



HAL
open science

Entre professionnalité et professionnalisation : les enjeux de l'accompagnement des étudiants par les sages-femmes cliniciennes

Mathieu Mouchard

► To cite this version:

Mathieu Mouchard. Entre professionnalité et professionnalisation : les enjeux de l'accompagnement des étudiants par les sages-femmes cliniciennes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01071747

HAL Id: dumas-01071747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01071747v1>

Submitted on 29 May 2017

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.

473 MSF 2014

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

N° 473

ENTRE PROFESSIONALITE ET PROFESSIONNALISATION :

*Les enjeux de l'accompagnement des étudiants par
les sages-femmes cliniciennes*

Mémoire présenté par

Monsieur Mathieu MOUCHARD

Né le 14 Janvier 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2014



1220003634

- BU Rouen Médecine-Pharmacie -

Remerciements

Je remercie :

Madame Caroline Durier, directrice et guidante de ce mémoire, pour sa confiance, son écoute, son regard bienveillant, sa qualité d'accompagnement et ses encouragements tout au long de mes études au sein du département

Mesdames Pastor, Hébert et Lepitre, sages-femmes enseignantes, pour leur écoute, leur gentillesse et leur soutien dans les bons comme dans les mauvais moments

L'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de l'enseignement dispensé durant ces années

Toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude

Mes parents, ma famille, pour leur soutien inconditionnel, sans faille, durant ces longues années

Lucie et Victoria, mes amies, pour leur soutien indéfectible, leur bonne humeur et leur présence à tous moments

« Le destin ne relève pas du hasard, mais d'un choix... On ne le subit pas, on le poursuit. »

William Jennings Bryan

SOMMAIRE

Introduction.....	1
-------------------	---

Première partie : *Revue de Littérature*

1. <u>L'accompagnement, un engagement au service de la profession</u>	3
1.1. Accompagner aujourd'hui : définition, valeurs, représentations.....	3
1.2. La fonction de tutorat.....	6
1.2.1. Etre tuteur : s'investir dans la transmission.....	7
1.2.2. Se former à l'accompagnement.....	7
2. <u>Un référentiel de formation adossé à un référentiel métier</u>	9
2.1. La nécessité d'un référentiel des compétences.....	9
2.2. L'évolution des profils et l'identité professionnelle.....	11
2.3. Un master professionnalisant en Sciences Maïeutiques.....	12
3. <u>L'émergence du professionnel en Sciences Maïeutiques</u>	15
3.1. La notion de projet.....	16
3.2. Le projet professionnel comme contributeur au processus de professionnalisation.....	18

Deuxième partie : *Méthodologie et Résultats de l'étude*

4. <u>La méthode de recherche</u>	20
4.1. Les objectifs de l'étude.....	20
4.2. Méthodologie.....	21
4.2.1. Les modalités de l'étude.....	21
4.2.2. La population interrogée.....	21
4.2.3. La méthode d'entretien.....	22
4.2.4. L'analyse.....	22

5. <u>Résultats des entretiens</u>	24
5.1. Les représentations des Sages-Femmes concernant leur rôle dans l'apprentissage.....	24
5.1.1. Une transmission à trois dimensions.....	24
5.1.2. Les connaissances antérieures et les objectifs de l'étudiant.....	27
5.1.3. L'évaluation de la compétence clinique.....	29
5.2. Connaissances et effets de la réforme L.M.D par les cliniciennes.....	31
5.2.1. Les connaissances concernant la réforme des études.....	31
5.2.2. Les effets ressentis par les cliniciennes.....	34
5.3. Les actions mises en place auprès des étudiants.....	37
5.4. Une perspective d'avenir : le tutorat.....	38
5.4.1. La vision du tutorat.....	38
5.4.2. Les contraintes à la mise en œuvre du tutorat.....	39
5.4.3. Les besoins d'une formation en pédagogie médicale	41

Troisième partie : *Analyse- Discussion et propositions*

6. <u>Analyse- Discussion</u>	43
6.1. L'impact de la professionnalité.....	43
6.2. L'émergence de la professionnalisation.....	49
7. <u>Propositions</u>	54
Conclusion	57

Bibliographie

Introduction

INTRODUCTION

Le projet de la formation initiale des sages-femmes vise l'autonomie des étudiants afin d'assurer leur futur rôle professionnel dès l'obtention du diplôme.

Ces études construites sur le modèle de l'alternance permettent à l'étudiant d'acquérir l'ensemble des compétences indispensables à l'exercice de la profession sage-femme. La profession connaît un véritable bouleversement dans sa formation initiale avec d'une part la mise en place de la réforme Licence, Master, Doctorat, et d'autre part la montée en puissance de nouvelles compétences accessibles aux sages-femmes. C'est en contact continu avec la réalité professionnelle, confronté à des situations réelles, que l'étudiant développe ses capacités de raisonnement et devient un praticien réflexif. En effet, l'apprentissage de la compétence clinique et du raisonnement clinique est au cœur de la formation des futures sages-femmes, mettant en œuvre des processus cognitifs divers, permettant à l'étudiant de devenir autonome et réflexif.

Pour s'assurer de la qualité d'accompagnement en stage et faciliter l'apprentissage des étudiants, il est pertinent de s'interroger sur les modalités pédagogiques mises en place par les sages-femmes de terrain auprès des étudiants, dans ce contexte de changement.

De plus, les récentes annonces de Marisol Touraine, avec la reconnaissance du rôle de « maître de stage », devraient ouvrir de nouvelles perspectives concernant l'accompagnement des étudiants par les sages-femmes cliniciennes.

Devant ces constats, nous nous sommes posés la question de savoir si la transmission de la pratique clinique en terrain de stage avait évolué, parallèlement à l'évolution de la formation initiale des étudiants.

Après avoir décrit ce qu'est le principe de l'accompagnement, nous traiterons de la nécessité de s'adapter au référentiel de formation et nous montrerons son influence dans l'émergence du projet professionnel en sciences maïeutiques.

Pour mener au mieux cette réflexion, nous nous sommes appuyés sur des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes cliniciennes encadrant régulièrement des étudiants pour :

- Dégager avec elles la représentation qu'elles ont de leur rôle d'accompagnement de l'étudiant
- Evaluer les connaissances et les effets qu'elles ressentent de la réforme L.M.D
- Repérer les stratégies pédagogiques qu'elles mettent en place dans ce contexte de changement

Première partie :

Revue de la littérature

1. L'Accompagnement, un engagement au service de la profession.

L'Accompagnement, fonction apparue en France dans les années 90, se révèle en fait issue des difficultés rencontrées par les acteurs du terrain pour répondre à deux types d'exigence : la préoccupation d'un public désaffilié, désorienté, censé être autonome ou capable de le devenir et l'injonction de performance, d'excellence et d'efficacité toujours plus grande.

1.1. Accompagner aujourd'hui : définition, valeurs, représentations.

L'accompagnement d'aujourd'hui se définit selon le dictionnaire de la Formation et de développement Personnel comme « une fonction qui dans une équipe pédagogique, consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui durant une période plus au moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer ». Cette définition implique que le plus simple accompagnement comme l'explique M.Paul(1) est une duale, c'est-à-dire que le « deux » est effectivement le minimum requis pour cette relation d'accompagnement. Il y a relation dès lors que les deux termes sont unis dans un même acte, au cours duquel la modification ou le déplacement de l'un, entraîne la modification ou le déplacement de l'autre. L'idée de base de l'action « accompagner » est alors double unissant le « -se joindre à » et le « - s'associer à » dans le but de faire route ensemble sur la base de vues communément partagées. On retrouve alors une relation qui s'étend dans le temps et l'accompagnement, c'est donc aller « avec » mais aussi aller « vers ».

L'accompagnement est basé aussi sur l'instauration d'une communication dialogue, qui selon M.Paul(2) « ne peut être réduite à un simple transfert d'information ». L'écoute, le travail de la parole permettent de créer un « terrain d'entente » entre accompagnant et accompagné.

Si « accompagner » se définit comme « se joindre à quelqu'un » pour « aller où il va » et « en même temps que lui » alors nous pouvons organiser son sens selon 3 dimensions :

- relationnelle sur le mode d'une jonction ou d'une connexion : *se joindre à qqn* ;
- temporelle sur le mode de la synchronicité : être avec *en même temps* ;
- spatiale sur le mode d'un déplacement : *pour aller où il va*.

De plus, la composition étymologique du verbe accompagner confirme que l'accompagnement est porteur d'une tridimensionnalité (relation/espace/temps)

En effet, en le décomposant on retrouve 3 parties distinctes :

- *Ac-* du latin *a-* qui exprime le mouvement *vers*, la direction *vers* un lieu, une personne.
- *Com-* du latin *cum-* qui signifie « avec » qui désigne le rapport, la relation entre personnes mais également l'idée temporelle de simultanéité.
- *Pagn-* du latin *panis-* qui signifie le pain, symbole du partage.

On retrouve également l'idée de « compagnon » par la racine *compain-* « celui qui vit et partage ses actions ».

Si maintenant nous nous attardons à comprendre la signification de ce mot « accompagner » en analysant son champ sémantique, nous nous apercevons que ces 3 synonymes les plus fréquents sont : Guider, Escorter, Conduire.

- Conduire renvoie à l'idée d'une autorité exercée, à la mise en mouvement. La relation est alors hiérarchisée et suppose la maîtrise, l'autorité, la fermeté. Conduire précise la région sémantique caractérisée par l'influence que les hommes ont les uns sur les autres.
- Guider évoque l'aide à se diriger vers une direction et à la capacité d'anticipation. Il n'y a plus d'autorité puisque le guide (l'accompagnement) prend l'image d'un « éclaireur ». Guider, c'est veiller à prendre un chemin et évoque le domaine de la relation à autrui, de la décision quant à l'orientation.
- Escorter évoque le domaine de la défense, de la protection. Il explore la région sémantique caractérisée par un mouvement d'opposition dans le but de défendre et de réparer, restaurer. Escorter c'est aussi explorer le registre de l'aide, de l'attention portée à autrui.
Cependant, la relation en devient asymétrique puisque l'accompagné est en position de faiblesse.

Ainsi, en déployant le champ sémantique d'*accompagner*, nous pouvons distinguer qu'il y a trois registres de praxies qui renvoient à des rôles spécifiques tels que les registres de l'aide, de l'assistance, du conseil, de la guidance mais également de l'éducation et de la formation.

Ces valeurs, ces représentations de l'accompagnement, peuvent être retrouvées au cours du cursus universitaire de l'étudiant sage-femme, au cours des évaluations sommatives ou formative en interaction avec la sage-femme enseignante, mais également et surtout dans la grande majorité des cas pendant les stages, où l'interaction entre la clinicienne et l'étudiant prend le schéma de l'accompagnement dans sa composante tridimensionnelle vers un objectif précis, celui de devenir un professionnel autonome.

1.2. La fonction de tutorat.

Le terme de *tutorat* est récent en Français (1980). Utilisé dans le vocabulaire juridique et familial, le tutorat tend à se dégager de la connotation de tutelle qu'il détient de ses origines latines. Pour M.Paul il désigne « la prise en charge collective par des adultes, dans leur rôle social et professionnel, de jeunes en phase d'intégration par le travail ». Ainsi, le tutorat s'inscrit dans une démarche de transmission des savoirs (du savoir-faire) mais également de socialisation (le savoir-être) et B.Blanc(3) ajoute que le tutorat permet au nouvel embauché « de mettre en œuvre des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à l'acquisition du professionnalisme recherché ».

Le tutorat permet d'accompagner l'apprenant sur son chemin de formation par le biais de partage de valeurs, de vision, de travail réel et comprend bien une vision de socialisation dans son exécution.

1.2.1. Etre tuteur : s'investir dans la transmission.

Etre tuteur c'est un engagement ayant pour but de transmettre ses valeurs, ses acquis, pour que l'apprenant puisse se construire en tant que professionnel autonome. J-J Boru(4) définit le tuteur comme tout salarié remplissant une fonction de « développement des capacités professionnelles et/ou sociales des apprenants, par des moyens spécifiques, étroitement liés aux processus de travail ou à la culture de l'entreprise ». Le tuteur de terrain, terme repris par B.Blanc, est responsable de l'encadrement de l'étudiant, il assure un accompagnement pédagogique à part entière. Il le forme dans sa future fonction et le fait évoluer jusqu'au niveau d'autonomie requis. Pour D.Broussal(5) le tuteur de terrain (ici la sage-femme clinicienne) est au cœur des savoirs expérientiels, des savoirs transmis dans l'activité. Il ne travaille pas de manière continue avec l'étudiant et cette posture distanciée lui permet de faire réfléchir l'étudiant sur son comportement professionnel dans l'action. Enfin pour M.Montessori(6), le tuteur doit « analyser et remanier son petit patrimoine de sciences pour le passer aux autres ». Avec ce rôle de pédagogue mis en avant, nous pouvons constater que le tutorat nécessite des qualités d'analyse, de conception, d'évaluation qu'il faut comprendre pour les mettre aux services de l'apprenant.

