



HAL
open science

L'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs : état des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes

Mégane Bresson

► **To cite this version:**

Mégane Bresson. L'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs : état des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01689588

HAL Id: dumas-01689588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01689588>

Submitted on 22 Jan 2018

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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

**L'encadrement des étudiants sages-
femmes par leurs futurs pairs :**

Etat des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes.

Par BRESSON Mégane

Née le 22 juillet 1993, à Bitche, Moselle (57)

Mémoire présenté et soutenu le 12 juin 2017.

Directeur de mémoire : Madame Valérie GIGLIO-MAGNES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

2017

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

**L'encadrement des étudiants sages-
femmes par leurs futurs pairs :**

Etat des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes.

Par BRESSON Mégane

Née le 22 juillet 1993, à Bitche, Moselle (57)

Mémoire présenté et soutenu le 12 juin 2017.

Directeur de mémoire : Madame Valérie GIGLIO-MAGNES

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

2017

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à :

Mme GIGLIO pour son aide, son implication, sa disponibilité, et son indéfectible soutien tout au long de ce travail de longue haleine. Je tiens également à remercier Mme Blayac et Mme Musso, pour m'avoir, chacune à leur manière, aidée lorsque j'en avais besoin.

Mes super copines sages-femmes, pour avoir rempli ces quatre années de précieux souvenirs que j'emmènerais avec moi peu importe où le vent m'emportera.

Aux sages-femmes, qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Mes proches, qui ont toujours cru en moi.

Éric, pour m'avoir supportée toutes ces années, et j'espère encore bien d'autres.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
PARTIE 1 : THEORIE.....	9
CADRE CONTEXTUEL.....	9
I. UNE FORMATION EN CONSTANTE EVOLUTION.....	9
1.1. D'HIER.....	9
1.2. ...A AUJOURD'HUI.....	9
1.2.1. <i>Modification du programme des études de sages-femmes.....</i>	<i>9</i>
1.2.2. <i>La Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES).....</i>	<i>10</i>
1.2.3. <i>Objectifs et déroulé des études de sages-femmes.....</i>	<i>10</i>
1.2.4. <i>Les stages dans la formation.....</i>	<i>13</i>
1.3. LES DIFFERENTS ACTEURS DANS L'ENCADREMENT.....	19
1.3.1. <i>L'étudiant.....</i>	<i>20</i>
1.3.2. <i>Le professionnel sage-femme.....</i>	<i>21</i>
1.3.3. <i>L'institut de formation : l'école ou l'université.....</i>	<i>22</i>
SYNTHESE CADRE CONTEXTUEL.....	23
CADRE CONCEPTUEL.....	24
II. LES OUTILS DE LA PEDAGOGIE DANS L'ACQUISITION DE COMPETENCES LORS DE LA SUPERVISION CLINIQUE.....	24
2.1. LA NOTION DE COMPETENCE.....	25
2.1.1. <i>Définitions.....</i>	<i>25</i>
2.1.2. <i>La dynamique de la compétence.....</i>	<i>27</i>
2.1.3. <i>La démarche réflexive dans l'acquisition des compétences.....</i>	<i>28</i>
2.1.4. <i>Evaluer les compétences.....</i>	<i>30</i>
2.2. RAISONNER CLINIQUEMENT : LE LIEN ENTRE THEORIE ET PRATIQUE.....	30
2.3. SUPERVISION, ENCADREMENT, TUTORAT, MENTORAT.....	31
2.3.1. <i>Définitions.....</i>	<i>31</i>
2.3.2. <i>Le processus de supervision.....</i>	<i>35</i>
2.4. LES SPECIFICITES DE LA PEDAGOGIE CLINIQUE ET LE MODELE DE ROLE.....	36
2.4.1. <i>Les compétences cliniques.....</i>	<i>37</i>
2.4.2. <i>Les compétences pédagogiques.....</i>	<i>37</i>
2.4.3. <i>Le contexte de l'enseignement clinique.....</i>	<i>38</i>
2.4.4. <i>Les conditions de l'apprentissage : Motivation, confiance et réciprocité.....</i>	<i>38</i>
2.4.5. <i>Le modèle de rôle.....</i>	<i>39</i>
2.4.6. <i>Quelques méthodes pédagogiques.....</i>	<i>41</i>
SYNTHESE CADRE CONCEPTUEL.....	42
PARTIE 2 : ETUDE.....	44
I. MATERIEL ET METHODE.....	44
1.1. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	44
1.2. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	44
1.3. POPULATION DE L'ETUDE.....	44
1.3.1. <i>Critères d'inclusion.....</i>	<i>44</i>
1.3.2. <i>Critères de non inclusion.....</i>	<i>45</i>
1.4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES : LE QUESTIONNAIRE.....	45
1.5. TRAITEMENT DES DONNEES.....	45

II.	RESULTATS.....	46
2.1.	TAUX DE PARTICIPATION	46
2.2.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	46
2.2.1.	Âge et sexe (question 1 et 2).....	46
2.2.2.	Ecole et année de diplôme (question 3 et 4).....	47
2.2.3.	Fonction de sage-femme coordinatrice en maïeutique (question 5)	47
2.2.4.	Type d'exercice actuel et année d'entrée dans l'établissement actuel (questions 6 à 8)	47
2.2.5.	Carrière (questions 9 et 10)	48
2.3.	L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES (ESF)	49
2.3.1.	L'encadrement est un devoir de la sage-femme (question 11).....	49
2.3.2.	Connaissance du nouveau programme des études et du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (questions 12 et 13)	49
2.3.3.	Autres activités pédagogiques en lien et sans lien avec les ESF (questions 14 à 16)	50
2.3.4.	Définitions de l'encadrement (question 17).....	51
2.3.5.	Existence d'un protocole ou projet de service sur l'encadrement des ESF (question 18).....	52
2.3.6.	Influence sur la qualité de l'encadrement et souvenir de l'encadrement (questions 19 à 22).....	53
2.3.7.	Nombre d'ESF encadrés sur une année scolaire (question 23)	54
2.3.8.	Nombre d'ESF encadrés sur une journée et nombre optimal estimé (questions 23 et 24)	55
2.3.9.	Actes réalisés par la sage-femme lors de l'encadrement de l'ESF (question 26)	56
2.3.10.	Difficultés à l'encadrement (questions 27 à 29).....	57
2.4.	LES OUTILS PEDAGOGIQUES	58
2.4.1.	Le tuteur de stage référent (questions 30 à 33).....	59
2.4.2.	Rémunération de l'encadrement (questions 34 à 36).....	60
2.4.3.	Les stages longs (questions 37 et 38)	61
2.4.4.	Etat des lieux sur l'existence de cours de pédagogie ou d'encadrement pendant la formation initiale ou la formation continue (questions 39 à 42)	62
2.4.5.	Souhait de la création d'une formation en formation initiale ou en formation continue (questions 43 à 51).....	64
2.4.6.	Les outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes (questions 52 et 53).....	67
	PARTIE 3 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS	69
I.	CRITIQUE DE L'ETUDE	69
1.1.	POINTS FAIBLES ET LIMITES DE L'ETUDE	69
1.2.	POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	70
1.3.	BIAIS DE L'ETUDE.....	70
1.3.1.	Implication et intérêt des personnes interrogées	70
1.3.2.	Attitude de l'enquêteur.....	70
II.	INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	71
2.1.	ANALYSE DU TAUX DE PARTICIPATION	71
2.2.	ANALYSE DE LA POPULATION ETUDIEE	71
2.3.	ANALYSE DE LA POSITION DES SAGES-FEMMES FACE A L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES	72
2.3.1.	Des sages-femmes, globalement conscientes de leur mission d'encadrement	72
2.3.2.	Des sages-femmes, qui apprécient l'encadrement... ..	74
2.3.3.	...mais qui rencontrent parfois des difficultés.....	75
2.4.	LES OUTILS PEDAGOGIQUES A LA DISPOSITION DES SAGES-FEMMES	75
2.4.1.	Des sages-femmes peu formées à la pédagogie mais en demande	75
2.4.2.	Des sages-femmes en manque d'outils	77
III.	AXES D'AMELIORATION	78
3.1.	SYSTEMATISATION DU TUTEUR DE STAGE REFERENT	78
3.2.	COMPOSITION DU CARNET DE STAGE	79
3.3.	EBAUCHE D'INGENIERIE DE FORMATION EN FORMATION CONTINUE	81

CONCLUSION84
BIBLIOGRAPHIE.....	.85
ANNEXES	I
<i>Annexe 1 : Répartition des ECTS en fonction des cycles d'étude.....</i>	<i>I</i>
<i>Annexe 2 : Les caractéristiques d'un bon étudiant</i>	<i>II</i>
<i>Annexe 3 : Les caractéristiques d'un bon encadrant.....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe 4 : Neuf principes à la base de l'évaluation des compétences</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe 5 : Questionnaire.....</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 6 : Exemple de codage des questions ouvertes (extrait)</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe 7 : Récapitulatif des caractéristiques de la population.</i>	<i>X</i>
<i>Annexe 8 : Connaissance des sages-femmes à propos de la mission d'encadrement, du nouveau programme d'étude et du Référentiel Métier et Compétences</i>	<i>XI</i>
<i>Annexe 9 : Participation de la sage-femme à des activités pédagogiques avec ou sans lien avec les ESF ..</i>	<i>XII</i>
<i>Annexe 10 : Définitions de l'encadrement et existence d'un protocole de service sur l'encadrement</i>	<i>XIII</i>
<i>Annexe 11 : Facteurs influençant l'encadrement.....</i>	<i>XV</i>
<i>Annexe 12 : Souvenir de l'encadrement et difficulté à encadrer les ESF.....</i>	<i>XVI</i>
<i>Annexe 13 : Les tuteurs de stages référents</i>	<i>XVI</i>
<i>Annexe 14 : Rémunération de l'encadrement.....</i>	<i>XVIII</i>
<i>Annexe 15 : Outils pédagogiques et formation.....</i>	<i>XIX</i>
<i>Annexe 16 : Proposition n°4.2 : carnet de stage (document journalier)</i>	<i>XXI</i>
<i>Annexe 17 : Proposition n°4.2 : carnet de stage (document de synthèse)</i>	<i>XXIV</i>
<i>Annexe 18 : Ebauche d'ingénierie de formation en formation continue.....</i>	<i>XXVI</i>

Liste des abréviations

- **ANFICsf** : Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **DE** : Diplôme d'État
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **ECTS** : European Credits Transfer System
- **ESF** : Etudiant Sage-Femme
- **PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- **PACES** : Première Année Commune des Etudes de Santé
- **PMI** : Protection Maternelle Infantile
- **RMC** : Référentiel Métier et Compétences
- **SF** : Sage-femme
- **UE** : Unité d'Enseignement

Liste des figures

Liste des figures :

- **Figure 1** : Schéma du triangle pédagogique.
- **Figure 2** : Le curseur de la compétence.
- **Figure 3** : La place du contexte dans la démarche réflexive.
- **Figure 4** : La démarche réflexive dans l'acquisition d'une compétence.
- **Figure 5** : Schéma récapitulatif des modalités pédagogiques spécifiques à l'enseignement clinique.
- **Figure 6** : L'apport didactique.
- **Figure 7** : La méthode interrogative.
- **Figure 8** : La méthode active ou interactive.
- **Figure 9** : Répartition de la population par tranche d'âge.
- **Figure 10** : Répartition des sages-femmes en fonction du lieu d'exercice.
- **Figure 11** : Carrière des sages-femmes.
- **Figure 12** : Niveau de connaissance des sages-femmes à propos du nouveau programme des études et du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes.
- **Figure 13** : Autres activités réalisées en lien avec les ESF.
- **Figure 14** : Impact de l'encadrement sur l'acquisition des compétences.
- **Figure 15** : Souvenir de l'encadrement reçu par les sages-femmes.
- **Figure 16** : Nombre d'ESF encadrés VS nombre d'ESF par SF sur une garde estimé optimal.
- **Figure 17** : Actes réalisés par la sage-femme lors de l'encadrement d'un ESF.
- **Figure 18** : Difficultés à encadrer les ESF.
- **Figure 19** : Existence d'un référent de stage dans la structure.
- **Figure 20** : Nombre de sages-femmes ayant bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement.
- **Figure 21** : Type de formation reçue.
- **Figure 22** : Formes souhaitées pour une formation.
- **Figure 23** : Modalités souhaitées pour une formation.
- **Figure 24** : Outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes.
- **Figure 25** : Avis des sages-femmes à propos des outils mis à leur disposition.

