oui
- non
- sans avis

3. Comment votre future mission d'encadrement a-t-elle été abordée ?

.....

4. En Avez-vous été satisfait ?

- plutôt oui
- plutôt non
- sans avis

20. On ne vous a pas parlé de votre future mission d'encadrement :

	Plutôt oui	Plutôt non	Sans avis
Auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?			
Pensez-vous qu'aborder le sujet est : utile			
Pensez-vous qu'aborder le sujet est : nécessaire			

Comment auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

.....

21. Quels conseils vous semble-t-il important de donner aux futurs diplômés à propos de leur future mission d'encadrement ?

.....

Je vous remercie beaucoup !

ANNEXE IV : Lettre adressée aux sages-femmes jeunes diplômées

Marion DESNOYER
8 rue du 11 Novembre
63000 Clermont-Ferrand
desnoyer.marion@gmail.com

Clermont-Ferrand,
Le 4 Janvier 2012

Mesdames, Messieurs les Sages-Femmes,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} année d'étude à l'école de Clermont-Ferrand. Mon mémoire de fin de cursus a pour thème : « Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage ».

Les objectifs de cette étude sont :

- l'évaluation, par les sages-femmes jeunes diplômées, de la place des sages-femmes dans l'encadrement des étudiants sage-femme en stage ;
- l'évaluation de la pertinence et de l'impact d'une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude ;
- l'étude de la satisfaction des sages-femmes jeunes diplômées vis-à-vis de l'encadrement des étudiants sages-femmes en stages.

Pour mener à bien cette étude, j'aimerais que vous répondiez au questionnaire situé à l'adresse URL suivante :

<<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dG1WU3hZbnAtb0Q5UDJuNFFqa3I1cHc6MA>>

Ce questionnaire respecte votre anonymat.

Je vous remercie par avance pour l'aide que vous apporterez à ce travail, et vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs les sages-femmes, l'expression de mes salutations distinguées.

Marion Desnoyer

ANNEXE V : CHARTRE D'ENCADREMENT DE L'ETUDIANT SAGE- FEMME - Ecole de sage-femme de Dijon



Centre Hospitalier
Universitaire Dijon

Ecole de Sages-Femmes

10 bd Maréchal De Lattre de Tassigny
BP 77908
21079 DIJON Cedex
☎ 03.80.29.36.23
☎ 03.80.29.35.99
E-mail
secrétariat : laetitia.leponner@chu-dijon.fr

CHARTRE D'ENCADREMENT DE L'ETUDIANT SAGE-FEMME DANS LES SERVICES DE SOINS

L'étudiant sage-femme effectue des actes de soins ou obstétricaux sous la responsabilité des professionnels

« En tant qu'étudiant sage-femme il participe aux activités de soins dans le cadre de sa formation.

A ce titre :

Il a le devoir de se former afin d'acquérir une compétence, de connaître les règles déontologiques de sa profession.

Il a droit à une formation et un accompagnement de qualité dans un environnement qui rend possible l'acquisition de cette compétence. Il est reconnu dans sa fonction au sein de la chaîne de soins... ».

*Document réalisé à partir
de la charte élaborée par la commission des stages
du CHU de Dijon.*

LES ENGAGEMENTS AVANT LE STAGE

L'étudiant s'engage à :

- Prendre contact avec le responsable du stage (appel téléphonique et s'informer des spécificités : vestiaires, tenue, repas...),
- Elaborer des objectifs personnels : théoriques, techniques et relationnels,
- Connaître les objectifs de stage institutionnels et les bases théoriques en rapport,
- Montrer son livret d'acquisitions afin d'informer le(s) responsable(s) du stage sur son niveau de formation.

Le service d'accueil s'engage à :

- Recevoir avant le stage ou prendre un temps d'accueil avec l'étudiant au plus tard le premier jour du stage pour présenter le fonctionnement de l'unité (visite, vestiaire, tenue, repas, horaires...),
- Présenter l'étudiant à son (ses) référent(s), et au personnel présent,
- Respecter les horaires définis par le cadre,
- Organiser le stage de l'étudiant : affichage, horaires, référent(s), accueil,
- Elaborer et actualiser annuellement les fiches descriptives du service en collaboration avec l'école de sages-femmes.

L'école de sages-femmes s'engage à :

- Présenter les services d'accueil aux étudiants à l'aide de fiches descriptives élaborées en collaboration avec les services d'accueil,
- Elaborer des objectifs généraux de stage,
- Transmettre le planning des stages pour l'année aux étudiants et aux services d'accueil,
- Informer le responsable du stage des absences de l'étudiant pour évaluation,
- Prévenir l'étudiant du stage au cours duquel il sera évalué,
- Informer les services d'accueil du déroulement de la formation pratique et théorique des étudiants.

LES ENGAGEMENTS PENDANT LE STAGE

L'étudiant s'engage à :

- Identifier la structure du service d'accueil,
- **Présenter** ses objectifs personnels et son **livret d'acquisitions**,
- Se donner les moyens d'ajuster et d'atteindre ses objectifs personnels,
- **Respecter** les **horaires** annoncés et les **règles d'hygiène**,
- **Avertir l'école** de sages-femmes et le **service** de ses **absences** le plus rapidement possible,
- Solliciter la sage-femme enseignante en cas de besoin,
- Solliciter la personne référente pour son **bilan de mi-stage**,
- Actualiser son livret d'acquisitions,
- Prendre rendez-vous pour son rapport de stage avec la personne référente,
- **Faire signer sa feuille d'actes au jour le jour**.