1.2.2. Se former à l'accompagnement.

Le tutorat dans sa pratique peut être utilisé de tous, mais, nous observons cependant des aptitudes propres à chacun pour se sentir capable, ou non, de mettre en place des processus pédagogiques. Dans notre domaine, V.Teissière(7) accorde « qu'il n'est pas donné à toutes les sages-

femmes d'avoir la pédagogie pour l'accompagnement des stagiaires et mener des évaluations consistantes », cependant, la démarche de se former à accompagner manifeste un renoncement au modèle de transmission des savoirs cliniques connus. Il s'agit de passer d'une transmission passive, observationnelle basée sur un modèle, à une analyse réflexive. La formation sous-tend l'acceptation d'un changement de posture, de passer du statut de praticien modèle à celui de praticien réflexif.

Acquérir cette pratique réflexive demande donc une formation, un entraînement spécifique et méthodique. Selon L.Paquay(8) la pratique réflexive est « une posture intérieure de prise de recul et d'analyse de son propre fonctionnement ». De plus, G.Pineau(9) ajoute dans son analyse que « former un praticien réflexif, c'est avant tout former un professionnel capable de maîtriser sa propre évolution en construisant des compétences et des savoirs nouveaux ou plus pointus à partir de ses acquis et de l'expérience ». Nous comprenons facilement que la formation devient une nécessité dans une société où le transfert de compétences (médecins - sages-femmes), l'« apprenance », c'est à-dire la formation tout au long de la vie, deviennent des exigences pour maintenir ses compétences.

Enfin, les tuteurs doivent comprendre la profession et ses référentiels, (code de déontologie, référentiel métier, référentiel de formation en sciences maïeutique) la connaissance de ces textes leur permettant d'adapter les attendus aux compétences de l'étudiant.

Ainsi, l'accompagnement de l'apprenant par un praticien réflexif formé doit être mis en avant et généralisé face à un métier en constante évolution, et développant sans cesse de nouvelles compétences. La transmission selon L.Hilaire « c'est avant tout s'intéresser au sens des

choses, formuler pour des jeunes ce que j'ai compris d'un métier qui me passionne »

2. Un Référentiel de formation adossé à un référentiel métier.

Depuis quelques années, la profession de sage-femme en France a vu ses missions s'élargir, dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels en santé de la mère et de l'enfant. Ce développement se devait d'être authentifié et expliqué dans un descriptif des compétences et des activités associées, d'où la création d'un outil comme le référentiel de compétences.

2.1. La nécessité d'un référentiel des compétences.

Lorsque l'on parle de référentiel, nous pouvons nous poser une première question sur ce qu'est la démarche de référentialisation. Selon la définition de T.Ardouin(10) : « la référentialisation consiste à repérer un contexte et à construire, en le fondant sur des données, un corps de références relatif à un objet (ou une situation) par rapport auquel pourront être établis des diagnostics, des projets de formation et d'évaluation ». La référentialisation est donc une démarche intellectuelle, un processus de construction qui permet de rendre compte d'une réalité souvent complexe, à un moment donnée, pour arriver à construire un référentiel.

Le référentiel est donc le produit de la référentialisation, sous forme « d'une listes d'actes, de performances observables détaillant un ensemble de capacités ou de compétences » pour reprendre T.Ardouin. Nous comprenons aisément qu'un référentiel prend son sens qu'en tenant compte du contexte dans lequel il se construit et s'utilise.

Cependant nous pouvons maintenant nous poser une seconde question sur ce qu'est la compétence. Si l'on reprend la définition de l'Afnor, également reprise par T.Ardouin « la compétence est la mise en œuvre de capacités en situation professionnelle qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité » Nous pouvons retenir que la compétence et l'activité sont étroitement liées, que la compétence est composée « d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique les uns par rapport aux autres » avec les connaissances, les savoirs pratiques, le savoir-être, l'expérience. La compétence participe ainsi à la construction sociale, ce n'est pas quelque chose d'inné, elle est apprise et s'inscrit dans le processus identitaire de l'individu. Cette trilogie classique du savoir, savoir-faire et savoir-être que l'on peut appeler « tryptique » reste d'actualité, présent dans de nombreux référentiels et dans la grande majorité des cas se met en œuvre dans les entreprises.

Le référentiel des compétences apparaît alors comme « l'interface entre l'individu et l'emploi », il est souvent en interaction avec le référentiel métier et il est indispensable dans la construction du référentiel de formation. Pour notre corps de métier il se situe pour partie dans le champ professionnel et pour une autre partie dans le champ de la formation. En formation initiale, les compétences seront déclinées en activités d'apprentissage qui permettront à l'étudiant de comprendre les codes et les valeurs qui lui sont transmis. En formation continue et dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, les compétences seront déclinées de la même manière et permettront la mise en place de programmes pertinents permettant de garantir la qualité de formation.

Le référentiel des compétences est une nécessité s'inscrivant à l'interface du métier et de la formation. De plus, dans une période de profond changement il permet d'établir des bases pour impulser une

nouvelle dynamique professionnelle, outil de socialisation et de professionnalisation, il permet alors un positionnement social du métier et par conséquent un moyen de reconnaissance.

2.2. L'évolution des profils et l'identité professionnelle.

Avec le passage par la première année de médecine et l'universitarisation des études de maïeutique, l'étudiant sage-femme dévoile un nouveau profil d'étudiant et construit son identité professionnelle dans ce contexte d'évolution où se mélange projet professionnel et double cursus universitaire. Cependant, l'identité professionnelle est un rapport à soi mais aussi un rapport à « l'autre » ou « aux autres ». L'identité est alors un « processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant »(11). La formation initiale a un rôle fondamentale dans la construction de cette identité, elle participe à sa construction en déterminant les « critères de compétences » mais elle crée « aussi entre les futurs membres de la profession un noyau commun de connaissances et d'attitudes ». Pour reprendre cette notion Fray et Picouleau(12) parlent de normes collectives. Ces normes collectives incluent un vocabulaire commun, des gestes et attitudes communes. C'est en étant au contact du groupe que l'individu va construire en partie ses caractéristiques individuelles.

L'étudiant se construit également pour une autre partie en milieu hospitalier, au contact direct des professionnelles qui sont ses futurs pairs. Cependant l'évolution du cursus universitaire et la mise en place d'un champ d'action de plus en plus en large créent des conflits d'intérêts au sein même

de la profession et l'identité professionnelle de tout un métier est sans cesse remise en question, aujourd'hui beaucoup de cliniciennes se posent la question si ce métier de sage-femme est une vocation. En effet l'étudiant ne se pose plus comme l'élève d'une école mais comme un étudiant inscrit dans un processus universitaire professionnalisant.

Ainsi, nous pouvons répondre à cela que l'identité professionnelle d'un individu se construit durant la formation soit 4 années mais également comme le souligne R.Wittorski(13) tout au long de sa carrière professionnelle. Selon lui, le sentiment d'appartenance au groupe professionnel fait partie de la construction de leur identité professionnelle.

La profession sage-femme, l'identité professionnelle de ce métier a évolué dans le sillage des études et des compétences en perpétuelles mouvances et régulièrement revues à la hausse.

Même si les étudiants sages-femmes se constituent une identité professionnelle de base, lors de la formation initiale, il semble nécessaire de préciser qu'elle n'est pas stable et définitive. Leur insertion professionnelle, leur adhésion à des associations professionnelles, le travail en équipe, sont également d'autres critères de socialisation professionnelle qui montrent un investissement sincère dans la construction d'une identité professionnelle propre à chacun d'entre eux.

2.3. Un Master professionnalisant en sciences Maïeutiques.

Avec la réforme des études de maïeutique et la mise en place d'un cursus universitaire depuis Septembre 2011, les étudiants se voient arrivés en Master 1 avec une approche du domaine de la maïeutique très général. En

effet l'enseignement dispensé en L2 et L3 est basé sur des connaissances médicales générales permettant aux étudiants désirant changer de cursus d'accéder à des passerelles. A leur entrée en master 1, les étudiants intègrent un cursus professionnalisant ayant pour objectif de devenir la sage-femme de demain. Cependant, nous pouvons nous demander ce qu'est la professionnalisation d'un étudiant et comment se construit-elle.

La professionnalisation de l'individu repose sur un trépied : le parcours de formation, les situations professionnelles rencontrées, et le sujet lui-même (son histoire, sa socialisation). Pour R.Wittorski(14), le mot professionnalisation fait référence au processus de fabrication d'un professionnel par la formation. Pour parvenir à cela, il faut construire la formation de manière à ce qu'elle rende apte à exercer une activité déterminée d'où l'importance des référentiels de formation puisque à la sortie de celle-ci, les acteurs doivent être capable et autonome dans la mobilisation des compétences adéquates dans le milieu du travail. C'est ce que R.Wittorski affirme quand il dit que de nos jours « il ne s'agit plus seulement de transmettre de façon déductive des contenus pratico-théoriques ou, au contraire, d'apprendre sur le tas, mais d'intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle, et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler ».

Cette vision de la professionnalisation pourrait amplement être abordée dans l'accompagnement de l'étudiant en stage puisque nos études de maïeutique suivent le principe de l'alternance.

Pour P.Perrenoud(15) « l'alternance désigne le va et vient d'un futur professionnel entre deux lieux de formation, d'une part l'institut de formation initiale, et d'autre part, un ou plusieurs lieux de stage ». Bien qu'il existe plusieurs types d'alternances décrits par G.Malgaive(16), nous garderons en mémoire que la conception pédagogique de l'alternance en

sciences maïeutique s'apparente à une démarche d'alternance copulative où les temps de formation sont organisés et mis en relation. L'apprenant est au cœur du dispositif visant la réussite. Elle implique l'apprenant en liant l'action et la réflexion sur le pourquoi du comment. C'est également ce que G.Malglave définit comme « l'alternance intégrative » qui permet de développer les compétences professionnelles. Dans une logique de formation en alternance, stages et écoles sont donc complémentaires, la formation en maïeutique reposant sur ce principe. Pour reprendre N.Jeanguiot(17) « l'alternance est un moyen pédagogique au service de différentes finalités dont l'émergence des savoirs de la pratique, la construction des compétences professionnelles, l'ébauche de l'identité professionnelle ».

Nous voyons donc que l'alternance a pour finalité l'appropriation des savoirs et le développement des compétences ainsi que la construction d'une identité professionnelle, la professionnalisation.

Ainsi, avec l'évolution des temps de stage, et notamment la mise en place d'un stage de 6mois en master 2, il apparait logique que l'identité professionnelle et la professionnalisation des étudiants se fera d'une manière décalée par rapport aux études antérieures.

En effet, cette immersion de 6mois va permettre, outre un apprentissage concret sur le terrain, de développer une posture réflexive basée sur l'analyse des pratiques en terrain de stage.

Pour Wittorski, cette analyse est fondamentale non seulement pour transformer des pratiques en connaissances, mais également pour fournir aux étudiants un apprentissage des règles visant leurs actions.

De plus, l'identité professionnelle ne peut se construire qu'avec l'identification à un rôle professionnel. C'est également ce que Merton(18) appelle la socialisation professionnelle, c'est-à-dire le processus par lequel les gens acquièrent les valeurs et attitudes, les intérêts, capacités et savoirs, bref, la culture qui a cours dans les groupes dont ils sont ou cherchent à devenir membre.

Ainsi, le master professionnalisant en sciences maïeutique s'appuyant sur un référentiel des compétences et de formation solide fait émerger de nouveaux profils d'étudiants qui vont se trouver confronter aux phénomènes de professionnalisation et d'identité professionnelle, avec au terme de leur formation en alternance, l'acquisition de savoirs, de normes et de valeurs communes à l'ensemble de toute une profession. Selon D. Bart et M. Fournet(19) le projet de master peut être considéré comme le « creuset » du projet professionnel et personnel de l'étudiant

3. L'émergence du projet professionnel en sciences maïeutiques.

Le projet apparaît aujourd'hui pour beaucoup comme un modèle d'action. Il existe dans pratiquement tous les domaines de d'activité comme une référence obligée aussi bien dans le monde du travail, de la culture, dans le monde politique. De plus en plus, il est demandé dans le monde professionnel d'avoir un projet pour accéder à tel ou tel statut, on parle alors de projet professionnel, de projet pédagogique, de projet d'orientation ou de carrière.

3.1. La notion de projet.

Bien qu'il existe une pluralité de définition de cette notion, pour Boutinet(20), la notion de projet est relativement récente puisqu'elle serait apparue à la Renaissance. Il définit le projet comme « ce qui permet d'aider les individus et les groupes à donner une orientation appropriée à leurs aspirations, une orientation susceptible de comporter un sens pour eux ». Dans la littérature sur le projet, plusieurs dimensions s'appliquent à lui qu'il soit professionnel, culturel, pédagogique ou politique.

Elaborer un projet c'est avoir des idées, des envies. Le désir est la composante dynamique, l'état initial du projet. C'est une situation complexe où l'incertitude et le doute sont présents chez l'individu.