Liste des tableaux :

- **Tableau 1** : Les deux cycles de la filière maïeutique et leur contenu.
- **Tableau 2** : Comparatif nouveau/ancien programme– Exemple de l'école de Nice à moduler pour les autres écoles.
- **Tableau 3** : Nombre d'activités répertoriées dans l'étude et nombre d'activités répertoriées par le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes des Alpes-Maritimes.
- **Tableau 4 simplifié** : Facteurs influençant l'encadrement selon les sages-femmes.
- **Tableau 5** : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait d'encadrer ou non les ESF.
- **Tableau 6** : Détail des difficultés rencontrées lors de l'encadrement par les sages-femmes.
- **Tableau 7 (partiel)** : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait d'avoir ou non bénéficié d'une formation à la pédagogie.
- **Tableau 8** : Répartition des sages-femmes en fonction des raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu bénéficier de cours de pédagogie ou d'encadrement en formation continue.
- **Tableau 9** : Répartition des sages-femmes en fonction de leur position face à la création d'une formation sur l'encadrement.
- **Tableau 10 (partiel)** : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait de souhaiter une formation en formation initiale, continue, ou en formation initiale ou continue
- **Tableau 11** : Répartition des sages-femmes en fonction de l'occasion à laquelle elles aimeraient recevoir une formation

Introduction

Au cours de mes études, j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion d'encadrer des étudiants de promotions moins avancées. Ce changement de position, d'étudiant à encadrant, ne fût pas aussi aisé que j'aurais pu l'imaginer. Suite à ces expériences, je me suis interrogée sur l'encadrement dont j'avais moi-même bénéficié. J'ai réalisé que, chacun à leur manière, les professionnels rencontrés au cours de mon apprentissage m'avaient apporté ce dont j'avais besoin, au moment où j'en avais besoin, certains ayant répondu de manière plus « fine » que d'autres à mes attentes. J'ai souhaité tenter de comprendre d'où provenaient ces différences. Pour cela, j'ai étudié l'évolution du programme des études de sages-femmes afin de voir si ces différences étaient liées au programme de formation (1, 2). Le principe des études, basé sur l'approche par compétence et l'alternance, a certainement eu un impact sur les modes d'apprentissage. Ma curiosité m'a ensuite guidée vers l'approfondissement de certaines théories en lien avec les modalités des études de sage-femme. Une large partie y sera d'ailleurs consacrée dans la partie théorique. Il est important de souligner que les étudiants sages-femmes passent près des deux tiers de leur formation sur les terrains de stage (3). Il semble donc nécessaire que leur encadrement soit de qualité afin de les accompagner au mieux dans l'acquisition de leurs compétences. De plus, le contexte d'encadrement des sages-femmes cliniciennes est relativement complexe puisqu'elles doivent allier cette mission d'encadrement à une prise en charge adaptée et sécurisée des patientes et de leurs futurs enfants à naître. Ces sages-femmes de terrain se sentent-elles suffisamment préparées et prêtes pour accomplir cette mission ?

Nous tenterons de répondre à cette question à travers un état des lieux auprès des professionnels des Alpes-Maritimes. L'objectif est de déterminer leur positionnement face à l'encadrement mais aussi si leur formation et les moyens mis en œuvre leur paraissent suffisants. Pour cela, après une partie théorique axée sur la formation des sages-femmes et les notions de pédagogie, nous essayerons par l'analyse du questionnaire en ligne soumis aux sages-femmes des Alpes-Maritimes, de répondre aux différents objectifs. Enfin, après analyse de l'enquête et sa confrontation avec la partie théorique, des axes d'amélioration seront proposés.

PARTIE 1 : THEORIE

Cadre contextuel

I. Une formation en constante évolution

1.1. D'hier....

Pendant des millénaires, l'art de l'accouchement se s'est transmis oralement de mère en fille, de génération en génération. Au fur et à mesure des siècles et des courants qui s'en sont suivis, cet enseignement est devenu un enjeu important pour les politiques de Santé. Louise Bourgeois, Madame Du Coudray, Marie-Anne Boivin, Louise Lachapelle, et bien d'autres, avaient déjà, à leur époque, réalisé la nécessité d'une transmission efficace et rigoureuse à leurs pairs et futurs pairs, en essayant d'instaurer une ébauche de formation (4). Ce n'est qu'après de très longues années et de longues batailles, qu'une réelle formation a pu voir le jour, se développant et se structurant, pour aboutir à celle que nous connaissons aujourd'hui.

1.2. ...à aujourd'hui

1.2.1. Modification du programme des études de sages-femmes

Depuis la rentrée universitaire 2011-2012, on assiste à une complète refonte du programme et de l'organisation de la formation, en lien avec deux éléments historiques :

- ❖ La déclaration conjointe de la Sorbonne : Signée le 25 mai 1998 à l'occasion du 800^e anniversaire de l'Université de Paris, les ministres de l'Enseignement Supérieur des quatre pays que sont l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie et la France, ont mis en avant la nécessité de créer un espace européen de l'Enseignement Supérieur. Le but est d'encourager la mobilité des citoyens, favoriser leur intégration sur le marché du travail et de promouvoir le développement global du continent (5).
- ❖ Le processus de Bologne : qui fait suite à la déclaration de la Sorbonne. Il prône une uniformisation de l'organisation des études supérieures en formatant les études en *Licence – Master – Doctorat*, aussi appelé système LMD, dans le tout nouvel espace européen de l'Enseignement Supérieur (6)

1.2.2. La Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES)

En France, l'application du nouveau système crée la *Première Année Commune des Etudes de Santé* (PACES) regroupant les différentes filières de médecine, pharmacie, kinésithérapie, odontologie et maïeutique. Il est défini par l'arrêté du 28 octobre 2009 (7). Les étudiants débutent leur première année dans une des trente-six universités qui proposent des filières de santé. À la fin du premier semestre, ils sélectionnent le ou les concours auxquels ils se présenteront. À l'issue du second semestre, ils intègrent la filière qu'ils ont choisie et dans laquelle ils sont le mieux classés dans la limite du numérus clausus, défini annuellement par arrêté du Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur et du Ministre de la Santé. Pour s'inscrire en PACES, il suffit de disposer du baccalauréat, d'un diplôme français ou étranger équivalent au baccalauréat ou bien d'un diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU). L'année se répartit en deux semestres. Chaque semestre est composé d'*unités d'enseignement* (UE) et chaque UE correspond à un certain nombre de crédits européens, appelés ECTS, pour *European Credits Transfer System*. Ce système de crédits permet aux étudiants d'étudier dans un environnement universitaire ouvert qui ne les enferme pas dans une seule voie car des passerelles inter-filières sont possibles. Il leur permet aussi une réorientation en cas d'échec au concours et la possibilité d'aller étudier dans d'autres pays de l'Union Européenne. Les étudiants sages-femmes (ESF) passent donc obligatoirement par les deux semestres de la PACES et la réussite au concours avant de pouvoir intégrer l'école de sages-femmes. Leur formation va avoir différents objectifs et est régie par des textes de loi, détaillés par la suite.

1.2.3. Objectifs et déroulé des études de sages-femmes

Il s'agit d'une formation en alternance. Elle est composée d'apports théoriques, auxquels s'ajoutent des activités de raisonnement clinique et d'apprentissage pratique en milieu clinique. Quatre principes clés régissent l'acquisition des compétences, définis par l'arrêté du 19 juillet 2011 (1):

- La **non-exhaustivité** : Les connaissances et les pratiques professionnelles évoluent régulièrement en lien avec la progression rapide de la médecine. De ce fait, l'enjeu de l'apprentissage n'est pas dans l'exhaustivité. On choisit les compétences à apprendre aux étudiants. Le but est de leur transmettre des concepts et des outils qui leur serviront pendant leur cursus mais aussi dans leur future vie professionnelle pour faire évoluer leurs

savoirs et savoir-faire. Une initiation à la recherche dans le champ de la santé est aussi mise en place, afin de leur apprendre et leur permettre de se maintenir continuellement à jour des nouvelles pratiques.

- La **participation active de l'étudiant** : On préfère dès que possible rendre l'étudiant acteur de son apprentissage, par le biais de travaux dirigés, d'exposés et de stages.
- L'**interdisciplinarité** : Les études de sages-femmes nécessitent la création de liens entre plusieurs disciplines : les unités d'enseignement sont de différentes natures. L'apprentissage de l'interdisciplinarité entraîne les étudiants à la collaboration entre futurs professionnels de santé.
- L'**ouverture** : Le métier de sage-femme est varié. On prépare les étudiants aux différentes orientations professionnelles possibles. Pour cela, en plus du tronc commun, des unités d'enseignement libres (UEL) sont proposées. Elles peuvent concerner des disciplines médicales et non médicales.

En France, les études de sages-femmes durent cinq ans et sont composées de deux cycles.

	1^{er} cycle	2^e cycle
Durée	3 ans	2 ans
Diplôme obtenu	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa)	Diplôme d'Etat (DE) de sage-femme
Cycle composé de	<ul style="list-style-type: none"> ❖ PACES = 2 semestres ❖ DFGSMa2 = 2 semestres ❖ DFGSMa3 = 2 semestres <p style="text-align: center;">Soit 6 semestres = 180 ECTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DFASMa1* = 2 semestres ❖ DFASMa2* = 2 semestres <p style="text-align: center;"><i>*Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques</i></p> <p style="text-align: center;">Soit 4 semestres = 120 ECTS</p>
Programme	Alterne enseignements théoriques et pratiques afin d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique.	Alterne enseignements théoriques et pratiques afin d'aboutir à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale.

Tableau 1 : Les deux cycles de la filière maïeutique et leur contenu (réalisé à partir de (1),(2))

Le programme des études est pensé de manière à pouvoir se dérouler dans les différents milieux professionnels appartenant au parcours de périnatalité *des Femmes, des Enfants et des Familles*, incluant les centres hospitaliers, les cliniques, les cabinets libéraux, les centres de Protection Maternelle et Infantile, etc.

Les objectifs de la formation du premier cycle (licence) sont régis par l'article 5 de l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue de l'obtention du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (1), et sont :

- L'acquisition de **connaissances scientifiques** variées (biologie, sciences humaines et sociales, etc.) indispensables à l'assimilation des compétences nécessaires à l'exercice médical de la maïeutique et de **connaissances fondamentales de physiopathologie et la pharmacologie** qui permettent à l'étudiant d'avoir une vision intégrée du fonctionnement normal et pathologique des appareils et systèmes du corps humain.
- **L'approche fondamentale de l'être humain** par des connaissances en santé publique, sémiologie clinique et paraclinique.
- L'acquisition d'un **raisonnement clinique** par le biais d'activités de raisonnement clinique et d'apprentissage en milieu clinique.

Depuis le décret du 15 décembre 2014 (8), le diplôme est reconnu au grade de Master 2. Les objectifs du deuxième cycle (master) sont régis par l'article 5 de l'arrêté du 13 mars 2013 relatif au régime en vue du Diplôme d'État (DE) de sage-femme et sont (2):

- L'acquisition des **connaissances scientifiques** complétant et approfondissant celles acquises au premier cycle.
- L'acquisition de **connaissances pratiques et de compétences** au cours de la formation clinique et des stages
- Une formation à la **démarche scientifique**
- **L'apprentissage du travail en équipe** pluri-professionnelle avec l'abord des techniques de communication indispensables à l'exercice professionnel
- La sensibilisation au **développement professionnel continu** (DPC) comprenant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et l'approfondissement continu des connaissances.

A l'issue de la *cinquième année*, l'étudiant obtient le Diplôme d'Etat de sage-femme (DE), obligatoire pour pouvoir exercer la profession de sage-femme et doit pour cela répondre aux différents critères cités dans l'article 21 de l'arrêté du 11 mars 2013 (2) :

- Avoir validé l'ensemble des *enseignements et des stages* correspondant aux deux cycles de formation
- Avoir validé le *certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)* qui compose l'épreuve clinique du Diplôme d'Etat. Il vérifie les compétences acquises dans le second cycle et la capacité de synthèse de l'étudiant
- Avoir soutenu le *mémoire de fin d'études avec succès*.