Le service d'accueil s'engage à :

- Déterminer un (ou plusieurs) référent(s),
- Respecter le niveau de formation de l'étudiant,
- Définir ses attentes vis à vis de l'étudiant,
- Superviser les objectifs personnels de l'étudiant,
- Mettre à disposition des moyens pour favoriser l'apprentissage de l'étudiant : documents, cours, protocoles, ...
- S'assurer du suivi de l'encadrement des étudiants (responsabilité du cadre),
- Aider l'étudiant à progresser dans ses acquisitions,
- Noter les absences sur le rapport de stage et en informer l'école de sages-femmes,
- Solliciter la sage-femme enseignante référente en cas de besoin,
- Réaliser le **bilan de mi-stage**,
- Valider les feuilles d'actes,
- Évaluer l'étudiant à l'aide d'un rapport de stage au cours d'un entretien avec l'équipe,
- **Remettre le rapport de stage** avec signature et tampon de l'unité à l'étudiant, **avant son départ**.

L'école de sages-femmes s'engage à :

- Identifier les sages-femmes enseignantes référentes de chaque promotion, auprès des services d'accueil,
- Rester en lien avec les responsables de stage,
- S'assurer de l'adéquation de l'encadrement avec le niveau de formation de l'étudiant,
- Effectuer les évaluations prévues dans les textes.

LES ENGAGEMENTS APRES LE STAGE

L'étudiant s'engage à :

- Remettre son rapport de stage dès son retour à l'école de sages-femmes,
- Présenter à la sage-femme enseignante son livret d'acquisitions.

Le service d'accueil s'engage à :

- Communiquer sur les modalités d'encadrement, d'évaluation et de progression de l'étudiant au cours des bilans de stage avec l'étudiant et l'école de sages-femmes.

L'école de sages-femmes s'engage à :

- Analyser le rapport de stage,
- Consulter le livret d'acquisitions de l'étudiant,
- Reprendre contact avec le service en cas de besoin.

RESUME

Nous avons voulu savoir comment les jeunes diplômés se positionnent dans l'encadrement des étudiants et si une initiation à la pédagogie au cours de leurs études modifie leurs comportements.

La formation des sages-femmes compte un tiers de théorie et deux tiers de pratique. Les sages-femmes cliniciennes ont un rôle majeur dans l'apprentissage des compétences techniques et des savoir-être de la profession. Pourtant aborder la mission d'encadrement n'est pas obligatoire au cours de la formation.

Grâce à un questionnaire, nous avons interrogé des diplômés de 2008, 2009, 2010 et 2011 des écoles de Marseille et Poissy, proposant une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude, et Clermont-Ferrand et Dijon, n'en proposant pas. Nous avons analysé 198 réponses (taux de réponses à 50.78%).

Pour 98% des enquêtés, encadrer c'est toujours ou souvent permettre d'apprendre à un étudiant. 78% des interrogés pensent qu'ils ne participent jamais ou seulement parfois à la délivrance du Diplôme d'Etat. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre nos deux groupes.

Les jeunes diplômés ont des difficultés pour évaluer les étudiants. L'encadrement s'apprendrait par l'expérience comme les compétences cliniques. Une initiation à la pédagogie ne modifie pas la manière dont ils encadrent mais amène des connaissances pédagogiques et une ouverture d'esprit sur l'enseignement.

La mise en place d'un tutorat entre étudiants au cours de la dernière année d'étude leur permettrait d'acquérir de la confiance et de l'expérience.

Mots clés : *Jeunes Diplômés, Encadrement, Pédagogie, Etudes de sage-femme.*

Summary

Our objective was to understand how the young graduates consider themselves as student supervisor, and if a pedagogy introduction during their studies had an impact on their behavior.

The midwives study is divided into a third of theory instruction and two thirds of practical instruction. Clinician midwives have an important part in the learning of technical and social skills of the occupation. However, working on supervision skills is not compulsory during the studies.

We have conducted a survey among the graduates of 2008, 2009, 2010 and 2011 from the schools of Marseille and Poissy, which offer a pedagogy introduction, and of Clermont-Ferrand and Dijon, which don't offer any pedagogy introduction. We have analyzed 198 answers (rate of answers: 50.78%).

98% of the investigated people believe that supervising always or often corresponds to the capability of enabling a student to learn. 78% of the interrogated people think that they never or only sometimes participate in the issue of a State Diploma. There are not statistical differences between our two groups.

The young graduates have difficulties assessing students. Our conclusion is that supervision skills would be acquired with experience, just as clinician skills are. A pedagogy introduction does not change the way they teach, but it would bring them pedagogy knowledge and an open-mindedness on teaching.

The setting up of a tutorial system between students in the last year of study would allow them to acquire self-confidence and experience.

Key-words: *Young graduate, Supervising, Pedagogy, Midwife study.*