Le projet est porteur d'une dimension positive car il est perçu comme une construction dynamique, comme une innovation liée à l'action, au changement. Cette dimension sous-entend que l'individu qui met en place un projet cherche à évoluer, à s'assurer de son avenir, à espérer un avenir meilleur. Selon Boutinet, la dimension temporelle est également fondamentale puisque le projet s'inscrit dans le temps et traduit le désir de l'individu à maîtriser celui-ci, à ne plus le subir. Dans ce rapport au temps, le projet renvoie à l'idée d'anticipation et d'ambition. Selon Piaget(21) l'anticipation « c'est cette possibilité d'élaborer des projets intérieurs précédant l'action effective, c'est cette possibilité de choix entre plusieurs possibles de manière à atteindre sans tâtonnements extérieurs et de manière la plus adéquate ». L'anticipation permet donc de réfléchir avant d'agir. Pour Boutinet cette anticipation est l'une des dimensions fondamentales du projet, il l'a perçue comme une capacité à suspendre le cours des choses pour tenter de savoir comment elles vont évoluer dans le futur et ainsi de maîtriser ce futur. L'anticipation traduit également la

volonté de l'individu à accéder à l'autonomie, de plus, sans ambition existentielle, la notion même de projet n'a plus aucun sens. Boutinet rappelle également que le projet est une figure de la modernité puisqu'il est un objet de maîtrise, un processus de « co-adaptation » : adaptation de l'individu à l'environnement et au temps mais aussi de l'environnement et du temps à l'individu. Si le projet fait figure de modernité, il apparaît comme une nécessité face aux situations diverses de plus en plus complexes qui touchent notre société moderne.

Le projet est aussi porteur d'une dimension volontariste. Avoir un projet, c'est prendre son destin en main, c'est accéder à l'autonomie, c'est montrer sa capacité à se prendre en charge. La socialisation de l'individu vient alors se greffée à cette démarche de projet puisque s'il vise à la promotion de l'autonomie il est aussi un processus de responsabilisation pour celui qui s'engage. Responsabilisation pour le sujet lui-même, mais aussi pour le sujet par rapport aux autres, le projet ouvre alors au partenariat, il crée une relation aux autres et rend ainsi nécessaire le travail en collaboration.

L'identification et la communication sont des dimensions également très importantes dans le projet. En effet, elles sont fondamentales dans la dynamique personnelle, de même que le désir. Elles doivent s'articuler pour permettre au mieux la construction d'aspirations, la construction du projet. Le projet est une réalisation de soi et de prise de conscience de soi.

Enfin, l'évaluation est un processus qui entre également dans les dimensions qui entourent le projet. Le projet doit être évalué. Evaluer c'est vérifier que les objectifs sont atteints, ou, comment sont-ils atteints. C'est

également rechercher les effets, dégager les significations du projet. L'évaluation du projet permet d'en dégager ses valeurs, son sens pour l'individu qui le construit.

Ainsi la notion de projet est de manière globale une manifestation de la dynamique personnelle. C'est un concept complexe, qui apparaît aujourd'hui comme un instrument de mobilisation sociale et individuelle mais aussi comme élément d'évaluation. Selon Sartre, le projet est l'expression de la liberté, il concrétise une intention, pose un but à atteindre.

3.2. Le projet professionnel comme contributeur au processus de professionnalisation.

Elaborer un projet professionnel c'est anticiper le futur en fonction de ce que l'on sait et à partir d'hypothèses sur ce que l'on ne sait pas, c'est un travail de créativité et dont la réalisation selon Boutinet « est placée pas à pas sous le regard d'autrui ». En effet, au cours de ses études, le projet professionnel de l'étudiant va évoluer, se spécifier au fur à fur des expériences personnelles acquises notamment en terrain de stage et en fonction des professionnels rencontrés. Selon M.Sorel(22) « se projeter dans le futur c'est aussi se représenter : en tant que... ; sous forme de... ; en train de faire... » Il est donc difficile pour l'étudiant, face aux nouvelles situations rencontrées au cours de ses études, de fixer une perspective nette de projet professionnel, il doit anticiper l'évolution de soi et accepter l'incertitude en s'appuyant sur des réponses incertaines et provisoires.

Les travaux de Romainville ont montré que la motivation et l'engagement de l'étudiant dans ses études constituent des composantes essentielles à la construction du projet professionnel, ces mêmes éléments

qui dépendent des conditions de vies, du projet d'études antérieurs et de la perception de l'insertion professionnelle de l'étudiant. Le projet s'appuie sur une réalité passée et sur l'analyse que l'étudiant fait de son présent.

De plus, le principe de l'alternance retrouvé dans les études en sciences maïeutiques permet à l'étudiant d'affiner au fur et à mesure des stages son projet et par conséquent la formation elle-même devient vectrice du développement professionnel, de la professionnalisation de l'étudiant.

Ainsi, le projet professionnel en sciences maïeutiques réfère au processus d'appropriation des différents savoirs dispensés pendant la formation. Selon P.Tap(23) « être quelqu'un » c'est construire un passé, valoriser un présent, organiser des projets. En ce sens, le projet professionnel va permettre à l'étudiant de donner un sens à un futur qu'il anticipe, et qu'il reconnaît comme possible réalisation de soi.

Deuxième partie :

*Méthodologie et Résultats de
l'étude*

4. LA METHODE DE RECHERCHE

4.1. Objectifs de l'étude.

La formation des études de sage-femme a connu à plusieurs reprises une évolution tant dans l'organisation que dans son contenu. Cependant la transmission de la compétence clinique reste un élément clef de la construction du futur professionnel au cours de ses études. De plus, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, l'accompagnement durant les études est fondamental dans le processus de professionnalisation de l'étudiant mettant en avant la sage-femme clinicienne dans son rôle de pédagogue.

Pour amorcer notre travail nous sommes partis de l'idée suivante : les sages-femmes cliniciennes sont impliquées dans la formation pratique des étudiants, mais ont-elles modifiées leur accompagnement dans ce contexte d'évolution de la formation.

Nous avons alors émis deux hypothèses :

Les sages-femmes cliniciennes sont encore imprégnées d'un modèle transmissif des savoirs.

Les sages-femmes cliniciennes développent de nouveaux modèles de compagnonnage en interaction et adaptation à l'étudiant.

L'objectif de notre étude est de montrer que l'accompagnement de l'étudiant doit évoluer, tout autant que la formation et le profil des étudiants ont évolués. Les sages-femmes cliniciennes doivent être moins dans la demande de reproduction d'une tâche mais plutôt dans l'accompagnement de l'étudiant afin que celui-ci devienne un praticien réflexif.

4.2. Méthodologie.

4.2.1. Les modalités de l'étude.

Cette étude met en avant le positionnement des sages-femmes quant à la façon dont elles accompagnent les étudiants durant leurs stages ainsi que leurs connaissances sur l'évolution de la formation. C'est une enquête qualitative et uni-centrique. L'enquête qualitative est appropriée car c'est une étude exploratoire qui met en évidence les opinions, les comportements et les pratiques des individus. L'étude développée est basée sur des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes cliniciennes encadrant régulièrement des étudiants en stage.

4.2.2. La population interrogée.

- Nous avons choisi d'inclure des sages-femmes ayant eu des formations initiales différentes (3 années d'études, 4 années d'études, PCEM1 puis 4 années d'études) afin d'obtenir un panel représentatif de la population sage-femme du CHU.
- Sont exclus les sages-femmes diplômées de Juin 2013 ayant trop peu de recul concernant la transmission de leurs pratiques.

4.2.3. La méthode.

Les entretiens ont été effectués auprès de sages-femmes de différents services de la maternité du CHU de Rouen. Nous avons privilégié l'entretien à un questionnaire car la marge de liberté de réponse est plus importante. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, plus intéressants pour ce type d'enquête car ils permettent de poser les mêmes questions aux enquêtés tout en leur laissant une marge de liberté dans leurs réponses.

Ces entretiens traitent de différents thèmes : nous avons abordés la formation initiale et son évolution mais aussi l'implication des sages-femmes dans l'accompagnement de l'étudiant et la mise en place de celui-ci. Après avoir garanti l'anonymat du participant et recueilli son accord, chacun de ces entretiens a été enregistré au moyen d'un dictaphone. Au total, 11 entretiens ont pu être réalisés auprès de sages-femmes polyvalentes sur les différentes unités et exerçant en salle de naissance, en suites de suites de couches et grossesses pathologiques et en consultations prénatale

4.2.4. L'analyse.

Les onze entretiens ont été retranscrits selon les conventions de transcription du Groupe Aixois de Recherche en Syntaxe du Groupe d'Etudes sur les Données Orales GRE 02 à partir des supports audio réalisés lors des rencontres. Nous obtenons ainsi un ensemble de textes, c'est-à-dire un corpus de texte. Cette retranscription exhaustive constitue la base de notre travail d'analyse, et permet également au lecteur l'accès à l'intégralité du discours.

Après quelques questions concernant leur formation initiale, trois domaines ont été explorés à travers les thèmes suivant :

- L'analyse des pratiques pédagogiques et leur mise en œuvre
- Les informations et la perception concernant la réforme des études en maïeutique
- L'évolution des dispositifs d'accompagnement et l'investissement dans la formation des étudiants

Afin d'étudier ces thèmes au travers de nos entretiens une transformation sémantique a été réalisée afin que les questions posées soient compréhensible par les sages-femmes :

- Les questions : « quel est pour vous le rôle de la sage-femme clinicienne dans l'apprentissage de l'étudiant » et « pouvez-vous me l'illustrer par une situation concrète » correspondent à l'analyse des pratiques pédagogiques et leur mise en œuvre
- Les questions : « qu'avez-vous mis en place dans ce contexte d'évolution » et « seriez-vous prête à mettre en place de nouvelle façon de faire pour accompagner l'étudiant » traduisent le thème de l'évolution des dispositifs d'accompagnement et de l'investissement dans la formation des étudiants

C'est à partir de ces questions que nous avons élaboré la grille d'analyse de nos entretiens (annexe)

Nous avons effectués une analyse longitudinale, c'est-à-dire entretiens par entretiens puis une analyse transversale permettant de comparés les entretiens entre eux.

L'échantillon de population interrogé apparaît restreint et représente une limite à l'enquête mais il est représentatif de la population du CHU de Rouen

5. RESULTATS DES ENTRETIENS

5.1. Les représentations des sages-femmes concernant leur rôle dans l'apprentissage.

Avec l'analyse de nos entretiens, nous avons pu dégager plusieurs tendances concernant les représentations des sages-femmes concernant leur rôle dans l'apprentissage de l'étudiant :

-Tout d'abord il s'agit pour les sages-femmes cliniciennes de transmettre leur pratique selon les trois dimensions du savoir : le savoir-faire, le savoir-être et les savoirs.

-Ensuite, nous observons que les sages-femmes s'interrogent sur les connaissances antérieures et les objectifs de l'étudiant

-Et enfin, elles mettent en avant que l'évaluation fait partie de leur rôle dans l'accompagnement de l'étudiant.

5.1.1. Une transmission à 3 dimensions.

Toutes les sages-femmes interrogées (11/11) estiment transmettre leur pratique quotidienne en y ajoutant de la théorie :

-Entretien A Ligne 6 (EAL6) : « *réinjecter un peu de théorie dans tout ce que l'on fait* »

-EDL12 : « *on doit transmettre nos savoirs (...) nos connaissances* »

-EFL18 : « en vérifiant que les connaissances théoriques sont (...) sues »

-EFL18 : « vérifier que la théorie va permettre de bien réaliser la pratique »

-EHL6 : « on reprend pas mal de choses au niveau théorie »

-EJL6 : « on va également vérifier que la théorie est présente »

-EBL10 : « la partie théorique qu'il faut mettre en œuvre auprès de l'étudiant »

Nous pouvons ainsi comprendre que pour les cliniciennes, la pratique et l'immersion dans la clinique permet la concrétisation de notions théoriques. La continuité entre théorie et pratique est une valeur qui est assurée.

Pour beaucoup des interrogées (9/11), il s'agit également de transmettre un savoir-être auprès de l'étudiant :

-EFL16 : « je transmets aussi ma façon d'être certainement »

-EBL10 : « savoir se comporter, savoir parler avec ses collègues ses patientes »

-EHL6 : « on intervient énormément au niveau relationnel (...) c'est pas forcément un acquis pour tout le monde »

-EIL8 : « les savoirs mais aussi je pense (...) tout ce qui est relationnel (...) savoir se positionner par rapport à l'équipe »

-EKL6 : « on vous transmet aussi des valeurs une façon d'être »

-ECL12 : « savoir dire bonjour (...) que la patiente se sente bien entourée (...) et en sécurité »

Nous remarquons que les sages-femmes cliniciennes accordent une grande part au dialogue, à la communication entre pairs. Le domaine du relationnel semble donc indissociable de la transmission de la compétence clinique.