1.2.4. Les stages dans la formation

❖ Les objectifs des stages

Selon Hébert (10) , dans son livre Le stage : instrument d'apprentissage, *Le stage nécessite un encadrement et des objectifs précis montrant l'atteinte du développement des compétences poursuivies par le programme. Les activités et l'évaluation sont planifiées de manière à intégrer la théorie et la pratique. L'élève supervisé voit durant le stage ses forces et ses limites comme futur professionnel de santé. Les objectifs de stage permettent aussi à l'élève de développer de nouvelles habiletés en fonction de nouveaux appareils et de situations professionnelles différentes plus complexes. Les objectifs de stage couvrent deux champs d'activité : celui des tâches et des habiletés professionnelles.*

Cette définition s'accorde parfaitement dans le cas des études de sages-femmes.

Les différents objectifs de stage sont définis par l'article 9 de l'arrêté du 11 mars 2013. Le stage permet à l'étudiant de s'inscrire dans une démarche clinique et de développer les compétences professionnelles et transversales qui lui serviront dans sa pratique. Il permet une approche réflexive des différentes situations, l'autonomisation des étudiants et le développement de leur capacité d'adaptation. Il les prépare au développement professionnel continu (DPC) auquel ils seront soumis toute leur carrière.

Le stage est l'occasion pour l'étudiant sage-femme de construire plus concrètement son **identité professionnelle**. Plusieurs sociologues ont défini la notion.

Ion la définit comme :

[...] ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elles supposent donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part. D'autres matériaux que les modèles professionnels participent donc à la construction de ces identités : car si ces dernières supposent certes une communauté de pratiques, elles se constituent aussi dans les similitudes d'accès au métier, se forgent dans le creuset des institutions de formation, se nourrissent de la culture du métier et se légitiment et se consolident au sein des organisations de défense et de représentation collective (11).

En 1975, Goffman nous parle « *d'étiquetage* » (12), recoupant les idées de Ion. Les sages-femmes, mais aussi les étudiants, se voient attribuer par les personnes avec qui ils travaillent et par les institutions qui les forment et les emploient, une identité professionnelle. C'est par le biais du **regard des autres** et par l'identification à ces personnes que l'individu construit son identité. Pour Wenner, c'est « *[...] dans les interactions, que la conscience de soi se développe. Le sujet perçoit ses capacités et les rôles qu'il joue, à partir d'un regard que l'autre, les autres portent sur lui* » (13). Cette notion d'identité est essentielle dans notre métier, mais aussi dans la vie quotidienne. L'Être Humain vit par le regard des autres. Sartre d'ailleurs en parlera longuement dans un entretien en 1968 à propos de son ouvrage *Huis clos* :

[...] Parce que les autres sont, au fond, ce qu'il y a de plus important en nous-mêmes, pour notre propre connaissance de nous-mêmes. Quand nous pensons sur nous, nous nous jugeons avec les moyens que les autres ont, nous ont donné, de nous juger [...] (14) ».

On n'existe pas sans l'Autre.

❖ **La répartition du temps de stage**

Depuis la réforme des études en 2011, une nette diminution de l'enseignement clinique est à noter (particulièrement en licence où l'on perd près de 970 heures de stage), comme le montre le tableau comparatif suivant.

Programme 2001		Programme 2011-2013	
1 ^{ère} phase	2 ^{ème} phase	1 ^{er} cycle	2 ^{ème} cycle
54 semaines x 40h	51 semaines x 40h	L2: 10 semaines L3: 24 semaines = 34 x 35h	M1: 28 semaines M2: 28 semaines = 56 x 35 h
2 160 h	2 040 h	1190 h	1960 h
4 200 h		3 150 h	
-1050 h			

Tableau 2 : Comparatif nouveau/ancien programme – Exemple de l'école de Nice à moduler pour les autres écoles

Au final, on note une diminution de **1050 heures** de la durée des stages sur la totalité du cursus en maïeutique. Cette diminution impacte essentiellement le 1^{er} cycle des études ; ce qui est énorme quand on sait l'importance que revêt l'apprentissage clinique dans les études de sages-femmes. De plus, le nombre de compétences cliniques à acquérir n'a pas diminué et le stage reste un temps fondamental de la formation. Dans ce contexte, il est essentiel que les professionnels de terrain soient formés pour optimiser au maximum les stages des étudiants.

❖ L'organisation des stages

Ils sont organisés selon le parcours de soin en périnatalité avec un ECTS équivalent à 30 heures pour les cours (8 à 12 heures en présentiel), et à une semaine de stage de 35 heures. La base des unités cliniques se répartissent tout au long des études. Les écoles peuvent établir dans chaque cycle leur propre planification. Un tableau de la répartition des ECTS en fonction des cycles est disponible en annexe 1. L'arrêté du 11 mars 2013 nous donne plusieurs informations à propos des stages (2).

- La totalité des stages doit être validée par le Directeur de l'école de sages-femmes ou son représentant, sur avis du responsable de stage pour aboutir à la fin de la formation.
- Les terrains de stage sont variés pour permettre à l'étudiant de développer sa capacité d'adaptation à des équipes et des contextes différents. Une grande partie est choisie par l'équipe pédagogique en fonction des diverses contraintes (programme, étudiants, possibilités locales, etc.) mais les étudiants peuvent aussi

proposer des terrains de stage hors de la région, sur certains secteurs d'activité ou types d'exercice professionnel.

- Seuls les lieux de stage qui ont conclu une convention avec les écoles peuvent prétendre à l'accueil des étudiants. L'école précise les modalités d'organisation et de déroulement des stages.
- Souvent, les lieux de stage sont des centres hospitaliers publics. Ils ont en effet, selon l'article 60 de la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoire (HSPT), une « *mission de service public d'enseignement universitaire consistant en la contribution à l'offre de stages [...] dans le cadre de la formation des professionnels médicaux [...].* (15) ».
- Pour évaluer au mieux la progression de l'étudiant, la durée de stage doit être assez importante. C'est pourquoi l'article 11 de l'arrêté du 11 mars 2013 prévoit la mise en place d'un stage à temps plein, aussi appelé stage long, d'un semestre se déroulant au troisième ou quatrième semestre du cycle des études. Il est construit selon le projet professionnel de l'étudiant (2).

❖ **Des études dites en « alternance »**

L'alternance permet à l'étudiant de faire des liens entre ce qu'il apprend au centre de formation (théorie) et ce qu'il doit mettre en œuvre en stage (pratique). Cela lui permet d'organiser ses connaissances, de donner du sens à ses apprentissages et par la suite de mobiliser les compétences acquises, peu importe le lieu ou la situation dans laquelle il se trouve (et même si ces connaissances ont été acquises dans un autre contexte) (16). Il y a quatre principes qui régissent la pédagogie d'une formation en alternance (17) :

1. La stratégie globale de la formation doit accorder à chaque acteur **un rôle bien défini** et mettre en lien le temps de formation à l'école et en stage. Elle nécessite donc une coopération enseignants-formateurs de terrain. Elle est **encadrée** par un référentiel de compétences et vise l'acquisition progressive de celles-ci par l'étudiant. Pour les sages-femmes, il s'agit du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (18).
2. Elle privilégie **l'approche pédagogique inductive**, c'est-à-dire « faire pour comprendre » ce qui suppose pour l'encadrant de déceler ce qui est formateur dans une situation de travail pour aider l'étudiant à s'autonomiser et s'adapter aux situations.

3. Elle nécessite un **véritable travail d'équipe** entre étudiants/intervenants mais aussi entre intervenants (école de formation et lieu de stage). Ils doivent partager un langage commun. Le projet pédagogique doit se baser sur un système relationnel solide.
4. Le **dispositif d'évaluation doit impliquer tous les acteurs**, y compris l'étudiant avec une grande place pour l'(auto)-évaluation formative (sans notation mais avec retour sur l'action de l'étudiant) et une valorisation des acquis professionnels en situation de travail.

Il existe différents types d'alternance. L'alternance **intégrative** est la plus pertinente pour les études de maïeutique: les apprentissages théoriques ou pratiques se font aussi bien à l'école que sur le lieu de travail (17). Malglaive, docteur en sciences de l'éducation, la définit comme « *une combinaison d'une part, d'alternance inductive où est prise en compte l'expérience des étudiants pour illustrer les enseignements et, d'autre part, d'alternance déductive où la pratique est vue comme l'application du savoir (19)* ». Dans un cas, on part de l'expérience des étudiants donc de leur pratique pour expliciter un concept plus général (théorie). Dans l'autre, on fait l'inverse et on part de la théorie pour arriver à l'application dans la pratique. Cependant, il est parfois difficile pour les étudiants de faire les différents aller-retours entre la théorie et la pratique. En effet, dans une formation par alternance, deux logiques antagonistes se superposent (20).

- Le lieu de stage est dans une logique de **production** axée sur la *rationalité, l'efficacité, l'opérationnalité, le rendement*. Le but final est l'adaptation de l'étudiant au monde du travail. L'apprentissage relève d'une approche comportementaliste, par application, reproduction et mimétisme.
- Le centre de formation est dans une logique **d'apprentissage** axée sur *l'apprenant et son intérêt*. Elle repose sur la construction du savoir et des concepts pédagogiques. Elle est plus formelle et abstraite dans son contenu que ce qui est appris sur le terrain.

Ces deux logiques étant parfois contraires, l'encadrant de l'étudiant tente de les accorder au mieux pour permettre à l'étudiant d'acquérir des connaissances et compétences tout en étant assez productif et efficace pour ne pas « gêner » le bon fonctionnement de la structure.

❖ Les différents types de stage

Il existe plusieurs types de stages mais seuls les stages *d'observation*, *d'exécution*, *d'apprentissage* et *d'intégration* seront abordés ici, car seuls ceux cités sont utilisés dans la filière maïeutique (21). Le **stage d'observation** a pour but de procurer de l'information sur une spécialité et de stimuler la motivation de l'étudiant. Il permet de confirmer un choix professionnel, d'analyser les fonctions du travail et les procédés de production du secteur d'activité et de connaître les exigences particulières demandées (techniques ou comportementales). A Nice, ce stage se déroule sur deux jours : un en salle de naissance et l'autre dans un des secteurs du pôle obstétrique.

Dans le **stage d'intégration**, l'étudiant exécute des tâches déterminées correspondant à des objectifs de formation. Ils sont définis par l'institution d'enseignement et acceptés par les intervenants du milieu du travail. L'étudiant s'intègre à une équipe ce qui lui permet d'expérimenter les relations humaines dans le contexte du travail et d'appliquer certaines de ses connaissances en pratique. Ce type de stage est le plus courant dans les études de sages-femmes.

Le **stage d'exécution et d'apprentissage** se base sur les mêmes principes que le stage d'intégration. Il insiste sur la *mise à l'épreuve dans des conditions réelles de travail*, *les connaissances acquises*, *la dextérité* et *la prise d'initiatives*. Il complète l'apprentissage de l'étudiant en lui montrant ses forces et faiblesses (avant sa mise sur le marché du travail). Dans les études de sages-femmes, ce type de stage correspondrait au stage intégré de 6 mois dans une même structure.

❖ L'aspect médico-légal de l'encadrement

L'encadrement des étudiants sages-femmes est un devoir déontologique, qui incombe à toute sage-femme : « *Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs* » (22). Ce n'est donc théoriquement pas un choix, mais nous verrons par la suite, que l'implication même des sages-femmes est importante pour un encadrement de qualité.

Depuis plus d'une dizaine d'années maintenant, on ne peut que constater l'augmentation des plaintes de patients dans le domaine de la santé et particulièrement dans le domaine de l'obstétrique qui reste aujourd'hui le domaine le plus coûteux (23). La notion de risque « médico-légal » est abordée d'ailleurs pendant les études de sages-femmes. L'exercice de la profession est régi par différents articles du Code la Santé Publique de l'article L4151-1 à 4 (24). Il existe différents types de responsabilités qui peuvent se cumuler pour une même faute : pénale, civile, disciplinaire et déontologique (25). Mais en cas de faute de l'étudiant, qui est responsable ? Les étudiants pensent souvent à tort être protégés par leur statut. Or, il faut qu'ils sachent qu'ils auront à répondre de leurs actes en cas d'erreur, même si une atténuation de responsabilité sera d'office retenue. L'étudiant est certes comme son nom l'indique en phase d'apprentissage, mais il est de sa responsabilité de se renseigner suffisamment sur l'acte à effectuer et alerter sur sa méconnaissance si tel est le cas. Le professionnel doit être vigilant aux actes qu'il délègue à l'étudiant, en tenant compte de plusieurs facteurs : son niveau d'étude, sa connaissance ou non de l'acte, la dangerosité et la complexité de l'acte en question, le caractère d'urgence de la situation (25). Cela implique qu'il soit disponible pour l'encadrement et qu'il se soucie de connaître l'étudiant. L'article 121-3 du Code Pénal (26) pose le principe de **responsabilité indirecte** en cas de manquement à une obligation de prudence ou faute caractérisée. Si après l'étude des différents éléments, la faute de l'étudiant n'est pas excusable et que l'absence d'encadrement constitue une faute caractérisée, la responsabilité juridique des deux personnes peut être retenue. Dans ce contexte, l'encadrement des étudiants sages-femmes peut devenir une difficulté supplémentaire pour le professionnel s'il n'est pas outillé correctement pour encadrer. Mais hormis l'étudiant et le professionnel, quels sont exactement les différents acteurs impliqués dans cet encadrement ?