Enfin, les sages-femmes transmettent leur pratique en utilisant un apprentissage par modélisation. Elles passent par une étape d'observation, en montrant ce qu'elles font, comme un modèle à acquérir, et demandent à l'étudiant de le reproduire :

-EAL8 : « j'ai un rôle d'observatrice et j'interviens si besoin »

-ECL20 : « je montre et je lui fais faire en étant là (...) et j'adapte le geste »

-ECL24 : « je lui parle je lui montre et après je lui fais faire »

-EEL28 : « en montrant d'abord aux étudiants (...) et en le refaisant faire encadré (...) jusqu'à ce que ce soit acquis »

-EGL16 : « dans la pratique je laisse toujours l'étudiant passer avant moi »

Ici nous voyons que les sages-femmes sont encore dans la demande d'une reproduction d'un geste, dans un modèle transmissif des savoirs.

Ainsi, nous pouvons retenir que l'ensemble des sages-femmes interrogées sont en accord, et pensent que leur rôle d'accompagnement est de transmettre un savoir tridimensionnel soit un savoir théorique, un savoir pratique mais également un savoir-être. Cette triade est indispensable dans la construction de l'étudiant.

5.1.2. Les connaissances antérieures et les objectifs de l'étudiant.

Dans cette partie, nous comprenons que les sages-femmes s'intéressent à l'étudiant dans le suivi de son parcours. Tout d'abord elles évoquent des prérequis :

- EAL12 : « faire le point avec l'étudiant sur ce qu'il se sent capable de faire »
- EAL12 : « je demande avec quoi il se sent à l'aise »
- EHL14 : « poser le cadre avec l'étudiant »
- EIL2 : « savoir où il en est dans ses études »
- EJL10 : « je m'assure de savoir (...) en quelle année est l'étudiant »
- EAL30 : « je commence toujours les gardes ou autre chose en demandant à l'étudiant ce qu'il sait faire »

Nous comprenons ici que les sages-femmes abordent le thème du référentiel de formation des étudiants. Elles souhaitent connaître son passé, ses acquis, mais elles se posent dans une relation empathique de style maternant qui n'est pas en accord avec les objectifs institutionnels. La volonté de s'intéresser au parcours, aux objectifs personnels, est présente mais n'est pas abordée par le côté professionnalisant.

Ensuite, les sages-femmes évoquent leur positionnement dans le parcours du stage :

- EBL26 : « on essaie d'expliquer des trucs mais qui sont pas forcément (...) au stade où elle en est dans ses études »
- EBL26 : « qu'on refasse un pti point en mi- stage un pti point à la fin »

- EDL18 : « on ne peut pas leur demander autant de choses qu'avant »
- EJL10 : « je vérifie avec lui ce qu'il a fait ou pas fait et avec quoi il se sent à l'aise »
- EGL16 : « si y'a des questions à poser ou si y a des choses qui n'ont pas été comprises »
- EBL26 : « on fait peut-être pas attention au travail qui a été fait »
- EAL12 : « plus il peut en faire plus je laisse faire »

Ici, nous remarquons que peu de sages-femmes ont mis en avant la réalisation d'un bilan de mi- stage pourtant essentiel pour évaluer la progression de l'étudiant au cours de sa période de stage. En effet, une seule l'a évoqué dans les entretiens. Non seulement l'implication dans la progression semble peu présente mais en plus, une sage-femme exprime le fait qu'il est possible qu'elle ne prête pas attention au travail réalisé par l'étudiant.

Et enfin, certaines sages-femmes expriment la façon dont elles s'interrogent sur les attentes du stage :

- EBL26 : « établir avec elle (...) ses objectifs de stage (...) les lacunes qu'il ou elle a et ce qu'il souhaite approfondir »
- EBL26 : « qu'elle dise moi je veux m'améliorer sur si ou ça »
- EKL10 : « on voit ce qu'il a déjà fait ou pas »
- EBL26 : « des fois je pense qu'on passe vraiment à côté des priorités du stage »
- EDL18 : « on peut pas demander autant de choses qu'avant »
- EHL16 : « ça va dépendre de son niveau »

-EIL12 : « *si il se sent à l'aise avec tout ça* »

Nous remarquons qu'une seule sage-femme, dans tous les entretiens, a évoqué la notion d'objectifs de stage. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse qu'ils ne sont pas connus ou pas utilisés par les sages-femmes elles-mêmes, et par conséquent, qu'elles sont dans l'attente d'une implication de l'étudiant pour leur dire ce avec quoi il se sent à l'aise ou non.

Ainsi, nous comprenons que les sages-femmes cliniciennes s'intéressent aux acquis et aux connaissances de l'étudiant. Cependant, leur implication dans le stage n'est pas optimale et prend une forme très maternante, qui très souvent, ne s'accorde pas avec les objectifs institutionnels mis en place par le référentiel de formation. Ces mêmes objectifs qui ne sont certainement pas connus par les sages-femmes, puisque très peu d'entre elles semblent y accorder une part importante dans leur accompagnement.

5.1.3. L'évaluation de la compétence clinique.

L'évaluation est indispensable pour évaluer la compétence de l'étudiant.

Les entretiens mettent en avant que les sages-femmes accordent beaucoup d'importance à la communication, au dialogue avec l'étudiant dans l'étape de l'évaluation :

-EDL24 : « on essaie un maximum (...) de debriefer peut-être pas tout de suite (...) mais de toute façon au décours de la garde »

-EEL42 : « pas forcément en fin de garde mais plutôt immédiatement »

-EGL18 : « la laisser récolter les informations et qu'ensuite on puisse discuter ensemble des informations qu'elle a récupéré »

-EKL10 : « la communication le dialogue c'est essentiel »

-EKL12 : « on reprend certaines choses après »

Ce temps accordé aux étudiants pour permettre de reprendre les points importants de l'évaluation est retrouvé dans beaucoup de nos entretiens. Cependant nous nous apercevons qu'il n'est pas réalisé au même moment selon la sage-femme.

Enfin, pour deux sages-femmes, il est important que l'évaluation passe également par un principe d'auto-évaluation :

-EIL48 : « faut aussi qu'il s'évalue »

-EGL20 : « d'évaluation oui mais surtout d'auto-évaluation »

-EGL12 : « réfléchir ensemble sur un sujet »

Nous comprenons que ces deux sages-femmes mettent en place de manière courante l'auto-évaluation de l'étudiant. Elles cherchent ainsi à développer le côté réflexif et le raisonnement clinique des étudiants. Ces deux sages-femmes travaillent en collaboration avec l'école (participation comme jury aux évaluations cliniques) et ont une grande expérience dans l'accompagnement des étudiants puisqu'elles exercent au CHU depuis plus de 10 ans.

Ainsi, l'auto-évaluation est utilisée en formation initiale par l'équipe pédagogique mais trop peu de sages-femmes cliniciennes l'utilisent en pratique.

L'évaluation est un processus essentiel dans l'acquisition de la compétence clinique par l'étudiant. La communication, le débriefing sont des éléments très importants mis en avant par les sages-femmes et qu'elles intègrent à leur évaluation de l'étudiant. Elles sont attentives à la

progression de l'étudiant mais sont encore dans un modèle transmissif des savoirs. Cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette tradition de l'oralité présente chez les sages-femmes semble être privilégiée à la traçabilité écrite de l'évaluation.

5.2. Connaissances et effets de de la réforme L.M.D par les sages-femmes cliniciennes.

L'objectif de notre question avait deux buts : dans un premier temps, mettre en avant les connaissances des sages-femmes en termes de vocabulaire universitaire et dans un second temps, nous voulons connaître les effets perçus par les sages-femmes depuis l'instauration de la réforme. En effet, avec la réforme L.M.D, un nouveau langage universitaire est venu s'adosser au référentiel métier sage-femme.

5.2.1. Les connaissances concernant la réforme des études.

Les connaissances de la réforme sont très variées dans notre échantillon et l'analyse de nos entretiens permet de dégager trois sous-groupes de sages-femmes.

Tout d'abord, certaines sages-femmes ne connaissent aucun élément de la réforme même sous questions de notre part :

-EAL20 : « bah malheureusement aucunes »

-EAL22 : « c'est surtout l'évolution des derniers moments où je suis larguée »

-EEL52 : « peu (...) en même temps j'avoue je dois dire je ne m'y suis pas forcément intéressé »

-EEL54 : « je ne suis pas investi dans l'évolution (...) parce que voilà ça ne m'intéressait pas »

-EIL22 : « j'ai prêté l'oreille, mais clairement je ne m'y suis pas intéressé »

-EKL16 : « je m'y intéresse pas et puis ça bouge tout le temps »

-EBL34 : « Les contenus de la formation et des objectifs de stage (...) ils me sont inconnus »

-EDL30 : « Les termes en eux-mêmes effectivement ne me parlent pas »

Dans ce sous-groupe, le vocabulaire universitaire n'est pas exprimé spontanément et les réponses à nos questions étaient inconnues. Nous remarquons que les connaissances concernant la réforme sont absentes et qu'elles proviennent notamment d'un manque d'investissement, d'un désintéressement total de la part des sages-femmes.

Le deuxième sous-groupe correspond à des sages-femmes qui, de manière spontanée, n'exprime pas leurs connaissances avec des termes universitaires (licence généraliste, master professionnalisant, stage interné, doubles parcours...) mais qui néanmoins les comprennent.

Concernant les connaissances globales :

-EBL34 : « au niveau des stages et des cours ça s'est remodelé »

-EFL36 : « les appellations ont changé depuis qu'il y a eu la réforme »

-EKL16 : « ils sont en licence puis en master ok »

Concernant les doubles parcours :

-ECL33 : « un étudiant m'en a parlé (...) mais je suis pas très au courant »

-EBL36 : « ils peuvent passer une licence à côté faire un truc comme deux cursus »

-EEL62 : « je savais qu'il y avait des étudiants qui faisaient des choses en parallèle »

-EHL18 : « ils peuvent faire des choses totalement à part de l'obstétrique pédiatrie gynéco »

-EIL24 : « double cursus oui j'ai appris y'a pas longtemps (...) mais le reste rien du tout »

-EJL18 : « ils peuvent faire autre chose à côté comme de la recherche je crois »

-EKL20 : « j'en ai vu qui faisait un truc de management »

Ce sous-groupe de sages-femmes a des connaissances qui ne sont pas exprimées avec les termes exacts sur le plan du vocabulaire, mais elles semblent au courant des grandes évolutions mises en place par la réforme L.M.D

Enfin, un troisième sous-groupe constitué par deux sages-femmes, possède des connaissances solides sur le sujet même si le langage universitaire n'est pas connu dans son intégralité :

-EGL32 : « on peut faire plusieurs masters en même temps »

-EJL18 : « ils ont des cours en commun avec les médecines »

Concernant le stage interné :

-EGL34 : « oui (...) il y aura une immersion complète dans une équipe dans une polyvalence »

-EJL20 : « j'ai compris qu'ils vont avoir un stage de six mois (...) ça entre dans le côté professionnalisant des études »

Ces deux sages-femmes possèdent leurs informations car elles sont en contact avec l'institution :

-EGL32 : « les informations je les ai eu parce que j'étais en contact avec l'école de sage-femme puisque je réalisais des évaluations »

-EJL18 : « j'ai toujours été relativement investie de ce côté en participant aux évaluations »

Nous pouvons également noter que ces deux sages-femmes sont les mêmes qui dans leur rôle d'évaluation pratiquent l'auto-évaluation.

Ainsi, les connaissances concernant la réforme L.M.D sont très diverses et ne sont pas connues de toutes les sages-femmes. Toute la représentation du langage universitaire est absente ou faite d'inexactitudes à partir d'hypothèses explicatives. Le désintéressement total est présent dans beaucoup de nos entretiens. Enfin, ce sont les sages-femmes ayant le plus d'expérience, et par conséquent une formation initiale bien différente du modèle actuel, qui possèdent le plus de connaissances sur le sujet.

5.2.2. Les effets ressentis par les cliniciennes.

En procédant à l'analyse de ces effets de la réforme, trois idées principales peuvent se dégager : une revalorisation de la profession, l'émergence de nouveaux profils d'étudiants, la crainte d'une perte de la compétence clinique.

Dans un premier temps, les sages-femmes évoquent une revalorisation de la profession comme conséquence de l'universitarisation des études :

-EBL42 : « ça va permettre de faire évoluer le métier d'avoir enfin une reconnaissance »

-EDL26 : « c'est une manière c'est la seule pour nous de nous faire reconnaître à notre juste valeur »

-EDL36 : « on va arriver à être mieux reconnu comme profession médicale »

-EIL28 : « ça permet de faire évoluer la profession »

-EJL22 : « c'est par la formation initiale et les nouvelles idées que le métier peut évoluer »

Le passage en réforme L.M.D semble indispensable pour les sages-femmes et contribue à la revalorisation de la profession. Cependant, un paradoxe est mis en avant : les sages-femmes cliniciennes voient cette évolution comme ayant un impact considérable sur la progression et la reconnaissance de toute une profession, malgré une méconnaissance de la réforme voir un manque d'intérêt.