1.3. Les différents acteurs dans l'encadrement

Dans ce triangle didactique, trois acteurs communiquent entre eux :

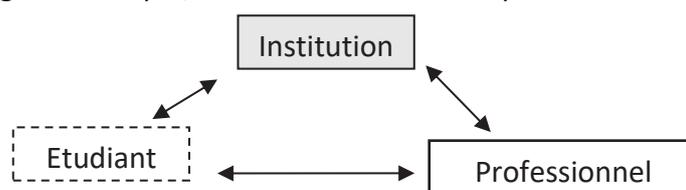


Figure 1 : Schéma du triangle pédagogique

En 2016, l'Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes (ANFICsf) a publié un document intitulé « *Charte d'engagement : maîtrise de stage en maïeutique* » (27). Le but de cette charte est d'essayer de garantir la qualité de la formation des étudiants sages-femmes, de promouvoir la reconnaissance des trois acteurs de la triade pédagogique en précisant le rôle de chacun, et enfin de définir clairement des critères d'efficience pour le développement d'une supervision ou tutorat de qualité. Ils utilisent pour cela le modèle de classification « FAIR » pour *Feedback Activity Individualisation Relevance* de Harden et Laidlaw qui ont montré dans leur étude de 2013 (28) quatre principes qui permettent un apprentissage de meilleure qualité. Ces quatre principes ont été traduits par l'ANFICsf comme :

1. La **pertinence** : elle englobe les notions d'éthique, de respect, d'humanisme et de responsabilité. Les apprentissages doivent être pertinents.
2. L'**individualisation** : l'apprentissage doit être adapté aux besoins de l'étudiant.
3. Les **activités** : l'étudiant doit être actif dans ses apprentissages.
4. Le **feedback** : l'étudiant doit avoir un retour sur ce qu'il fait et la manière dont il réfléchit.

1.3.1. L'étudiant

L'étudiant est au centre du dispositif d'apprentissage, qui est organisé pour permettre un apprentissage et une autonomie progressive. On le confronte aux situations cliniques les plus fréquemment rencontrées et/ou les plus urgentes avec une augmentation de la complexité au fur et à mesure du cursus. Pour Mias, il faut favoriser l'implication active de l'étudiant en « *éclairant* » les différentes dimensions de son engagement dans la situation de travail. Pour cela, il faut lui inculquer le *sens* (finalités, significations des actes), les *repères* (spatiaux, historiques et identitaires) et le *contrôle* (maîtrise des actes et de leurs conséquences) (29). On apprend mieux quand on sait pourquoi on fait les choses. Pour bénéficier au mieux de tous les aspects de son stage, l'étudiant doit essayer de répondre à plusieurs critères disponibles dans l'annexe 2.

1.3.2. Le professionnel sage-femme

L'article R.4127-304 du code de la Santé Publique du 17 juillet 2012 (22) nous dit que la sage-femme a « *l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2* ». Encadrer un étudiant permet justement cette continuité puisqu'ils sont formés sur les dernières recommandations en vigueur. Être questionné sur ses pratiques engage la sage-femme à prendre du recul et se remettre en question.

L'encadrement fait partie des compétences à acquérir pour la sage-femme. Dans l'annexe de l'arrêté du 13 mars 2013, il est précisé qu'à la sortie de la formation initiale, le professionnel est « *capable [...] de développer des compétences pour participer à l'encadrement et l'évaluation des étudiants.* » (2). A cela s'ajoute le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes(18), qui nous dit que le professionnel doit également avoir acquis des savoirs et savoir-faire en pédagogie dont des « *[...] connaissances théoriques et techniques concernant la pédagogie des adultes, les techniques et méthodes de pédagogie médicale, la psychologie de l'apprentissage* » et « *[...] être capable d'élaborer un processus pédagogique, préparer, choisir et confectionner des supports didactiques, mettre en œuvre les principales techniques d'animation de groupe, établir une relation d'apprentissage par tutorat et expliciter, conceptualiser.* » La formation des professionnels à l'encadrement dès la formation initiale est donc nécessaire et incontournable, afin que les professionnels soient opérationnels dès leur diplôme obtenu.

Médecin généraliste et éducatrice médicale, Ramani insiste quant à elle sur l'investissement personnel que demande l'encadrement à la sage-femme et sur le soutien des divers acteurs.

Devenir maître de stage, c'est d'abord et avant tout s'investir dans la formation de la relève professionnelle et participer à l'amélioration de la santé au sein de la collectivité. Pour cela, il devrait bénéficier d'un soutien lui permettant de maintenir sa motivation et la pertinence de ses actions de supervision (30).

Pour être le plus formateur possible pour l'étudiant, l'encadrant doit essayer de satisfaire plusieurs critères (annexe 3).

1.3.3. L'institut de formation : l'école ou l'université

Elle est un véritable médiateur entre l'étudiant et la sage-femme qui encadre. Elle a la responsabilité de pourvoir au bon encadrement des étudiants en stage et donc de coordonner et préparer au mieux la période de stage. Elle peut être une ressource en cas de difficulté, car c'est souvent l'entité la plus à même de relier l'étudiant et le professionnel.

Avec les *étudiants*, il s'agit de leur permettre l'accès aux outils d'évaluation et aux ressources nécessaires permettant de favoriser le développement de leurs compétences mais aussi les informations essentielles sur le lieu de stage (description, ressources disponibles, situation, accès, informations pour le contact avec le lieu de stage et le superviseur et/ou sage-femme coordinatrice en maïeutique à contacter).

Avec les *encadrants ou superviseurs*, les enjeux vont être à un autre niveau. Elle met à leur disposition les orientations du programme pour l'enseignement clinique, les objectifs du programme et les formes d'évaluation (ce qui est attendu par l'étudiant) et ce qui permet le suivi de l'étudiant via divers outils (carnet de stage, etc.) C'est l'institution qui s'occupe d'établir les conventions entre l'école de sage-femme et/ou l'université et le lieu de stage.

Synthèse cadre contextuel

La formation, déjà jugée nécessaire à l'époque par les grandes figures de la maïeutique, a évolué et s'est transformée au fil des années pour devenir ce qu'elle est aujourd'hui. La déclaration conjointe de la Sorbonne et le processus de Bologne ont modifié la formation en créant la Première Année Commune aux Etudes de Santé. Passage obligatoire pour les étudiants sages-femmes avant de pouvoir rentrer dans l'institut de formation, elle se termine par un concours permettant de sélectionner les étudiants admissibles à la formation en respect du numérus clausus fixé chaque année par arrêté ministériel. La formation est régie par différents textes de lois (arrêté du 19 juillet 2011, 13 mars 2013, 15 décembre 2015, etc) qui définissent les objectifs et contraintes qui devront être respectés durant les deux cycles de la formation d'une durée totale de cinq ans. La spécificité des études de maïeutique réside dans la part importante des stages dans le cursus, bien que celle-ci ait été nettement diminué depuis la refonte du programme en 2011. Ceci met l'accent sur la nécessité de l'optimisation du temps de stage. Les stages ont plusieurs objectifs et permettent la création de l'identité professionnelle. La formation « en alternance » s'appuie sur le modèle de l'alternance intégrative, qui est le plus approprié : il permet de faire au mieux la balance entre logique de production du lieu de stage et d'apprentissage du centre de formation. Il existe plusieurs types de stage, mais trois d'entre eux sont utilisés dans les études de maïeutique : le stage « d'observation », « d'intégration » et « d'exécution et d'apprentissage ». La formation des étudiants sages-femmes est un devoir de la sage-femme mais on peut se demander si l'aspect médico-légal qui lui est associé ne pourrait pas être un frein à celle-ci. Les trois acteurs de l'encadrement sont : l'étudiant, la sage-femme et l'institut de formation. Leurs rôles ont été clairement définis par l'ANFICsf dans une charte créée en 2016 pour essayer de poser des critères d'efficience et permettre ainsi un encadrement de qualité. L'encadrement fait partie intégrante des compétences de la sage-femme et cette compétence doit être travaillée dès la formation initiale.

Pour conclure, nous avons vu à travers la contextualisation de l'étude toute l'importance du stage dans la formation des étudiants sages-femmes et la nécessité d'être efficient lors de celui-ci afin de permettre un encadrement de qualité et permettre de former de bons professionnels. Mais, nous pouvons à présent nous demander : comment tendre vers cela ?

Cadre conceptuel

L'encadrement des étudiants sages-femmes est complexe. En effet, l'encadrement met en œuvre des notions, des mécanismes, des conditions, des méthodes et des outils indispensables à connaître afin de permettre la formation de futurs professionnels à la fois justes, compétents et autonomes. Il existe de multiples théories de l'apprentissage. C'est celle du socio-constructivisme qui est la plus appropriée à la pédagogie appliquée pendant les études de sages-femmes. En effet, dans cette théorie, l'étudiant est au centre du dispositif d'enseignement et est actif dans sa formation et comme l'a dit Kant « *Ce que l'on apprend le plus solidement et ce que l'on retient le mieux, c'est ce que l'on apprend en quelque sorte par soi-même* » (31). Elle favorise le processus de construction de la connaissance par une mise en activité de l'apprenant (ce qui convient parfaitement à une formation où théorie et pratique s'entrecroisent). Dans cette théorie, le but est de proposer des possibles, en discutant et échangeant avec l'étudiant. Le professionnel

[...] gère un processus [...], fonction pour laquelle il faut établir des relations, évaluer les besoins, faire en sorte que les étudiants s'investissent dans l'organisation, rapprocher les étudiants et les ressources d'apprentissage et encourager l'esprit d'initiative. (Knowles) (32).

Il est un facilitateur et médiateur entre les compétences à acquérir et l'étudiant. Il s'interroge sur sa propre position, accepte les remises en cause, reconnaît quand il ne sait pas, ou de manière insuffisante et accepte d'apprendre des étudiants. Mais, quels sont donc les outils pédagogiques à sa disposition ?

II. Les outils de la pédagogie dans l'acquisition de compétences lors de la supervision clinique

Avant de voir les différents outils pédagogiques existants à la disposition des sages-femmes, il nous faut tout d'abord aborder les concepts de *compétences et de supervision* afin de comprendre au mieux sur quoi ces outils se basent pour aider à l'apprentissage clinique.

2.1. La notion de compétence

2.1.1. Définitions

Aujourd'hui, il n'existe pas de consensus sur la définition de « compétence » : elle est toujours en constante évolution et dépend de la situation face à laquelle le professionnel va se retrouver (Le Boterf, 1994) (33) :

- Soit la situation correspond à quelque chose de **répétitif, routinier**, comme l'exécution d'une consigne ou d'un acte simple : la compétence se définit alors plus en termes de *savoir-faire*.
- Soit la situation correspond à quelque chose de plus **complexe**, avec l'intervention d'aléas, d'innovation, de nécessité de prise d'initiatives, etc. : la compétence se définit alors plutôt en termes de *savoir-agir et réagir*.

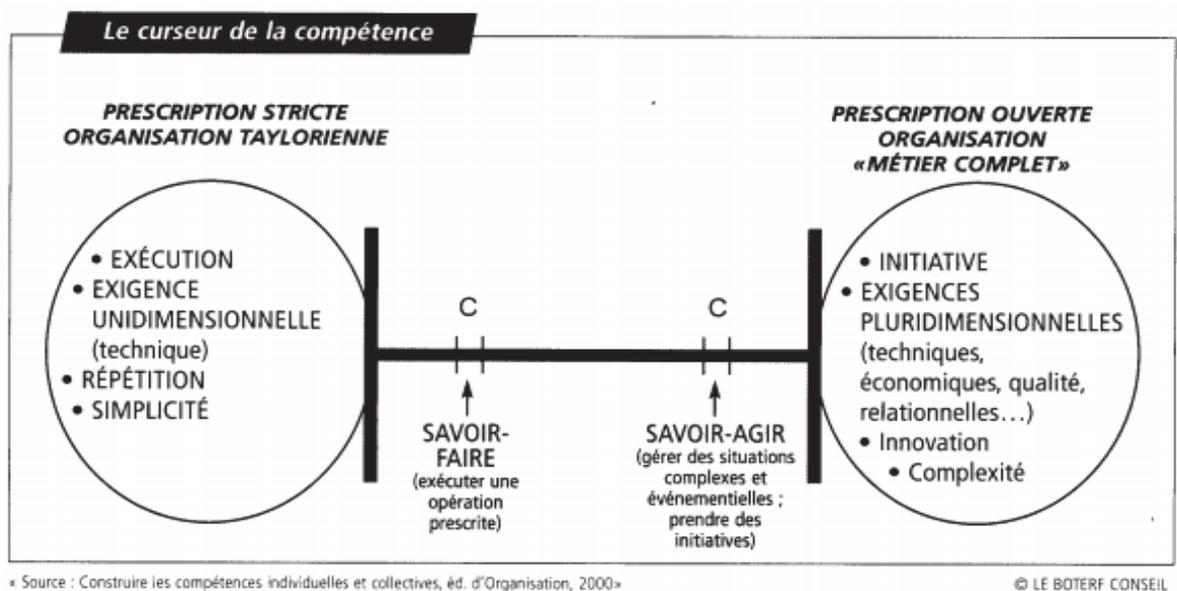


Figure 2 : *Le curseur de la compétence* (33)

Pour avoir une définition globale de la compétence, il faut donc chercher chez plusieurs auteurs :

- Pour Meirieu en 1989, c'est « *la capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiée avec un programme de traitement déterminé* » (34).
- Pour Le Boterf en 1994, « *la compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ces ressources. La compétence est de l'ordre du savoir-mobiliser* » (35)

- Pour Perrenoud en 1999,

Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes. Elle permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées » (36).

- Pour Tardif en 2006 : « *une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (37)*».

Même s'il est difficile d'aboutir à une définition unique de la compétence, on voit à travers ces différentes définitions certains points qui se recoupent :

- La compétence a pour base la *mobilisation, l'intégration, la mise en réseau d'une diversité de ressources*. Elles sont soit internes et propres à l'individu (ses connaissances, capacités, habiletés), soit externes et mobilisables dans l'environnement de l'individu (autres personnes, documents, outils informatiques, etc.)
- La compétence est utilisée dans des *situations données et a un but unique* : celui d'agir. Cette action n'est pas la simple reproduction de mécanismes mais demande que l'individu s'adapte aux différentes situations rencontrées.
- La compétence est un *processus continu et dynamique* avec des interactions constantes entre les différents savoirs.

Dans cette optique de la compétence, le centrage des processus d'apprentissage sur l'étudiant plutôt que sur le contenu d'enseignement semble alors légitime.

A la notion de compétence se rajoute celle de transfert. Comme le dit Tardif, *Un apprentissage n'est libérateur que dans la mesure où ses acquis sont transférables et d'autre part, s'il s'impose comme une exigence pédagogique, pour ouvrir de nouvelles perspectives d'apprentissage : une connaissance n'est véritablement appropriée que quand elle est devenue elle-même un outil pour en acquérir un autre (38).*

Le contexte permet de construire une ou des représentations (acquisition de la compétence dans la situation donnée X) et de les formaliser pour les utiliser dans une nouvelle tâche (capacité à utiliser la compétence acquise dans la situation X dans une situation Y) : c'est ce que Tardif appelle le **transfert**.

Il faut distinguer le fait d'avoir des compétences et être compétent. Selon le *Référentiel Métier et Compétences* des sages-femmes (18):

- **Être compétent** : C'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une *pratique professionnelle* pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de *ressources*.
- **Avoir des compétences** : c'est avoir des *ressources* (les savoir-faire techniques, relationnels, de coopération avec les professionnels de santé, gestes opératoires, méthodes de raisonnement clinique, etc.) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais *non suffisante* pour être reconnu comme compétent.

Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent. Par exemple, on peut savoir quels sont les éléments à rechercher lors de l'examen du col utérin, mais ne pas réussir à rechercher les différents critères le moment voulu.

2.1.2. La dynamique de la compétence

Pour agir avec compétence, il est intéressant de se demander comment se construit une compétence. Connaître son processus de construction, c'est se donner toutes les cartes en main pour optimiser sa réalisation et éviter au maximum les obstacles. On a vu plus haut qu'une compétence n'est pas une accumulation de savoirs, savoir-faire et savoir-être les uns sur les autres, contrairement à ce qui a été longtemps pensé. Un professionnel doit sélectionner les éléments qui lui semblent pertinents dans un répertoire de ressources mais aussi les organiser : on parle de **système**, ce qui signifie qu'il existe une dynamique d'interaction entre tous les éléments : tout est lié !

Pour Le Boterf (33) l'individu le fait au travers d'une *démarche réflexive* qui sera enclenchée par l'action. C'est toujours un contexte ou une action qui est à la base de l'utilisation d'une compétence.

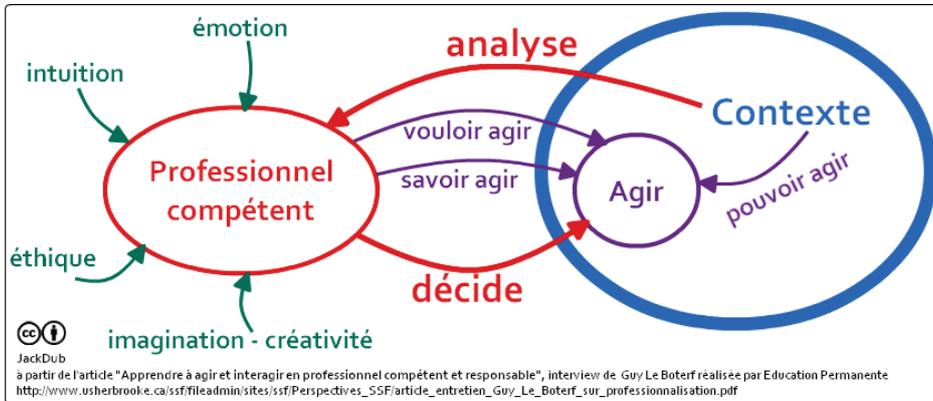


Figure 3 : La place du contexte dans la démarche réflexive

Les compétences acquises se modifieront en fonction des situations rencontrées et seront retraitées et modifiées après avoir agi : elles suivent l'évolution de l'apprenant. La compétence est indissociable de sa mise en œuvre et son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne, elle se « raffine » avec la pratique.

2.1.3. La démarche réflexive dans l'acquisition des compétences

Rui, maître de conférences en sociologie, définit la réflexivité comme « *le mécanisme par lequel le sujet se prend pour objet d'analyse et de connaissance* » (39). Pour cela, l'individu fait appel à des savoirs de diverses origines (sociale, médicale, psychologie, etc.). La démarche réflexive « [...] *postule implicitement que l'action fait l'objet d'une représentation. L'acteur est supposé savoir ce qu'il fait, il peut donc s'interroger sur les mobiles, les modalités et les effets de ses actions. [...]* » (40). C'est donc se rendre compte de sa manière de réfléchir, de penser, d'agir, etc. Selon Perrenoud, la démarche réflexive renvoie à deux processus mentaux pour le praticien :

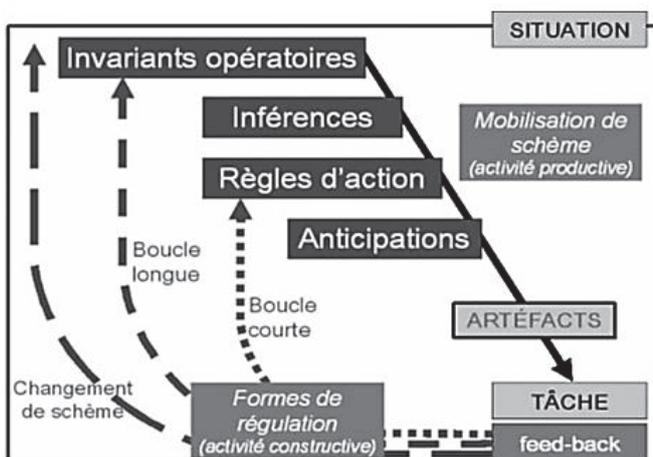
- **La réflexion dans l'action** : elle amorce la réflexion *sur* l'action. On se demande ce qui va se passer, ce qu'on peut faire, ce qu'il faut faire en se demandant qu'elle est la stratégie la plus adaptée. On s'interroge sur les précautions à prendre, les risques encourus, etc. Le praticien met de côté à ce moment-là les questions impossibles à traiter sur le vif, mais sur lesquelles il reviendra une fois l'action terminée.

- La réflexion sur l'action : elle permet d'anticiper les actions futures. Le praticien prend sa propre action comme objet de réflexion. Il se demande ce qu'il aurait pu faire d'autre ou mieux, en la comparant à un modèle prescriptif comme un protocole par exemple. Il essaye de l'analyser, de l'expliquer, de la critiquer. Chaque situation est unique, mais souvent elle appartient à une famille d'actions, provoquées par des situations semblables. Il essaye de comprendre, intégrer et apprendre de ce qui s'est passé. Ainsi, la prochaine fois qu'il rencontrera une situation ressemblant à ce qu'il a pu vivre, il règlera les aspects les plus simples de la situation sans trop d'efforts car il les aura intégrés, ce qui lui permettra de garder de l'énergie mentale pour faire face aux éléments plus complexes et aux imprévus (41).

Une certaine « routine » existe dans notre pratique professionnelle. Les situations et les tâches varient peu. Les actions et opérations singulières sont donc des variations d'une trame assez stable. C'est ce que Piaget appelle la structure d'action ou **schème d'action**.

Les actions, en effet, ne se succèdent pas au hasard, mais se répètent et s'appliquent de façon semblable aux situations comparables. Plus précisément, elles se reproduisent telles quelles si, aux mêmes intérêts, correspondent des situations analogues, mais se différencient ou se combinent de façon nouvelle si les besoins ou les situations changent. Nous appellerons schèmes d'actions ce qui, dans une action, est ainsi transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action (42)

Le schème d'une action n'est ni perceptible (on perçoit une action particulière mais non pas son schème) ni directement introspectible et l'on ne prend conscience de ses implications qu'en répétant l'action et en comparant ses résultats successifs (43).



La mobilisation d'un schème d'action est illustrée dans la figure ci-contre.

Figure 4 : La démarche réflexive dans l'acquisition d'une compétence

Selon Vergnaud, il existe deux classes de situations en pratique (44). D'une part, les situations pour lesquelles **l'individu dispose** dans son répertoire des compétences nécessaires au traitement immédiat de la situation. D'autre part, les situations pour lesquelles **l'individu ne dispose pas** de toutes les compétences nécessaires, ce qui lui demande un temps de réflexion et d'exploration, des hésitations, des essais et le conduit soit à la réussite soit à l'échec.

2.1.4. Evaluer les compétences

Il est primordial que l'étudiant sache clairement ce qu'on attend de lui à son niveau. Dans son livre de 2006, Tardif nous propose neuf principes qui devraient être à la base de l'évaluation des compétences (37) disponibles en annexe 4, dont fait partie le raisonnement clinique. Mais comment aider à l'acquisition de cette compétence ?

2.2. Raisonnement clinique : le lien entre théorie et pratique

Dans l'exercice de la sage-femme, mais plus généralement dans les métiers de la santé, l'acquisition d'un raisonnement clinique efficace est essentiel. C'est un « *processus cognitif ou métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guide l'exercice de la profession* »(45). Piaget définit la cognition comme le « *processus développemental qui permet de passer de la pensée concrète, soit la compréhension des concepts et des idées, à la pensée formelle, c'est-à-dire l'habileté de raisonner hypothétiquement, logiquement, de façon systématique* ». L'apprentissage du raisonnement clinique a pour objectif d'amener l'étudiant à penser comme un clinicien expérimenté. Il existe donc plusieurs niveaux de raisonnement clinique (45) :

- Le raisonnement clinique du *novice*
- Le raisonnement clinique du *clinicien expérimenté*
- Le raisonnement clinique du *clinicien expert*

Une durée de trois ans est nécessaire pour passer de novice à clinicien expérimenté, et il faut dix ans pour atteindre le niveau d'expert. Le novice applique les principes appris à l'école, tandis que le clinicien expérimenté est capable de modifier ces principes pour les adapter aux situations spécifiques.