Dans un second temps, les sages-femmes sont confrontées à de nouveaux profils d'étudiants :

-EHL30 : « c'est des conflits de générations »

-EGL40 : « c'est peut-être simplement un manque de maturité »

-EEL100 : « c'est pas simple c'est pas les mêmes étudiants »

-EEL102 : « on est beaucoup confronté aux étudiants qui se justifient derrière ce que tu dis »

-EEL69 : « c'était pas les mêmes sages-femmes avant que maintenant (...) ouais le profil a bien évolué »

-ECL28 : « c'est aussi la génération avec un profil qui change et on doit s'adapter »

-ECL42 : « c'est le profil d'évolution de notre société qui comment faire simple quand on peut faire compliqué »

Nous comprenons que les sages-femmes sont confrontées à un choc culturel entre deux générations. Ce conflit générationnel(24) s'explique par le fait que les habitudes des sages-femmes sont totalement chamboulées. De manière globale, ce changement de profil d'étudiant peut s'expliquer par les principes de la réforme évoqués dans l'arrêté du 19 Juillet 2011 à savoir : non exhaustivité, participation active, interdisciplinarité et l'ouverture. Conformément à ces principes, les étudiants sages-femmes se diversifient, explorent des domaines éloignés de leur futur métier, et par conséquent, les sages-femmes se trouvent éloignées de cette dynamique de changement.

Ainsi, la transmission de l'héritage désirée par les sages-femmes aux étudiants, n'est pas celle visée par l'apprenant inscrit dans ce nouveau parcours.

Enfin, la crainte d'une perte de la compétence clinique, du fait de ce changement de formation, a été retrouvée dans tous les entretiens :

-EBL40 : « gros décalage au niveau de la pratique »

-EBL40 : « il va y avoir de grosses lacunes au niveau pratique »

-ECL42 : « on va perdre certainement pas mal d'essence de notre métier »

-EFL52 : « on y perd un peu pour la clinique »

-EJL22 : « on a peur que la clinique soit moins présente »

-EKL22 : « des sages-femmes instruites c'est bien mais des sages-femmes qui pratiquent l'obstétrique c'est mieux »

-EBL40 : « on voit pas comment le retard va être rattraper »

Nous comprenons la crainte des cliniciennes car il est certain que notre métier est basé sur beaucoup de clinique que l'étudiant s'approprie en suivant le principe de l'alternance. Cependant, ce principe est toujours respecté avec des stages certes, moins nombreux, mais plus long, permettant d'acquérir les compétences visées par les objectifs institutionnels. L'aménagement des stages, sous cette forme, est nécessaire pour permettre aux étudiants en double parcours de réaliser leurs stages d'été dans l'enseignement choisi, ou bien, pour permettre aux étudiants de rattraper un stage non validé dans l'année.

5.3. Les actions mises en place auprès des étudiants.

Avec cette question nous voulons nous intéresser aux modalités pédagogiques, mises en place sur le terrain par les sages-femmes cliniciennes, pour répondre à ce changement de formation. Sur l'ensemble des entretiens, nous retenons qu'aucune modification des modalités pédagogiques n'est effective :

-EAL30 : « moi j'ai pas mis grand-chose en place »

-EBL50 : « on est un peu enfermé dans notre modèle »

-EBL50 : « on a tellement été dans un modèle de transmission que euh on a du mal à voir ailleurs »

-ECL58 : « j'applique la façon dont on m'a appris parce que je trouve qu'elle était très bien »

- EDL40 : « on change un peu on prend plus de temps avec l'étudiant »
- EHL36 : « on retranscrit beaucoup comme on a appris »
- EIL34 : « un peu plus d'encadrement mais c'est tout »
- EKL24 : « je fais toujours comme j'ai appris et comme j'ai toujours fait »

Nous comprenons avec cette question que les sages-femmes sont imprégnées d'un modèle transmissif des savoirs qu'elles ont hérité de leur propre formation. Elles tentent de reproduire ce schéma, sans chercher à mettre en place des actions concrètes, dans ce contexte de choc culturel qui semble-t-il, les met en grande difficulté dans leur accompagnement.

5.4. Une perspective d'avenir : le tutorat.

Pour cette partie, nous avons voulu savoir si les sages-femmes étaient prêtes à mettre en place un nouvel accompagnement de l'étudiant. Nous avons choisi de séparer notre question en trois sous-parties : la vision du tutorat, les contraintes à sa mise en œuvre et le besoin de formation

5.4.1. La vision du tutorat.

L'ensemble des sages-femmes nous ont tout d'abord donné leur propre définition du tutorat :

- EBL58 : « un encadrement personnalisé de l'étudiant pour l'aider en plus de sa formation initiale »
- EBL60 : « accompagner l'étudiant selon ses objectifs si il a des lacunes si avec l'école il y a un apprentissage particulier à faire »

-ECL64 : « une personne référente tout au long des études à qui on pourrait faire part de ses difficultés qu'elles soient morales ou d'un point de vue pratique enfin pour une vision globale de l'étudiant »

-EFL70 : « une sorte de référent professionnel qui puisse le suivre au fil du temps »

-EIL40 : « attribuer, à un étudiant une référente clinicienne (...) qui va suivre l'étudiant et avec qui l'école pourra faire le lien »

-EJL30 : « accompagnement vraiment personnalisé de l'étudiant en interaction avec l'école »

-EKL32 : « une sage-femme référente qui va accompagner l'étudiant (...) mais en relation avec l'enseignante »

Nous comprenons que les sages-femmes pensent le tutorat comme une approche globale de l'étudiant. Elles mettent en avant l'interaction entre l'institution, le référent clinicien et l'étudiant. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il faudrait repenser la collaboration entre les sages-femmes cliniciennes et sages-femmes enseignantes de l'institution.

5.4.2. Les contraintes à la mise en œuvre du tutorat.

Afin d'être le plus proche possible de la réalité, et dans l'éventualité d'une mise en place du tutorat, nous avons demandé aux sages-femmes quelles seraient les possibles contraintes à la mise en œuvre de celui-ci. L'analyse des entretiens permet de dégager deux idées principales : le manque de temps et le manque de motivation de la part des sages-femmes de terrain.

Concernant le manque de temps, il est évoqué dans une très grande majorité des entretiens :

- EBL40 : « on peut aussi avoir une contrainte de temps »
- EDL48 : « on a pas le temps en fonction de l'activité »
- EIL42 : « le temps car c'est vrai (...) pour être optimal faut plus de temps »
- EBL62 : « car il faudrait se consacrer à temps plein à cet étudiant et c'est pas vraiment le cas on peut pas forcément »
- EKL34 : « le temps par rapport à l'activité dans le service »
- EJL32 : « le temps si les gardes sont chargées »

Ce manque de temps lié à l'activité est une véritable barrière pour la mise en place pratique du tutorat. La suractivité exprimée par les cliniciennes dans dix entretiens est un frein pour leur implication dans l'accompagnement des étudiants.

Concernant le manque de motivation, il est aussi retrouvé dans de nombreux entretiens :

- EBL62 : « il faudrait que les sages-femmes soient volontaires (...) je pense que ce sont toujours les mêmes qui seraient présentes »
- EGL50 : « le manque de personnes volontaires »
- EHL48 : « c'est la motivation des professionnelles à encadrer car il doit y avoir une certaine lassitude »
- EIL42 : « que mes collègues soient motivés et à mon avis tu trouveras toujours les mêmes »
- EJL32 : « faut que les sages-femmes soient motivées »
- EKL34 : « c'est toujours les mêmes qui vont être motivés à faire ça »

Nous comprenons que ce manque de motivation évoqué dans beaucoup d'entretiens constitue un frein à la mise en place du tutorat. Cependant nous comprenons difficilement ce point puisque toutes les sages-femmes interrogées exercent dans un CHU où elles ont un devoir de formation et d'accompagnement de l'étudiant, c'est également un devoir déontologique inscrit dans le code de déontologie de la profession. De plus, nous rappelons aux sages-femmes qu'une partie du développement professionnel continu (DPC), doit être réalisé pour cinquante pourcent sur leur lieu de travail et que le tutorat pourrait en faire partie.

5.4.3. Le besoin d'une formation en pédagogie médicale.

L'analyse des entretiens met en évidence une opinion commune : celle d'être formé pour le tutorat :

- EIL44 : « une formation parait complémentaire »
- EJL34 : « nécessité d'être formé par des gens qualifiés »
- EBL64 : « on peut pas se lancer dans l'enseignement (...) sans avoir été formé »
- ECL72 : « oui il faut une formation minimum »
- EBL50 : « on a pas forcément toutes les armes en main pour bien former »
- EKL34 : « ça mérite d'être formé à ça »

Nous comprenons que la compétence pédagogique serait nécessaire pour exercer la fonction de tuteur-référent et elle pourrait s'appuyer sur une formation. Les sages-femmes expriment ce besoin pour répondre à certaines de leurs inquiétudes, face à cet engagement représenté par le tutorat. En effet, cette formation leur permettrait de connaître de plus

près les attendus, les objectifs, et diminuerait certainement leurs craintes vis-à-vis de la réforme

Troisième partie :

Analyse-Discussion

Propositions

6. DISCUSSION

La formation des étudiants sages-femmes « s'universitarise » et notre profession développe de nouvelles compétences. Au regard des réponses apportées dans nos entretiens, la discussion de notre étude va permettre de reprendre les points principaux au travers de deux grands concepts : la professionnalité et la professionnalisation.

La notion de professionnalité interroge l'ensemble des compétences professionnelles mobilisées dans l'exercice d'une profession, sous le double point de vue de l'activité et de l'identité. (25)

Le concept de la professionnalisation correspond au processus de « fabrication » d'un professionnel par la formation. (26)

Notre discussion permettra de répondre ou non à nos hypothèses de travail mais également d'élaborer des propositions en rapport avec l'accompagnement des étudiants en stage.

6.1. L'impact de la professionnalité.

Avec les travaux d'A. Jorro(27), on comprend aisément que la professionnalité n'est pas seulement un état que l'on observe chez un professionnel mais un processus continu que se construit dès la formation. La formation permet à l'étudiant de prendre ses marques, de construire ses repères et son identité professionnelle.

Cette construction identitaire sage-femme, nous la trouvons dans beaucoup de nos entretiens où la dimension relationnelle de notre métier est mise en avant. Les sages-femmes cliniciennes accordent une importance à la transmission d'un « savoir être » sage-femme. Nous comprenons que les

sages-femmes sont imprégnées par la transmission de normes, de valeurs : « *on vous transmet aussi des valeurs, une façon d'être* ». Cependant, cette transmission peut entraîner l'étudiant à se calquer sur des observations, et ainsi, reproduire des comportements.

Nos entretiens mettent en avant un autre principe très présent : les sages-femmes cliniciennes sont dans un rôle de modèle. Dans le dictionnaire de l'éducation, le modèle est défini comme : « idéal à atteindre par l'imitation d'un être ou par référence à un ensemble de caractéristiques à acquérir pour s'approcher d'un état de perfection » et le rôle comme : « fonction assignée à quelqu'un, [un] comportement qu'il est convenu d'attendre de sa part »(28).

Dans notre étude, le modèle de rôle sous-entend que la sage-femme, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des étudiants avec qui elle est en contact. L'observation, le dialogue ont une part très importante dans ce modèle de rôle, et, nous retrouvons dans beaucoup de nos entretiens cette dimension : « *je lui parle, je lui montre et après je lui fais faire* ». Dans le modèle de rôle, le praticien doit posséder des qualités personnelles telles que l'intégrité, la compassion. Les sages-femmes interrogées mettent en avant la nécessité d'être à l'écoute et de communiquer avec les étudiants : « *on essaie au maximum de débriefer* » ; « *la communication, le dialogue, c'est essentiel* ». Cependant, très attachées à la transmission d'un modèle hérité, les sages-femmes doivent apprendre, dans cette dynamique de changement, à faire la distinction entre identité d'appartenance (héritée) et identité de référence (visée) ou encore entre identité pour soi et pour autrui. Encadrer l'étudiant, ce n'est pas seulement lui montrer des gestes, l'observer et lui demander de reproduire « *comme on m'a appris* » pour reprendre les paroles d'une sage-femme. Beaucoup des interrogées expliquent transmette leur pratique par répétition d'un modèle

vécu : « on retranscrit beaucoup comme on a appris » ; « je fais toujours comme j'ai appris ». La volonté de transmettre cet héritage est omniprésente mais c'est la compréhension et l'argumentation de ses choix qui amèneront l'étudiant à se construire en tant que sage-femme.