Le processus de raisonnement clinique est composé du processus déductif et du processus inductif. Les novices sont plus sur un mode **déductif** (ils suivent les arbres décisionnels), alors que les cliniciens experts sont plus sur un mode **inductif** (reconnaissance de schèmes de présentation clinique chez le patient) (45). L'acquisition des compétences dont fait partie le raisonnement clinique est d'autant plus difficile pour les étudiants sages-femmes qu'elle a lieu dans le contexte particulier de l'encadrement. Mais quel est-il et comment fonctionne-t-il ?

2.3. Supervision, encadrement, tutorat, mentorat

2.3.1. Définitions

❖ Supervision et encadrement

On confond bien souvent les termes de supervision et d'encadrement, mais cela s'explique par le fait que ce sont deux notions très proches qui abordent toutes deux les thèmes de la formation et de la direction.

Le mot « **supervision** » est issu du latin. Il se découpe en *super-* qui signifie *au-dessus, du-dessus, par-dessus, d'en haut* et de *videre* qui signifie *voir, mais aussi constater, être témoin, voir avec l'esprit*. *Super-* fait penser que superviser quelqu'un implique une relation de supériorité, de contrôle, alors qu'on devrait plutôt l'imaginer comme « [...] *la personne qui supervise, regardant par-dessus l'épaule de la personne supervisée et guidant ainsi son travail* » (46). Le fait du manque de définition claire et précise entretient d'ailleurs ce mythe. Ryan en 1998 nous dit que « *c'est peut-être même intrinsèque à la nature de la supervision clinique que de ne pas avoir une unique définition ou théorie* »(47). Paunonen en 1991 a réalisé une revue de la littérature des différentes définitions de la supervision clinique et les a classées en trois catégories : celles centrées sur **les objectifs** de la supervision, celles centrées sur les **processus** mis en jeu et celles centrées sur la **personne supervisée**(47).

Dans le cadre de ce travail de recherche, plusieurs définitions des trois catégories ont donc été réunies afin de mettre en exergue les différents aspects de la supervision.

Pour Loganbill cité dans Driscoll en 2010, c'est une « *relation interpersonnelle soutenue, dans laquelle une personne est désignée **pour faciliter le développement des compétences cliniques** d'une autre personne* » (48).

Pour Jones en 2006, il s'agit :

[...] *d'un processus de soutien professionnel et d'apprentissage offert par un **clinicien d'expérience**, lequel permet au stagiaire de développer les connaissances et compétences cliniques de sa profession, en plus **d'apprendre à assumer les responsabilités professionnelles** inhérentes à sa pratique (48).*

Pour Driscoll en 2007, c'est un « *processus **formel et confidentiel** qui permet aux stagiaires de **discuter** de leurs expériences cliniques ou de leur pratique professionnelle avec un superviseur **d'expérience qui a été formé** pour guider l'apprentissage du stagiaire en milieu clinique.* » (48).

Selon les archives du DISCAS, bureau privé de consultation pédagogique québécois (49), la supervision est :

*L'ensemble des opérations critiques (observation, analyse, jugement, intervention) par lesquelles une personne en **situation de responsabilité** vise à améliorer la qualité de l'acte professionnel des personnes dont elle est responsable, de façon à assurer la **plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques**.*

En France, l'ANFICsf a décidé de différencier deux types de supervision (50) :

- La **supervision clinique** utilise l'observation et la réflexivité pour offrir à l'étudiant une guidance et une aide régulière (au jour le jour permettant de fournir une garantie sur des standards de pratique).
- La **supervision pédagogique** est moins régulière, elle s'attache à fournir à l'étudiant des conditions pour un environnement éducatif approprié, pour lui permettre d'acquérir des compétences spécifiques. Elle devient stratégique si elle assure de créer des conditions d'apprentissage optimales pour faire atteindre des objectifs définis. Les deux ont comme but similaire de faciliter le développement professionnel.

Une bonne supervision allie supervision clinique et pédagogique. Dans tous les cas, elle doit toujours avoir comme objectif premier la qualité des soins, l'adaptation aux objectifs de l'étudiant encadré, mais surtout la sécurité du patient et de l'étudiant. Williams illustre cela en 1997 en disant que,

Les étudiants sont moins bien disposés à acquérir de nouvelles compétences dans des environnements où ils ont peur d'être exposés à un risque - le principal élément pour juger du niveau de détresse psychologique de l'étudiant réside dans la confiance qu'ils vont réussir à réunir pour accomplir la tâche que l'on attend d'eux. (51).

Il faut faire preuve de bienveillance, ce qui est d'ailleurs souligné dans la Charte d'engagement créée par l'ANFICsf : « *Au cours des stages, les pratiques de supervision envers l'étudiant [...] respectent un code de bienveillance et cherchent à projeter l'étudiant dans une position d'apprentissage, conformément aux valeurs professionnelles* »(27).

Pour l'**encadrement**, deux définitions ont été choisies. En 1993, Legendre dans son *Dictionnaire actuel de l'éducation* (52) nous définit l'encadrement comme « *une intervention auprès d'une ou d'un élève visant son développement personnel et social et en l'invitant à assumer les responsabilités relatives à sa propre formation* ». Le verbe « inviter » suggère que la personne exerçant la fonction d'encadrement encourage, guide, surveille l'étudiant. Boutin et Camaraine dans leur ouvrage de 2001 (53) définissent l'encadrement dans le contexte des stages en cours de formation comme un « *processus par lequel une personne, mandatée et, le plus souvent possible formée à cette fin, accompagne, soutient et dirige, au besoin, une autre personne en voie de formation et d'apprentissage d'un métier ou d'une profession.* » Pour eux, l'encadrement est une méthode de supervision et a un sens moins large que la supervision : la supervision regroupe plusieurs tâches et le superviseur participe à l'encadrement de son supervisé. Pour guider l'étudiant, Boutin, Camaraine et Legendre se rejoignent sur l'existence de différents types d'encadrement et de degrés de directivité possibles (52, 53) :

- **Directif** : Le contrôle et l'initiative appartiennent à l'encadrant. L'étudiant n'a que très peu d'autonomie.
- **Non-directif** : Les besoins de l'étudiant sont au centre de ce type d'encadrement et demande un contrôle minimal mais suffisant de la part de l'encadrant.
- **Intermédiaire** : C'est un équilibre entre les types directifs et non directifs. Le niveau de directivité n'est ni trop souple ni trop directif, incitant l'étudiant à prendre des décisions.

Les différents types d'encadrement sont dépendants de l'encadrant, de la perception qu'il a de son rôle, de la situation, de l'étudiant, etc.

Quatre moments clés de l'encadrement ont été identifiés (53) :

1. **La préparation** qui permet de prévoir l'arrivée de l'étudiant pour lui permettre d'être le plus rapidement intégré et à l'aise sur son lieu de stage
2. **L'accueil** qui sert à introduire l'étudiant à l'environnement (équipe, matériel, etc) et aux attentes de l'encadrant
3. **L'encadrement** qui comporte des activités permettant à l'encadrant de soutenir l'étudiant dans son apprentissage
4. **L'évaluation** qui marque la fin de la phase d'encadrement et permet l'appréciation des compétences professionnelles de l'étudiant.

Dans la littérature, on retrouve souvent associé aux notions de supervision et d'encadrement, celles de tutorat et de mentoring. Mais que représentent-elles ?

❖ Tutorat et mentoring

Là encore, les deux notions se confondent. La confusion est liée au fait que ce sont différentes formules d'encadrement et qu'elles se mettent en application pratiquement de la même façon.

Le **tuteur** est défini par le Dictionnaire des concepts clés de la pédagogie (54) comme un « *salarié de l'entreprise qui a pour fonction de faire acquérir (à l'apprenant) les savoirs professionnels convenus, selon une progression déterminée [...]* » et « *[...] la référence (de l'apprenant) dans l'entreprise.* ». Le **tutorat**, par le biais de tuteurs, a pour objectif « *l'acquisition de compétences à partir de situations issues du milieu du travail* » par des apprenants (ex : les ESF) (55). Les compétences sont visibles et évaluables à travers un référentiel de certification (ex : référentiel métier et compétences des sages-femmes). La durée du tutorat est déterminée dans un contrat (ex : convention de stage). La Haute Autorité de Santé (HAS) en mai 2014 a réalisé une fiche méthode intitulée « *Encadrement de stage : la maîtrise de stage, le tutorat* » dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). A l'intérieur, la HAS nous définit la mission des tuteurs qui est

[...] d'une part, d'accueillir l'étudiant et l'intégrer sur son lieu d'exercice et, d'autre part d'assurer sa formation dans son cadre d'exercice. Le tuteur est l'interlocuteur privilégié du stagiaire et son référent professionnel. [...] Tout encadrement ne valide pas

systématiquement le DPC pour les tuteurs [...] qui doivent [...] répondre à certaines exigences pour obtenir ce statut et sa démarche doit comporter des activités explicites d'acquisition/ de renforcement des connaissances/compétences et d'analyse des pratiques [...]. Le stage implique en effet pour le [...] tuteur des interactions avec le stagiaire : réflexion, questionnement, recherche de ressources, échanges de savoirs, élaboration de solutions, supervision directe et indirecte des mises en situation et transmissions, supervision des travaux d'écriture clinique. (56) »

Le **mentor** est défini par Baugh et Scandura en 1999 comme :

[...] un individu plus expérimenté qui a réussi à l'intérieur d'une organisation, et qui procure un soutien, relatif au déroulement de carrière, à un individu moins expérimenté. Les protégés sont généralement au début de leur carrière et les mentors avancés dans leur carrière (57).

Les objectifs sont multiples allant du partage des connaissances, au soutien et aux conseils. Le mentor partage ses propres expériences, aide à décoder les situations, faire des choix et réguler les émotions (58). Le **mentorat** permet de développer les compétences à partir des savoirs et savoir-faire de chacun par le biais d'un enrichissement mutuel. Contrairement au tutorat, le mentorat n'a pas de but déterminé dès le début mais recherche d'abord *le mieux-être* des individus.

Pour conclure sur toutes ces notions, elles se recoupent sur de nombreux points et il est possible de les permuter sans réellement changer le sens des phrases. Dans le cadre de ce travail, nous utiliserons de manière indifférente les termes de supervision et d'encadrement, en fonction de l'auteur d'origine.

2.3.2. Le processus de supervision

Selon Fortin, cité par Boutet et Rousseau, une personne qui supervise un stage doit satisfaire à quatre conditions (59):

- **Bien connaître la profession** : Essentiel, puisqu'elle va guider l'étudiant dans des gestes professionnels. Elle doit donc en connaître complètement la nature et les exigences. Elle corrige les erreurs s'il y en a et reconnaît les bonnes performances lorsque les objectifs sont atteints.

- **Bien connaître le programme de formation** : Pour pouvoir donner à l'étudiant des responsabilités adaptées à son niveau, le superviseur doit apprécier les compétences déjà acquises par l'étudiant. Pour cela, la sage-femme peut s'appuyer sur le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (18). Le superviseur doit pouvoir faire référence à des notions théoriques précises pour permettre une meilleure réflexion des étudiants, qui se rendent compte sur le terrain, de ce qui fonctionne, ne fonctionne pas et adaptent leurs outils à la pratique.
- **Maîtriser les processus d'apprentissage** : L'étudiant peut rencontrer des difficultés à accomplir certains gestes professionnels. Le superviseur doit démontrer de la compréhension pour ne pas dévaloriser ou culpabiliser l'étudiant puis essayer de résoudre avec lui les problèmes rencontrés.
- **Maîtriser les phénomènes relationnels** : Le superviseur doit gérer le contenu émotif des étudiants (en prenant en compte son histoire, sa personnalité, etc.) et les accompagner au mieux dans le développement d'une bonne confiance en soi qui est indispensable à un bon apprentissage.

Souvent, les deux premières compétences sont assez bien maîtrisées par les superviseurs et ce sont les deux dernières qui posent problème. Le besoin en formation est donc plus important en ce qui concerne les phénomènes relationnels que la tâche d'enseignement à proprement parler (59). De plus, la pédagogie demandée de la part des encadrants est particulière puisqu'elle touche au domaine de la pédagogie clinique. Mais quelles sont donc les spécificités de cette pédagogie ? Et à quel point l'encadrant peut-il influencer l'étudiant, futur professionnel ?

2.4. Les spécificités de la pédagogie clinique et le modèle de rôle

Dans leur article de 2005 (60), Chamberland et Hivon nous explicitent les compétences cliniques et le modèle de rôle en formation clinique. Pour eux, l'enseignement clinique réalisé dans le cadre des stages *est informel, implicite et aléatoire*. En effet, les compétences et savoir-faire complexes que sont la communication, l'éthique ou le professionnalisme par exemple, restent en général tacites, peu explicités et donc difficilement accessibles aux étudiants.