Bien qu'impliquée dans la professionnalité de l'étudiant, les sages-femmes sont en décalage avec l'identité visée par les étudiants, elle-même liée à la réforme des études. En effet, les principes universitaires imposés par l'évolution de la formation initiale, sont un vecteur très puissant dans la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant. Les unités d'enseignements libres, les doubles parcours permettent l'ouverture des étudiants à d'autres compétences, et ainsi créent un choc culturel entre les sages-femmes, qui ont leur propre idée de l'identité sage-femme, et les étudiants, qui peu à peu se « détache » du groupe pour se créer leur propre identité singulière. La question du profil des étudiants vient se greffer à cette notion d'identité puisque les sages-femmes sont en face d'une génération en pleine mutation où les étudiants ont besoin de comprendre les raisons qui les poussent à agir de telle ou telle manière. Ce « choc de génération », que l'on peut relier à la génération « Y » (29), décrite par F. Boulé, est une conséquence de cette fracture entre d'une part ; la volonté des sages-femmes de transmettre un héritage et, d'autre part ; la volonté des étudiants d'être autonome et de se créer leur propre identité. Dans nos entretiens ce choc est retrouvé à de nombreuses reprises, et serait un des effets liés à la mise en place de la réforme L.M.D : « *c'est pas simple, c'est pas les mêmes étudiants* » pour ne reprendre qu'un exemple.

La motivation et l'engagement sont également des valeurs que les sages-femmes mettent en avant. En effet, l'entrée en formation et la motivation à apprendre sont les mots d'ordre du paradigme « *expentancy value* » décrit par Bourgeois (30). L'immersion dans la formation résulte d'une interaction

positive entre deux facteurs : la valeur attribuée par l'étudiant à la formation envisagée et l'espérance de réussite. Dans nos entretiens, les sages-femmes mettent en avant une diminution de la motivation des étudiants sages-femmes : « il manque ce punch de découverte » ; « des études sans qu'il y ait forcément la motivation » pour reprendre quelques citations.

Cependant, dans un modèle actuel de licence généraliste puis de master professionnalisant, il paraît évident que les apprenants arrivent à maturité plus tard dans la formation, et que cette maturité continuera de se développer parfois longtemps après leur formation. Pour reprendre L. Villeneuve (31) il est important de « rejoindre l'apprenant dans ses intentions » et de « l'initier et l'inciter à maintenir sa motivation pour mener à terme ses objectifs »

La professionnalité est également construite à partir du développement des compétences.

Le développement des compétences participe à la construction sociale et s'inscrit dans le processus identitaire de l'individu. Avec la mise en place de nouvelles compétences accordées aux sages-femmes (suivi gynécologique- prévention, dépistage des IST...) et l'instauration d'un nouveau référentiel de formation, il est important de comprendre comment mettre en place ces compétences. La compétence est composée « d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique les uns par rapport aux autres »(32) avec les connaissances, les savoirs pratiques, le savoir-être et l'expérience. La mobilisation des connaissances de l'étudiant va lui permettre d'avoir un regard critique sur lui-même et va l'aider à mettre en place son raisonnement clinique. Le cheminement intellectuel amenant au raisonnement clinique est difficile à acquérir mais il est gage de la professionnalité sage-femme, et de la dimension médicale de la maïeutique.

Pour mettre en place ce raisonnement clinique, peu de sages-femmes interrogées mettent en place de nouvelles méthodes pédagogiques en interaction avec l'étudiant. Comme nous l'avons vu, les étudiants sont dans la reproduction de tâches, dans la mise en place d'une conduite à tenir et les sages-femmes ne sont pas dans la compréhension du raisonnement clinique établi par l'étudiant. Pourtant, il est important que l'apprenant explicite ce processus puisqu'il amène l'étudiant à devenir un praticien réflexif. Pour Perrenoud, « la pratique réflexive de l'étudiant doit être développée. L'étudiant (...) est invité à faire part de ses doutes, à expliciter son raisonnement, à prendre conscience de ses façons de comprendre ». Dans nos entretiens, seules deux sages-femmes sur les onze interrogées demandent à l'étudiant une auto-analyse de son travail : « *un travail d'évaluation mais surtout d'autoévaluation* » ; « *faut aussi qu'il s'évalue* ». Ce constat est en lien avec la persistance du modèle de rôle utilisé par beaucoup de sages-femmes qui permet de transmettre un héritage mais qui n'évalue par la capacité de l'étudiant à raisonner autour de ses actes. Or, pour Schön (33), la professionnalité, c'est aussi être capable d'analyser ses propres pratiques, de construire des stratégies en s'appuyant sur des savoirs pluriels, de s'adapter aux situations, de justifier ses choix pour, à terme, devenir un praticien réflexif, autonome et responsable, principes fondamentaux de la sage-femme.

Pour permettre à l'étudiant d'explicitier son raisonnement, les sages-femmes, dans leur rôle d'accompagnement, doivent mettre en place des stratégies cognitives qui permettent d'intervenir en choisissant des modalités efficaces, et d'évaluer la réflexion dans et après l'action.

Dans nos entretiens, aucune sages-femmes n'évoquent l'évaluation de leur pratique professionnelle. Pourtant, en tant que « modèle », les sages-femmes cliniciennes ne doivent pas hésiter à expliciter leur propre

raisonnement clinique, qui est celui de « l'expert ». Elles ont développé un « savoir-agir »(34) basé sur des connaissances validées et une grande expérience clinique.

Cette explicitation du raisonnement clinique par les sages-femmes, pourrait être une stratégie qui permettrait à l'étudiant de mettre en avant son propre raisonnement, de le comparer, de le comprendre, et ainsi de s'approprier sa propre identité et ses compétences. Cependant, nos entretiens mettent en avant que la motivation des sages-femmes dans un outil comme le tutorat, serait un frein pour mettre en place cet accompagnement approfondi de l'étudiant. Pourtant, les sages-femmes cliniciennes, dans leur position de leadership(35), doivent établir, inspirer, promouvoir des valeurs et utiliser leur expertise, afin que les besoins des étudiants soient au centre de leurs préoccupations. L'attitude du leadership est celle de l'ouverture, de l'engagement, de la motivation et de la pratique collaborative. Cette attitude, toutes les sages-femmes la possèdent, et doivent la mettre au service de la transmission du raisonnement clinique. Cette volonté de changement est très présente dans nos entretiens, puisque toutes les sages-femmes sont prêtes à mettre en place des stratégies pour optimiser l'accompagnement de l'étudiant.

De manière générale, nous pouvons comprendre que la professionnalité a un impact important dans la construction de l'identité professionnelle, mais également dans l'acquisition et le développement des compétences.

Ainsi, notre étude montre qu'elle est confrontée à deux problèmes : la persistance de la transmission d'un héritage selon un modèle transmissif,

et la difficulté des sages-femmes à mettre en place des stratégies pour développer un modèle de transmission basé sur le raisonnement clinique.

6.2. L'émergence de la professionnalisation.

Ce concept actuel et grandissant de la professionnalisation est en lien avec l'évolution du processus de Bologne et en intègre les principes. La culture de la professionnalisation devient dominante, dans le but de faciliter la mobilité et l'employabilité des jeunes diplômés.

En reprenant les travaux de Wittorski(36), nous comprenons que la professionnalisation correspond à un processus de « fabrication » d'un professionnel par la formation. C'est ce concept que nous retiendrons pour la discussion. Pour Le Boterf(37), la professionnalisation est « au carrefour du sujet, des situations professionnelles qu'il a rencontré et des situations et parcours de formation qu'il a suivis ». Selon Wittorski, le mot professionnalisation fait son apparition dans le monde de la formation pour diverses raisons. Les situations de travail devenant de plus en plus complexes, il faut former des personnes autonomes, responsables, capables de s'adapter et de faire face à des imprévus, des aléas. Dans une perspective professionnalisante, la formation ne peut plus se contenter d'un apprentissage sur le tas ou d'une transmission de savoirs de type déductif (application théorie / pratique) mais doit se saisir de la capacité formatrice des situations de travail.

Le processus de professionnalisation, véhiculé par l'institution dans notre étude, s'appuie sur deux grands principes : l'alternance et la réflexivité.

L'alternance stage-cours est un dispositif pédagogique fondamental de la formation sage-femme, puisque dès la première année les étudiants ont des

stages dans les services de maternité. Il est indispensable, dans une formation en alternance, que l'étudiant puisse faire le lien entre les enseignements reçus à l'école et son vécu en stage : « la formation par alternance constitue une modalité de formation particulièrement adaptée pour entraîner la capacité à combiner des ressources pour agir avec compétence. Cela suppose que l'alternance ne soit pas conçue comme une simple succession de moments théoriques et de moments pratiques, mais que ces deux moments interagissent l'un sur l'autre et s'alimentent mutuellement»(38). Dans ce principe de l'alternance, les sages-femmes cliniciennes ont une place importante puisqu'elles sont « enseignantes » au moment des stages. Les sages-femmes interrogées dans notre étude se sentent impliquées dans la formation des futurs professionnels. Une majorité d'entre elles estiment participer à l'acquisition de nouvelles connaissances ou du moins, consolider des acquis antérieurs. Une seule sage-femme dans nos entretiens s'appuie sur les objectifs de stage des étudiants : « *je me suis intéressé aux nouveaux objectifs de stage* ». Nous regrettons ce manque d'intérêt porté aux objectifs de stage qui sont les fondements d'une formation par alternance. En effet, pour que l'étudiant soit dans une situation d'apprentissage efficace, il faut que les actes réalisés soient adaptés aux objectifs institutionnels contenu dans le référentiel formation. Ainsi, nous pouvons supposés que les sages-femmes cliniciennes interrogées, ne connaissent pas les objectifs de stage des étudiants qu'elles accompagnent. Nous pouvons mettre ce constat en relation avec le peu de connaissances concernant la réforme L.M.D comme nous l'avons évoqué dans nos résultats.

Avec la mise en place de la réforme L.M.D, l'alternance présente dans la formation initiale a évolué. En effet, les stages sont plus longs mais moins nombreux. Devant ce changement, les sages-femmes craignent la perte

d'une partie de la compétence clinique. Nous pouvons émettre une réserve concernant la perte de cette compétence puisque l'institution met en place un stage de six mois en dernière année, ce qui « *entre dans le côté professionnalisant des études* » pour reprendre les paroles d'une interrogée. Cependant, nous pouvons penser que la méconnaissance de l'articulation des stages et de leurs objectifs, est un facteur qui contribue à cette crainte d'une perte de la compétence clinique.

Le principe de réflexivité fait également parti du processus de professionnalisation. En effet, le modèle du praticien réflexif prend une place grandissante dans les dispositifs centrés sur l'idée d'un développement professionnel des individus. Dans ce modèle, la professionnalisation d'une personne se construit grâce à sa capacité à prendre de la distance par rapport à une action. R. Wittorski souligne que l'intention de tels dispositifs est de : « transformer le sujet en un praticien réfléchi (...), capable de développer un regard sur ses pratiques pour qu'il s'adapte plus rapidement à des contextes de travail qui changent ». L'institution met également une priorité sur l'analyse critique du savoir professionnel. Au sein de l'école, des ateliers d'analyse de pratiques professionnels sont organisés dans le but faire revenir les étudiants sur un positionnement professionnel et d'en dégager une analyse. Ces ateliers ont pour objectifs de mettre en avant le côté réflexif de l'étudiant, dans le but d'amener l'étudiant à partir d'une analyse des situations vécues, et d'une confrontation à d'autres possibles, à prendre des décisions différentes dans l'avenir. La réflexivité peut aussi permettre à l'étudiant de mieux prendre conscience de son identité, de se réinventer comme professionnel voire de se révéler à soi-même comme personne.

Nous regrettons que le côté réflexif de l'étudiant ne soit pas mis en avant dans nos entretiens. En effet, une sage-femme évoque le fait de : « réfléchir ensemble sur un sujet, sur un cas clinique », les autres sont d'avantage dans le dialogue, dans les temps de « débriefing » et dans l'observation de l'étudiant.

Actuellement un outil pertinent est mis en place pour aider la professionnalisation des étudiants. La formation des sages-femmes se fait depuis longtemps, pour ne pas dire depuis toujours, sur un mode de « compagnonnage » pour reprendre le propos d'une interrogée. L'idée de sage-femme référent, tuteur, maître de stage, se développe de plus en plus dans les maternités depuis l'arrivée du schéma L.M.D. « En éducation, le tuteur est une personne qui assure ou accompagne l'apprentissage d'un plus jeune ou d'une personne novice »(39). Dans un système de formation initiale comme celui des sages-femmes, les professionnels de terrain ont une mission pédagogique importante, mais pour laquelle ils ne sont pas formés. L'analyse de nos entretiens prouve que toutes les sages-femmes connaissent l'outil tutorat, et sont capables d'en donner une définition précise : « une sorte de référent professionnel qui puisse le suivre au fil du temps » ; « attribuer à un étudiant une référente clinicienne qui va le suivre ».

Nos entretiens montrent également que les sages-femmes approuvent la nécessité d'une formation complémentaire en pédagogie médicale pour devenir tuteur. La fonction tutorale « renvoie à la reconnaissance professionnelle et personnelle du salarié ; être tuteur participe à d'une dimension identitaire, pour soi comme pour les autres »(40). La sage-femme référente ou tuteur de stage est un professionnel de l'équipe qui a en charge, l'accueil, le suivi de la progression,

avec le bilan à mi- stage et l'évaluation finale de l'étudiant. Le tuteur est essentiellement identifié comme personne-ressource par les étudiants, comme référence supplémentaire par l'équipe pédagogique à l'école de sages-femmes. « le tuteur a une fonction de socialisation professionnelle et/ou de transmission »(40).

Cependant, notre étude a montré des limites à la mise en place de cet outil que représente le tutorat. Tout d'abord des limites liées à l'environnement : le manque de disponibilités en raison de la charge de travail est présenté de façon unanime comme frein à un accompagnement optimal des étudiants. Ensuite, et nous le regrettons, le manque de motivation de la part des sages-femmes est évoqué dans sept de nos entretiens. Plusieurs facteurs décrits par VIAU.R (41) peuvent influencer la dynamique motivationnelle de l'individu. Parmi ceux mis en avant, nous pensons que l'image de soi, la valeur à l'activité, et les facteurs relatifs à la vie personnels ont certainement une part très importante dans l'explication de ce manque de motivation.

Ainsi, notre discussion permet de comprendre que ces concepts de professionnalisation et professionnalité sont intimement liés. Les principes mis en place dans le processus de professionnalisation ont pour objectifs le développement de la professionnalité.

L'analyse de nos entretiens traduit que les sages-femmes cliniciennes sont en difficulté face à l'évolution de la formation initiale sage-femme. Elles sont encore imprégnées d'un modèle transmissif des savoirs et ne s'appuient pas sur de nouveaux outils pédagogiques comme le tutorat. Le faible nombre de sages-femmes interrogées ne permet pas de généraliser à l'ensemble de la profession mais nous permet de réfléchir à quelques propositions.

7. PROPOSITIONS

La totalité des sages-femmes interrogées est intéressée par un engagement plus actif dans la formation des étudiants. Pour l'ensemble des sages-femmes, cette implication nécessite d'être formé. Aujourd'hui, l'outil proposé par l'institution est le tutorat. Cette formation au tutorat pourrait permettre : de favoriser le développement et le renforcement des méthodes pédagogiques centrées sur l'acquisition de compétences, l'analyse de situations professionnelles et la posture réflexive ; d'accompagner les tuteurs dans la mise en œuvre des nouvelles modalités d'encadrement en stage ; de renforcer la compétence à former des étudiants en formation. L'acquisition de ces compétences, issue de la psychologie-cognitive, aiderait les sages-femmes à mieux interagir avec les étudiants, d'intervenir avec efficacité dans les processus d'apprentissage, dans leur accompagnement. Cette proposition pourrait s'inscrire dans un programme de développement professionnel continu (DPC) qui, nous le rappelons, doit permettre « l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences et constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente » (42) La sage-femme doit participer tous les ans à un programme de DPC. Il serait intéressant

pour des maternités-école comme un CHU, que les sages-femmes cliniciennes s'impliquent d'avantage dans l'accompagnement des étudiants par l'intermédiaire du DPC.

Une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) autour du raisonnement clinique, est également une proposition que nous trouvons pertinente. En effet, confronter les sages-femmes cliniciennes à leur raisonnement clinique leur permettrait : d'apprendre à expliciter ce raisonnement, ce qui est, d'après notre étude, un gros manque dans l'accompagnement des étudiants ; de comprendre qu'elles perpétuent de transmettre un héritage qui n'est plus en adéquation avec l'évolution de la formation initiale sage-femme ; de participer au développement de praticiens réflexifs ; de peu à peu faire disparaître le modèle transmissif des savoirs.

Cette EPP pourrait également faire partie du DPC. Au terme de cette formation, les sages-femmes seraient capables de situer leur rôle dans la démarche d'apprentissage, d'optimiser les méthodes utilisées et de réaliser une évaluation et un accompagnement cohérent.

Enfin, le renforcement du lien entre école et maternité pourrait être une proposition. La rencontre régulière avec les équipes permettrait une régulation rapide des dispositifs d'accompagnement et un échange constructif autour des pratiques et des modalités d'évaluations. Cependant, ces dispositions seraient difficiles à mettre en place d'un point de vue organisationnel dû à la multiplication des stages dans les maternités périphériques, souvent éloignées du centre de formation.

Une volonté commune de partenariat centré sur les étudiants et l'amélioration de la qualité de l'accompagnement est indispensable. Elle pourrait se faire à travers :

-Le projet pédagogique incluant les professionnels exerçant sur les terrains de stage.

-Le projet du service incluant une volonté de participation active à la formation des futures sages-femmes en favorisant en particulier les formations de DPC autour de la pédagogie médicale.

Conclusion

CONCLUSION

La formation initiale des études de sages-femmes est une formation en alternance, et s'inscrit dans un contexte de changement liée à l'universitarisation des études. Elle vise à l'acquisition d'une qualification professionnelle et associe étroitement deux pôles de formation, l'école et le stage.

Les sages-femmes cliniciennes, au cœur de ce dispositif, transmettent leurs connaissances et la richesse de leur compétence clinique pendant les périodes de stage. Cependant, la plupart méconnaissent l'impact de leur accompagnement auprès des étudiants et l'importance de leur rôle dans la construction de la professionnalité de leurs futures collègues.

Cette étude a mis en évidence des compétences pédagogiques certaines, mais en partie inefficaces car non adaptées au nouveau référentiel de formation et par la méconnaissance d'éléments pédagogiques facilitant la progression du raisonnement clinique. Pour accompagner l'étudiant à devenir le praticien réflexif de demain, une formation minimale en pédagogie médicale permettrait de comprendre les connaissances de base des processus d'apprentissage, et aiderait ainsi les sages-femmes cliniciennes, à faire des liens entre évolution de la formation et évolution de leur accompagnement. Il est nécessaire que les sages-femmes qui encadrent les étudiants se sentent impliquées et garantes des compétences de leurs futurs collègues.

Les propositions émises vont donc dans le sens d'un renfort des compétences pédagogiques pour les sages^{formées}-cliniciennes mais elles préconisent une meilleure lisibilité de la mission de formation incombant aux sages-femmes cliniciennes. Identifiée clairement, cette mission gagnerait

en revalorisation et devrait permettre de renforcer la qualité du système d'accompagnement en stage.

Bien que notre étude porte sur l'implication des sages-femmes cliniciennes, nous ne pouvons faire l'économie d'une réflexion en miroir portant sur une revalorisation de l'exercice clinique des sages-femmes enseignantes.

A l'heure où se profile la perspective d'un nouveau statut de « sages-femmes des hôpitaux », et dans un contexte de changement de la formation initiale, il est primordial d'établir un rapprochement entre les deux éléments contribuant à la bi appartenance sage-femme : l'université et l'hospitalier. L'objectif étant de garantir le maintien d'une formation clinique de qualité, et de mobiliser l'ensemble de la profession autour de la mission d'accompagnement des futures sages-femmes.

Bibliographie

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) PAUL Maela- L'accompagnement : une nébuleuse- « Education permanente »- 2002- n°153- 43 à 56
- (2) PAUL Maela- L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique- Paris- L'Harmattan- 2004- 356 pages
- (3) BLANC Bernard- Développer la fonction tutorale, Former et Intégrer- Paris- Edition Chronique sociale- 2003- 160 pages
- (4) BORU Jean-Jacques- Du tuteur à la fonction tutorale : Contradictions et difficultés de mise en œuvre- « Recherche et formation »- 1996- n°22- pages 99 à 114
- (5) BROUSSAL D.- Valeurs et normes dans la formation des étudiants sages-femmes- « Les dossiers des sciences de l'éducation »- 2009- n°22- pages 121 à 137
- (6) MONTESSORI Maria- Pédagogie scientifique- Éditions Desclée de Brouwer- 2004- 261 pages
- (7) TEISSIERE V.- Mieux accompagner les ESF- « Profession Sage-Femme »- 2010- n°167
- (8) PAQUAY Léopold- La construction d'un espace discursif en éducation. Mise en œuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants : le praticien réflexif- « Recherche et formation »- 2001- n°36- pages 5 à 16
- (9) PINEAU Gaston- L'accompagnement en formation : de l'avant naissance à l'après mort, entre solidarité et professionnalité- « Education permanente »- 2002- n°153- pages 29 à 41
- (10) ARDOUIN Thierry- Ingénierie de formation pour l'entreprise 3^{ème} édition- Paris- 2010- 281 pages
- (11) WITORSKI Richard- La professionnalisation- « Savoirs »- 2008- n°17- pages 9 à 36
- (12) FRAY A-M et PICOULEAU S.- Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail- Paris- « Management et Avenir »- n°38- pages 72-88
- (13) WITORSKI Richard- Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés- « Formation Emplois »- 2008- n°101- pages 105 à 117
- (14) WITORSKI Richard- Professionnalisation et développement professionnel- Paris- L'Harmattan- 2007- 190 pages

- (15) PERRENOUD Philippe- Du maître de stage au formateur de terrain : formule creuse ou expression d'une nouvelle articulation entre théorie et pratique. In CLERC F., DUPUIS A.- Pratiques et formations : Rôle et place de la pratique dans la formation initiale et continue des enseignants, Nancy, Éditions CRDP de Lorraine, 1994, 237 pages
- (16) MALGLAIVE Gérard- L'alternance intégrative- Éducation et management- n° 3- mars 1993- pages 44-47.
- (17) JEANGUIOT Nicole- L'approche de l'alternance en formation- « Recherche en soins infirmiers »- 1999- n°57
- (18) MERTON R.K., READER M. D, KENDALL P. L.- The student physician- Cambridge- Harvard university press- 1957
- (19) BART D., FOURNET M.- Le projet professionnel et personnel des étudiants, assise de leur professionnalisation ?- « La Revue Internationale de l'Enseignement Supérieur »- 2010- 17 pages
- (20) BOUTINET Jean-Pierre- Anthropologie du projet- Paris- Editions PUF- 1992- 405 pages
- (21) VILATTE Jean-Christophe- Le projet ?- Séminaires- rencontres des médiateurs en Midi-Pyrénées- 2006- 30 pages
- (22) SOREL Maryvonne- L'émergence du projet professionnel comme moyen d'appropriation de la formation- « Education permanente »- 1986- pages 113 à 129
- (23) TAP Pierre- Identité individuelle et personnalisation- Toulouse- Editions Privat- 1979- pages 1 à 10
- (24) BOULE Francine- Hautement différente : la génération Y, un défi de taille pour l'enseignement médical- « Pédagogie médicale »- 2012- pages 9 à 25
- (25) PEREZ ROUX Thérèse- La professionnalité enseignante- « Presses universitaires de rennes »- 2012
- (26) WITORSKI Richard- Professionnalisation et développement professionnel- Paris- L'Harmattan- 2007- 190 pages
- (27) JORRO Anne- L'inscription des gestes professionnels dans l'action- « Revue en question »- 1998- n°19
- (28) CHAMBERLAND Martine- Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique- « Pédagogie médicale »- 2005-volume6- pages 98 à 111

- (29) BOULE Francine- Hautement différente : la génération Y, un défi de taille pour l'enseignement médical- « Pédagogie médicale »- 2012- pages 9 à 25
- (30) BOURGEOIS Etienne- Apprentissage, motivation, et engagement en formation- « Education permanente »- 1998- n° 136- pages 101 à 109
- (31) VILLENEUVE Louise, LANGEVIN Louise- L'encadrement des étudiants : un défi du XXIe siècle- Montréal (Québec)- Editions Logiques- 1997- 454 pages
- (32) ARDOUIN Thierry- Ingénierie de formation pour l'entreprise 3^{ème} édition- Paris- 2010- 281 pages
- (33) SCHÖN Donald- Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel- Éditions Logiques- Montréal- 1997- 418 pages
- (34) LE BOTERF Guy- De la compétence : essai sur un attracteur étrange- Paris- Editions D'Organisation- 1994- 175 pages
- (35) LAFORTUNE Louise- Leadership pédagogique dans le contexte d'un renouveau : compétences et programme de formation- « Le point en administration scolaire »- pages 10 à 14
- (36) WITTORSKI Richard- Professionnalisation et développement professionnel- Paris- L'Harmattan- 2007- 190 pages
- (37) LE BOTERF Guy- La formation-action en entreprise- « Revue Education Permanente »- n° 87- 10 pages
- (38) NADEAU Jean-Guy- Un modèle praxéologique de la formation expérientielle- « Education permanente- 1989- n° 100-101- 10 pages
- (39) ARDOUIN Thierry- Ingénierie de formation pour l'entreprise 3^{ème} édition- Paris- 2010- 281 pages
- (40) ARDOUIN Thierry- Le tutorat : mission ou métier- J. éducation et formation : nouvelles questions, nouveaux métiers- Paris- ESF- 2003-342 pages
- (41) VIAU Rolland- La motivation dans l'apprentissage du français- St-Laurent- Éditions du Renouveau pédagogique- 1999
- (42) <http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html> (consulté le 02/04/2014)