« Certains prétendent que l'enseignement clinique, puisqu'il est très intriqué à la pratique clinique, se fait spontanément et avec un minimum de préparation » (60). Or, l'enseignement de la pratique clinique demande un double raisonnement de l'encadrant clinicien, à la fois clinique et pédagogique. Simultanément, il forme l'étudiant et prend en charge les patients, ce qui peut créer des difficultés s'il ne possède pas les outils nécessaires à cet exercice (60).

2.4.1. Les compétences cliniques

L'enseignant clinicien doit avant tout avoir des compétences cliniques solides. En effet, puisqu'il enseigne des compétences, il doit lui-même les maîtriser, c'est-à-dire avoir développé et intégré toutes les connaissances relatives à celles-ci et les appliquer correctement dans sa pratique quotidienne. Le contexte de formation oblige le clinicien à faire preuve de **métacognition** (61) qui est la « *connaissance personnelle d'un individu sur ses capacités et ses fonctionnements cognitifs* » (Larousse) (62). Il doit prendre conscience de ses connaissances et de ses actions, être capable de les expliciter, les articuler, les critiquer et comprendre son propre raisonnement interne et sa manière de penser. Il doit réfléchir les situations, afin d'être en mesure de rendre visible et accessible à l'étudiant le résultat de sa démarche de résolution de problèmes, son processus et l'articulation des savoirs sous-jacents. Ce n'est pas toujours facile, puisque le clinicien le fait habituellement sans avoir à y penser. L'étudiant utilise le même processus pour expliquer son choix ou son hypothèse. Cette gymnastique lui permet d'apprendre à comprendre ses propres fonctionnements, construire ses compétences et y accéder plus facilement quand il en aura besoin, car il sait qu'il les possède.

2.4.2. Les compétences pédagogiques

La compétence clinique ne suffit pas à enseigner de manière efficace une compétence. Aujourd'hui, un clinicien doit avoir des connaissances relatives à son domaine d'exercice mais aussi des connaissances dans les domaines relatifs à l'éducation (les principes d'enseignement, d'apprentissage, les caractéristiques des apprenants, les scénarios d'enseignement etc.). Les scénarios d'enseignement informent sur la manière d'enseigner de façon ciblée et efficace des connaissances spécifiques pour un niveau donné d'apprenants (63).

2.4.3. Le contexte de l'enseignement clinique

L'enseignement clinique se différencie des autres enseignements par plusieurs points (63) :

- Ceux qui forment les futurs praticiens ont une **responsabilité particulière** (car ils doivent former des praticiens compétents).
- Les cliniciens font preuve d'un **double raisonnement** : clinique et pédagogique. La dualité entre activité de soins et d'enseignement est d'ailleurs souvent perçue comme conflictuelle par les cliniciens.
- Le contenu est **multidimensionnel** (éthique, social, personnel, etc)
- Les étudiants sont de **niveaux hétérogènes** (expérience et parcours, etc). Les encadrants doivent donc s'adapter aux différences par la mise en place de multiples méthodes pédagogiques(64).
- Les encadrants s'adaptent aux **conditions d'exercice** en perpétuel mouvement. Le contexte d'enseignement de la pratique médicale est réel et ils n'ont qu'un contrôle relatif sur certains éléments déterminants pour l'apprentissage (activité, variété des problèmes présentés, temps, etc).

2.4.4. Les conditions de l'apprentissage : Motivation, confiance et réciprocité

Pour être efficace, une relation pédagogique ne se construit pas dans la contrainte, mais avec **réciprocité** : chacun reconnaît l'autre pour ce qu'il est, avec ses qualités et ses défauts, ses richesses et ses insuffisances. La **confiance en soi** (et en ses propres capacités) et en l'autre est indispensable pour libérer les différents processus cognitifs pour l'apprentissage. Enfin, la **motivation** est un moteur puissant de l'apprentissage. Carré nous définit ainsi les quatre leviers de la motivation à se former (ou à former)(65) :

- L'importance des motifs d'engagement (le projet)
- Le sentiment d'efficacité personnelle (la confiance) à apprendre et à exercer les compétences visées
- Le sentiment d'autodétermination (le choix)
- La motivation intrinsèque (le plaisir).

Les compétences ne s'apprennent pas ou mal dans un climat d'insécurité. Il peut nuire aux apprentissages ultérieurs en impactant l'individu directement. Face à une situation identique, l'individu peut replonger dans les situations pédagogiques traumatisantes qu'il a pu vivre, lui faisant perdre de son efficacité, d'où l'importance d'un encadrement de qualité.

2.4.5. Le modèle de rôle

« Les enseignants cliniciens sont des exemples vivants de ce que veulent devenir les étudiants » Ramani, 2008 (27)

L'apprentissage est favorisé lorsque les étudiants peuvent échanger au sujet de leur compréhension et quand ils peuvent observer des modèles de rôle experts et s'inspirer de leurs actions et de leurs réflexions. De nombreux travaux montrent que les modèles de rôle influencent directement le choix de carrière de l'étudiant (66). Le modèle de rôle fonctionne de manière consciente ou inconsciente. Il peut influencer plusieurs étudiants à la fois, il n'y a pas de durée de contact minimal pour qu'il se crée et ne nécessite pas forcément une relation formelle. Pour définir le modèle de rôle, le Dictionnaire actuel de l'éducation (52) sépare modèle et rôle :

- Le modèle est défini comme *« l'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 : guide d'agir et de penser ».*
- Le rôle est *« la fonction assignée à quelqu'un, comportement qu'il est convenu de sa part ».*

Un bon modèle de rôle influence l'étudiant de manière significative et conforme aux compétences visées (67) (66). Pour cela, il fait preuve de différentes caractéristiques :

- **L'expertise clinique** qui est essentielle mais non suffisante : le modèle de rôle doit raisonner cliniquement et être capable d'expliquer sa prise de décision. Il a une communication efficace.
- **L'habileté de l'enseignement** : il faut une approche qui soit centrée sur l'étudiant. L'implication active de l'étudiant se fait de façon non menaçante et rassurante. La communication avec lui est efficace (feedback spécifique et en profondeur). Le bon modèle de rôle est capable d'aborder des sujets difficiles et porte une attention particulière à la relation professionnel-patient dans leur enseignement.

- **Les qualités personnelles** : les qualités retrouvées dans les « bons » modèles de rôle sont la compassion, l'intégrité, l'honnêteté, les habiletés interpersonnelles et le souci des autres, l'enthousiasme pour l'enseignement et le domaine médical, l'engagement vers l'excellence et le développement, et un sens de l'humour.

La conscientisation est le fait d'avoir conscience d'être un modèle de rôle et maximise son impact sur l'apprentissage. Les principales barrières à l'exercice optimal du modèle de rôle ont également été identifiées : l'impatience, la rigidité, le dogmatisme, l'introversion et la surcharge de travail. Il est important que les étudiants aient accès à plusieurs modèles de rôle afin de pouvoir développer leur propre personnalité. En effet, bien que ces derniers aient des savoirs normatifs communs, leurs savoirs pratiques varient selon les contextes et les différents modes d'exercice et on comprend encore assez mal les processus qui rentrent en jeu. Le modèle de rôle a donc ses limites, mais même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de recette miracle pour devenir un « bon » modèle de rôle, on pourrait envisager de jouer sur les deux points que sont la conscientisation et les habiletés des enseignants par le biais de formations, pour améliorer l'encadrement. La figure ci-dessous résume les différentes modalités pédagogiques de l'enseignement clinique.

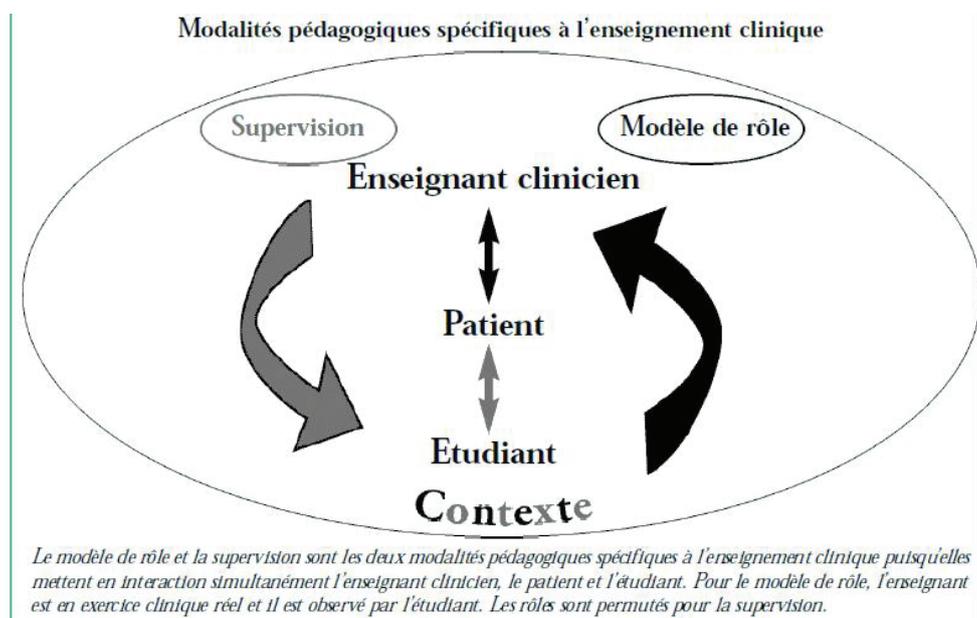


Figure 5 : Schéma récapitulatif des modalités pédagogiques spécifiques à l'enseignement clinique (68)

2.4.6. Quelques méthodes pédagogiques

Plusieurs méthodes pédagogiques sont utilisées dans le cadre des études de sages-femmes (69) (70).

L'apport didactique (méthode affirmative, expositive et directive) : Bien qu'on ait dit avant que le superviseur n'est pas le détenteur du savoir absolu, l'étudiant doit posséder tout de même un socle de connaissances théoriques. Dans ces méthodes, on questionne les étudiants pour les faire accéder au savoir (70).

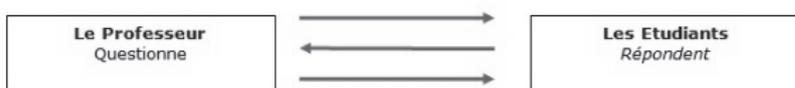


Figure 6 : L'apport didactique (69)

La méthode interrogative : Le superviseur questionne l'étudiant pour l'amener à réfléchir et à donner des réponses pertinentes. Le superviseur utilise la reformulation pour être sûr de la bonne compréhension mutuelle et pousser l'étudiant à aller au bout de ses idées. Elle est particulièrement utilisée dans les sciences de la santé.



Figure 7 : La méthode interrogative (69)

La méthode démonstrative : Les étudiants apprennent par la pratique. Le superviseur « montre » une première fois le geste, qu'il décompose en étapes en insistant sur les points clés. Puis il « fait faire » à l'étudiant ce qu'il lui a montré. Le superviseur débrieife sur l'action en corrigeant les incompréhensions ou les maladresses de l'étudiant.

Attention, il faut limiter au maximum les démarches démonstratives où l'étudiant apprend par simple imitation, les démarches expositives où la transmission de l'information ne se fait que dans un sens, ou les démarches normatives qui empêchent l'autonomisation de l'étudiant. En effet, si elles n'interviennent pas de manière ponctuelle, le travail cognitif de l'étudiant indispensable à l'apprentissage, n'est pas mis en jeu. Malgré cela, cet apport reste intéressant car il permet un gain de connaissances, qui seront consolidées par la pratique ultérieure.

La méthode active ou interactive : Ce sont les plus pertinentes et les mieux acceptées. Cette méthode est particulièrement utilisée par les sages-femmes de terrain. L'étudiant se retrouve confronté à une situation pour laquelle il va devoir raisonner. Il va jongler entre les connaissances déclaratives (savoirs théoriques) ou procédurales (savoir « comment faire ») pour trouver une solution. Tout support, toute situation peut devenir prétexte à l'acte d'apprendre.