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- ARDOUIN Thierry- Le tutorat : mission ou métier-J. éducation et formation : nouvelles questions, nouveaux métiers-Paris- ESF-2003- 342 pages
- ARDOUIN Thierry- Ingénierie de formation pour l'entreprise 3^{ème} édition- Paris- 2010- 281 pages
- BARBIER Jean-Marie, GALATANU Olga- Les savoir d'action : une mise en mot des compétences ? -Paris- L'Harmanttan- 2004- 324 pages
- BART B.M-Le savoir en construction. Former à une pédagogie de compréhension- Paris- Retz, Collection Forum, Education, Culture- 1993- 208 pages
- BAUDRIT Alain- Tutorat : richesses d'une méthode pédagogique- Bruxelles- Edition De Boeck-2007- 168 pages
- BLANC Bernard- Développer la fonction tutorale, Former et Intégrer- Paris- Edition Chronique sociale- 2003- 160 pages
- BOUTINET Jean-Pierre- Anthropologie du projet- Paris- Editions PUF- 1992- 405 pages
- CLOT Yves- Travail et pouvoir d'agir- Paris- Editions PUF- 2008- 296 pages
- DE KETELE Jean-Marie- Docimologie, introduction aux concepts et aux pratiques- Editions Cabay et Jezierski- 1985- 210 pages
- DUBAR Claude- La crise des identités, l'interprétation d'une mutation- Editions PUF- 2003- 239 pages
- KADDOURI M., LESPESSAILLES C., MAILLEBOUIS M., VASCONCELLOS M.- La question identitaire dans le travail et la formation- Paris- L'Harmattan- 2008- 404 pages
- KAUFFMAN Jean-Claude- L'enquête et ses méthodes ; l'entretien compréhensif 3^{ème} édition- Paris- Editions Armand Colin- 2011- 126 pages
- LAFORTUNE Louise- Compétences professionnelles pour l'accompagnement d'un changement. Un référentiel.- Québec- Editions Presse de l'université de Québec- 2008- 232 pages
- LE BOTERF Guy- De la compétence : essai sur un attracteur étrange- Paris- Editions D'Organisation- 1994- 175 pages

- LE BOTERF Guy- Ingénierie et évaluation des compétences 4^{ème} édition- Paris- Editions D'organisation- 2004- 563 pages
- PAUL Maela- L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique- Paris- L'Harmattan- 2004- 356 pages
- PERRENOUD Philippe- Du maître de stage au formateur de terrain : formule creuse ou expression d'une nouvelle articulation entre théorie et pratique. In CLERC F., DUPUIS A.- Pratiques et formations : Rôle et place de la pratique dans la formation initiale et continue des enseignants, Nancy, Éditions CRDP de Lorraine, 1994, 237 pages
- PERRENOUD Philippe- Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant-Paris- ESF- 2003- 219 pages
- SCHÖN Donald- Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel- Éditions Logiques- Montréal- 1997- 418 pages
- TARDIF Jacques- Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive- Montréal (Québec)- Editions Logiques- 1992- 474 pages
- TARDIF Jacques- Le transfert des apprentissages- Montréal (Québec)- Editions Logiques- 2004- 222 pages
- VIAU Rolland- La motivation dans l'apprentissage du français- St-Laurent- Éditions du Renouveau pédagogique- 1999
- VILLENEUVE Louise, LANGEVIN Louise- L'encadrement des étudiants : un défi du XXI^e siècle- Montréal (Québec)- Editions Logiques- 1997- 454 pages
- WITTOFSKI Richard- Formation, travail et professionnalisation- Paris- L'Harmattan- 2005- 212 pages
- WITTOFSKI Richard- Professionnalisation et développement professionnel- Paris- L'Harmattan- 2007- 190 pages

Articles :

- ARDOINO J.- Finalement, il n'est, jamais de pédagogie sans projet- « Education permanente »- 1987- pages 102-104
- ABENSUR L., CHEVALIER D.- La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre rupture physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en

mouvement- « La Revue Sage-Femme »- 2008- Volume 7- pages 333 à 341

- BART D., FOURNET M.- Le projet professionnel et personnel des étudiants, assise de leur professionnalisation ?- « La Revue Internationale de l'Enseignement Supérieur »- 2010- 17 pages
- BOULE Francine- Hautement différente : la génération Y, un défi de taille pour l'enseignement médical- « Pédagogie médicale »- 2012- pages 9 à 25
- BOUIN T.- La simulation : un nouveau concept pédagogique- « Vocation sage-femme »-2012- n°95
- BOURDONCLE Raymond- Autour du mot « professionnalité »- « Recherche et formation »- 1995- n°19- pages 137 à 148
- BOURGEOIS Etienne- Apprentissage, motivation, et engagement en formation- « Education permanente »- 1998- n° 136- pages 101 à 109
- BORU Jean-Jacques- Du tuteur à la fonction tutorale : Contradictions et difficultés de mise en œuvre- « Recherche et formation »- 1996- n°22- pages 99 à 114
- BOUTINET Jean-Pierre- Projet, in Jean-Pierre Boutinet, L'ABC de la VAE- « Education formation »- 2009- pages 181 et 182
- BOUTINET Jean-Pierre- Le concept de projet et ses niveaux d'appréhension- « Education permanente »- 1986- pages 5 à 26
- BROUSSAL D.- Valeurs et normes dans la formation des étudiants sages-femmes- « Les dossiers des sciences de l'éducation »- 2009- n°22- pages 121 à 137
- CHAMBERLAND Martine- Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique- « Pédagogie médicale »- 2005-volume6- pages 98 à 111
- CHAMPY-REMOUSSENARD Patricia- Incontournable professionnalisation- « Savoirs »- 2008- n°17- pages 51 à 61
- CHARLIN Bernard, BORDAGE Georges- L'évaluation du raisonnement clinique- « Pédagogie médicale »- 2003- Volume 4- 10 pages
- DARDEL Anne- Le développement professionnel continu (DPC) des sages-femmes : un nouveau paradigme ?-« La Revue sage-femme »- 2012- Volume 11- n°1- pages 40 à 42
- FOURNET Michel, BEDIN Véronique- Le mémoire professionnel, « un discours- objet » médiateur entre pratiques et praxis professionnelles et scientifiques- « Recherche et formation »- 1998- n°27- pages 123 à 138

- FRAY A-M et PICOULEAU S.- Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail- Paris- « Management et Avenir »- n°38- pages 72-88
- GAILLOT Laurence- Formation sage-femme à l'université, quelle stratégie pour quelle conduite du changement-« Gestions hospitalières »- 2010- n°493
- GAY Bernard, BEAULIEU Marie-Dominique- La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuves : de la pratique à l'enseignement- « Pédagogie médicale »- 2004- Volume 5- 12 pages
- GOUDREAU Johanne- L'approche qualitative et la recherche en éducation- « Pédagogie médicale »- 2002- Volume 3, n°2- 2 pages
- JEANGUIOT Nicole- L'approche de l'alternance en formation- « Recherche en soins infirmiers »- 1999- n°57
- JOBERT Guy- Une nouvelle professionnalité pour les formateurs d'adultes- « Revue Education Permanente »- n°87- 14 pages
- JORRO Anne- L'inscription des gestes professionnels dans l'action- « Revue en question »- 1998- n°19
- LAFORTUNE Louise- Leadership pédagogique dans le contexte d'un renouveau : compétences et programme de formation- « Le point en administration scolaire »- pages 10 à 14
- LAMAILLE-MOREL.F- Evaluation de la formation initiale des étudiants sages-femmes de Bourg en Bresse- « Les Dossiers de l'Obstétrique »- 2007- n°49
- LANSAC J.- Les études de sage-femme, quelle évolution ?- « Gynécologie Obstétrique Fertilité »- 2009- Volume 37- n° 7-8
- LARUE C., DUBOIS S., GIRARD F., GOUDREAU J., DUMONT K.- Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels- « Recherche en soins infirmiers »- 2013- pages 76 à 87
- LE BOUEDEC G- La démarche d'accompagnement, un signe des temps-« Éducation Permanente »- n° 153, pages 13 à 19
- LE BOTERF Guy- La formation-action en entreprise- « Revue Education Permanente »- n° 87- 10 pages
- LEYMARIE Marie-Christine- L'intégration universitaire des écoles de sages-femmes- « La Revue sage-femme »- 2010- Volume 9- n°4- pages 211 à 218

- MALGLAIVE G.- Alternance et compétences- « Les cahiers pédagogiques »-1993- n° 320- page 28
- MALGLAIVE Gérard- L'alternance intégrative- Éducation et management- n° 3- mars 1993- pages 44-47.
- MERTON R.K., READER M. D, KENDALL P. L.- The student physician- Cambridge- Harvard university press- 1957
- NADEAU Jean-Guy- Un modèle praxéologique de la formation expérientielle- « Education permanente- 1989- n° 100-101- 10 pages
- NENDEZ Mathieu- Favoriser l'autonomie d'apprentissage- « Pédagogie Médicale »- 2004- Volume 5- 12 pages
- PAQUAY Léopold- La construction d'un espace discursif en éducation. Mise en œuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants : le praticien réflexif- « Recherche et formation »- 2001- n°36- pages 5 à 16
- PAUL Maela- L'accompagnement : une nébuleuse- « Education permanente »- 2002- n°153- 43 à 56
- PEREZ ROUX Thérèse- La professionnalité enseignante- « Presses universitaires de rennes »- 2012
- PINEAU Gaston- L'accompagnement en formation : de l'avant naissance à l'après mort, entre solidarité et professionnalité- « Education permanente »- 2002- n°153- pages 29 à 41
- PORTAL Brigitte-« Des mots et du sens » Posture, positionnement, évaluation « Le sociographe »- 2012- n°37- pages 19 à 26
- SOREL Maryvonne- L'émergence du projet professionnel comme moyen d'appropriation de la formation- « Education permanente »- 1986- pages 113 à 129
- TEISSIERE V.- Mieux accompagner les ESF- « Profession Sage-Femme »- 2010- n°167
- WITTOFSKI Richard- La professionnalisation- « Savoirs »- 2008- n°17- pages 9 à 36
- WITTOFSKI Richard- Professionaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés- « Formation Emplois »- 2008- n°101- pages 105 à 117

Documents non publiés :

- BOUVET GUILLAUD Céline- Des savoirs aux compétences : influence de la pratique réflexive sur le rapport au savoir de l'étudiant infirmier- mémoire de master 1 en Sciences de l'Education- Rouen- 2009- 128 pages
- DRAN Claire- La sage-femme et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage- mémoire Cadre Sage-Femme- Dijon- 2005
- HENIN Catherine- Sage-femme Enseignante : un encadrement spécifique des étudiants sages-femmes pour construire une compétence clinique optimale
- JESTIN CHOLET Gaëlle- Le tutorat dans la formation initiale des sages-femmes, de la pertinence à la faisabilité. Une réflexion versus terrain- mémoire Cadre Sage-Femme- Dijon- 2005

Autre sources :

- Colloque : Management des capacités organisationnelles
- ARDOUIN Thierry- De la compétence individuelle aux capacités organisationnelles : regard croisé France- Québec-2008- 22 pages
- Séminaire :
- VILATTE Jean-Christophe- Le projet ?- Séminaires- rencontres des médiateurs en Midi-Pyrénées- 2006- 30 pages
- Conférence :
- Compte rendu de la conférence Européenne sur la formation initiale des Sages-femmes- 2005
- Sites internet :
- <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 04/03/2013 et le 25/03/2014)
- <http://www.unige.ch> (consulté le 23/03/2014)
- <http://www.medsp.umontreal.ca> (consulté le 26/03/2014)
- <http://www.lesentretiensdebichat.com> (consulté le 27/10/2013)

Résumé :

L'apprentissage de la pratique clinique et la transmission du raisonnement clinique sont au cœur de la formation initiale des sages-femmes. Les sages-femmes cliniciennes ont pour mission d'accompagner les étudiants et sont impliquées dans l'acquisition et la construction de leur professionnalité. Une enquête par entretiens auprès des sages-femmes cliniciennes, rend compte d'un potentiel pédagogique implicite, aléatoire et non adapté à la réforme des études en maïeutique. En tenant compte de l'environnement dans lequel s'effectue l'enseignement clinique, les propositions émises préconisent un apport de connaissances en pédagogie médicale, permettant un enrichissement des compétences pédagogiques des cliniciennes, une meilleure identification, et une revalorisation de leur fonction d'accompagnement de l'étudiant.

Mots clés : sage-femme, accompagnement, tutorat, raisonnement clinique, professionnalisation, professionnalité.

Abstract :

The learning of clinical practice and the transmission of clinical reasoning are at the heart of the initial training of midwives. Clinical midwives are assigned with the mission of giving guidance to students and are involved in the acquisition and building of their professionalism. A survey, based on interviews with clinical midwives, demonstrates an instructive potential which is implicit, random and not adapted to the reform of studies in maieutics. Taking into account the environment in which the clinical teaching is done, proposals recommend a contribution of knowledge in medical teaching methods, allowing an improvement of the pedagogical skills of the clinicians, a better designation, and an enhancing of their supportive role for students.