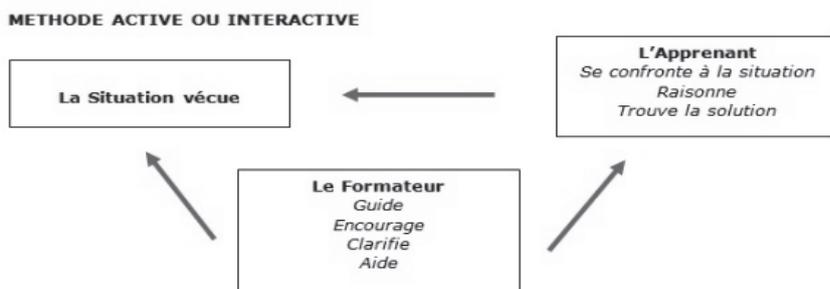


Figure 8 : La méthode active ou interactive (69)

Synthèse cadre conceptuel

Nous venons de souligner que la notion de compétence est complexe. Il en existe de multiples définitions. Elle est en constante évolution et dépend de la situation à laquelle le professionnel est confronté. De ces différentes définitions, il ressort que la compétence est un processus continu et dynamique qui se base sur la mobilisation, l'intégration, la mise en réseau d'une diversité de ressources et dont le but unique est d'agir en fonction de la situation donnée. La compétence, qui s'acquiert en plusieurs étapes, est dynamique : c'est une action qui engendre la mise en place de la compétence et elle se modifie avec la pratique tout au long de notre vie en fonction des situations rencontrées et des solutions trouvées, par le biais de la démarche réflexive de l'individu. De cela découle que l'étudiant soit au centre du processus de l'apprentissage (et non plus le contenu des apprentissages comme auparavant) car c'est lui qui va être le plus à même de transférer ses compétences. Cette démarche réflexive demande la mise en œuvre de deux processus mentaux de la part de l'individu : la réflexion SUR et DANS l'action. Elle permet in fine d'aboutir à la création de schèmes d'action. Les situations sont classées en deux types : celles pour lesquelles l'individu dispose des compétences nécessaires pour résoudre immédiatement la situation et celles pour lesquelles il ne les possède pas, et qui vont lui demander un temps de réflexion supplémentaire. La définition même de la compétence rend difficile son évaluation mais il est pourtant nécessaire que l'étudiant sache comment celle-ci va être évaluée afin de pouvoir au mieux s'y préparer.

Il existe différents niveaux de raisonnement clinique qui demandent en général un temps d'acquisition variable. Il est basé sur deux processus : celui de type inductif et celui de type déductif, qui seront utilisés plus ou moins en fonction du niveau de raisonnement acquis. Ce raisonnement clinique va être abordé au centre de formation et de manière plus concrète sur le lieu de stage de l'étudiant lors de sa supervision par les professionnels. Certaines conditions doivent être respectées pour un encadrement de qualité : bien connaître la profession et le programme de formation, maîtriser les processus d'apprentissage, les phénomènes relationnels (pour le professionnel) et la motivation, la confiance en soi et en l'autre et la réciprocité (pour les conditions de l'apprentissage). Ce système d'apprentissage est basé sur la théorie du socio-constructivisme qui est la plus adaptée aux études de sages-femmes. Le professionnel y a un rôle de médiateur et de facilitateur entre l'étudiant et les compétences à acquérir. Le contexte est particulier puisque la pédagogie clinique nécessite des compétences cliniques et pédagogiques de la part du professionnel, qui est doublement engagé entre l'étudiant et le patient. De plus, former les professionnels compétents de demain engendre une responsabilité particulière pour ceux qui les forment. Des difficultés peuvent donc apparaître. On se rend compte que le professionnel et la manière dont il va encadrer l'étudiant impacte de manière importante l'étudiant : le professionnel devient un modèle de rôle pour lui. Il est utopique de penser que toutes les sages-femmes pourront devenir d'excellents modèles de rôle puisque cela ne dépend pas seulement de la capacité clinique, mais aussi de l'habileté d'enseignement et des qualités personnelles (et donc de la motivation à l'encadrement) : il ne faut pas forcer et ce n'est pas quelque chose de facile. Mais cela nous donne des pistes de travail sur lesquelles faire des recherches afin de leur donner des outils et leur faciliter leur mission d'encadrement. Plusieurs méthodes pédagogiques existent déjà et sont à la disposition des sages-femmes (l'apport didactique, la méthode interrogative, la méthode active, etc.).

Mais qu'en est-il quand on confronte les différents concepts développés ci-dessus à la réalité du terrain ? ***Qu'en est-il de l'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs dans les Alpes-Maritimes ?*** C'est la question que nous nous sommes posés et à laquelle nous allons répondre au travers de notre étude réalisée auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes.

PARTIE 2 : ETUDE

Au fil de la partie théorique, nous avons pu nous rendre compte de l'importance de l'encadrement, mais aussi de sa complexité. Il est donc intéressant de voir sur le terrain **la manière dont les sages-femmes se positionnent face à l'encadrement**. Est-ce un plaisir, une contrainte ? Sont-elles conscientes de cette mission qu'est la leur ? Existe-t-il des facteurs influençant cet encadrement tels que l'âge, le lieu d'exercice ou la formation à l'encadrement des étudiants par exemple ? Sont-elles en difficulté face à cet encadrement ? Possèdent-elles des outils et sont-ils suffisants ? C'est à l'aide d'un questionnaire que nous essayerons de répondre à toutes ces questions. Le but de l'étude est de proposer in fine des axes d'amélioration et de faire des propositions en termes de formation.

I. Matériel et méthode

1.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de déterminer la position des sages-femmes face à l'encadrement et de faire l'état des lieux des outils pédagogiques à leur disposition, dans le but de proposer, si besoin, des axes d'amélioration pour l'encadrement des étudiants sages-femmes.

1.2. Description de l'étude

Du 14 octobre 2016 au 2 janvier 2017, nous avons réalisé une étude prospective descriptive et multicentrique non randomisée, par le biais d'un questionnaire en ligne, disponible en annexe 5.

1.3. Population de l'étude

1.3.1. Critères d'inclusion

Sont concernées par l'étude toutes les sages-femmes de grade 1, 2 ou coordinatrices en maïeutique des Alpes-Maritimes, quel que soit leur mode d'exercice (protection maternelle infantile, libéral, hospitalier, privé, public, etc.) et le type d'établissement (type 1, 2A, 2B, 3).

1.3.2. Critères de non inclusion

Sont exclues toutes les sages-femmes enseignantes des Alpes-Maritimes.

1.4. Outil de recueil des données : le questionnaire

Un questionnaire anonyme semi-quantitatif a été créé. Il a été testé sur quatre sages-femmes dont deux exerçant en libéral, deux en milieu hospitalier et une en PMI. Toutes répondaient aux critères de choix de la population cible mais n'exerçaient pas dans les Alpes-Maritimes. Le questionnaire se divise en trois parties : une première porte sur le profil des sages-femmes interrogées, une deuxième concerne l'encadrement des étudiants sages-femmes, et enfin une dernière partie fait le point sur les outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes pour l'encadrement. Le questionnaire présente des questions à réponses uniques, multiples, et des questions ouvertes. En fonction de leur profil, les sages-femmes ont été redirigées vers les questions qui les concernaient. Après acceptation de diffusion auprès du Conseil de l'Ordre des sages-femmes des Alpes-Maritimes, ce dernier l'a diffusé aux différentes sages-femmes concernées du département. Après le premier envoi du 14 octobre, le questionnaire a été envoyé à nouveau le 1^{er} novembre, le 29 novembre et le 18 décembre 2016 afin de relancer les sages-femmes et récupérer un maximum de résultats.

1.5. Traitement des données

Les réponses au questionnaire ont été reportées, de manière anonyme, dans un tableau Excel (via *Microsoft Office Excel 2013*©). Les données ont été analysées à l'aide de BiostaTGV©. Le test de χ^2 et le test exact de Fisher (lorsque les critères de validité du χ^2 n'étaient pas respectés) ont été utilisés pour le traitement des données qualitatives. Le test de Kruskal-Willis a quant à lui été utilisé lorsque la variable de réponse qualitative était ordinale. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative et une valeur de p comprise entre 0,05 et 0,1 a été considérée comme une tendance. Pour les questions ouvertes, les réponses qualitatives ont été analysées et regroupées par thème. Les réponses brutes ont été codées par mots-clés, qui ont ensuite été regroupés par sous-thèmes puis par thèmes. Pour ne pas surcharger le mémoire, seule une partie du recueil a été mise en annexe à titre d'exemple (annexe 6). Les résultats présentés dans ce travail sont donc issus de l'analyse des données.

Par souci de lisibilité, seuls les résultats significatifs seront présentés dans les données. Les tableaux ou les parties de tableaux non significatives sont consultables en annexe (de 6 à 15).

II. Résultats

2.1. Taux de participation

108 questionnaires ont été récoltés sur 343 diffusés. Le taux de participation est de **31,5%**. Le secteur public est le secteur d'activité ayant le plus répondu au questionnaire représentant **59,3%** de la population de notre étude (double activité confondue).

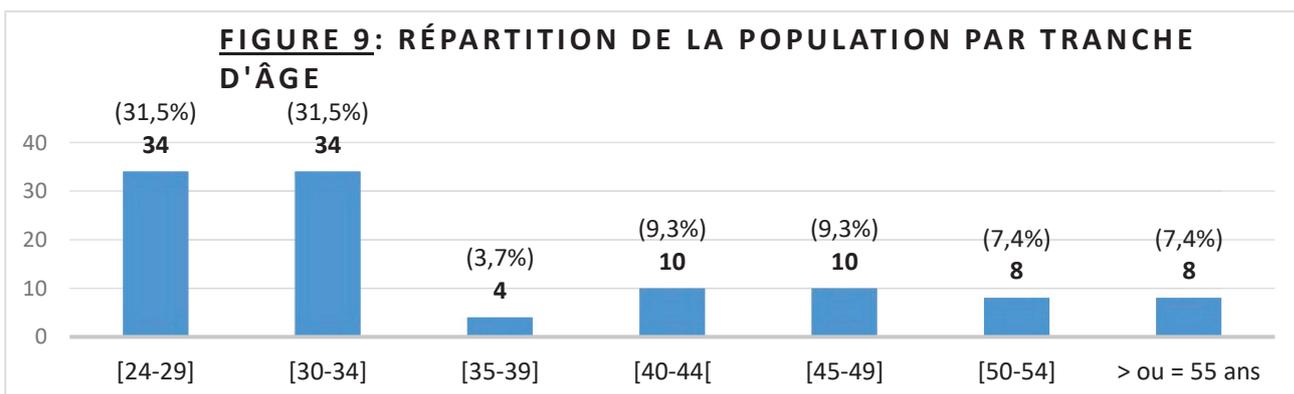
Secteur d'activité	CDOSF	Etude
	n (%)	n (%)
Secteur public	152 (41,6%)	67 (59,3%)
Libéral	101 (27,7%)	22 (19,5%)
Secteur privé	82 (22,5%)	18 (15,9%)
PMI	30 (8,2%)	6 (5,3%)
TOTAL	365 (100%)	113 (100%)

Tableau 3 : Nombre d'activités répertoriées dans l'étude et nombre d'activités répertoriées par le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes des Alpes-Maritimes (CDOSF).

2.2. Caractéristiques de la population étudiée

Toutes les caractéristiques de la population ont été regroupées dans le tableau disponible à l'annexe 7.

2.2.1. Âge et sexe (question 1 et 2)



Notre population est composée d'une très grande majorité de femmes avec **100** femmes pour **8** hommes, soit 92,6% de femmes et 7,4% d'hommes dont la moyenne d'âge est de **35,9 ans** (écart-type= 10,5 ans). La médiane se situe à 32,5 ans.

2.2.2. Ecole et année de diplôme (question 3 et 4)

Par ordre croissant, parmi les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire :

- **4** sages-femmes (3,7%) ont eu leur diplôme dans une école étrangère
- **38** sages-femmes (35,2%) ont eu leur diplôme dans une école française (en dehors de la région PACA)
- **66** sages-femmes (61,1%) ont eu leur diplôme dans une école de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA), c'est-à-dire à Marseille ou à Nice.

Les sages-femmes sont diplômées en moyenne depuis **12 ans** (écart-type = 11,8 ans). La médiane est de 8 ans. La répartition est la suivante :

- **Catégorie « jeune diplômé ou novice » de 0 à 3 ans de diplôme** : 32 sages-femmes soit 29,6% de notre population d'étude.
- **Catégorie « clinicien expérimenté » de 4 à 10 ans de diplôme** : 36 sages-femmes soit 33,3% de notre population d'étude.
- **Catégorie « clinicien expert » au-delà de 10 ans de diplôme** : 40 sages-femmes soit 37% de notre population d'étude.

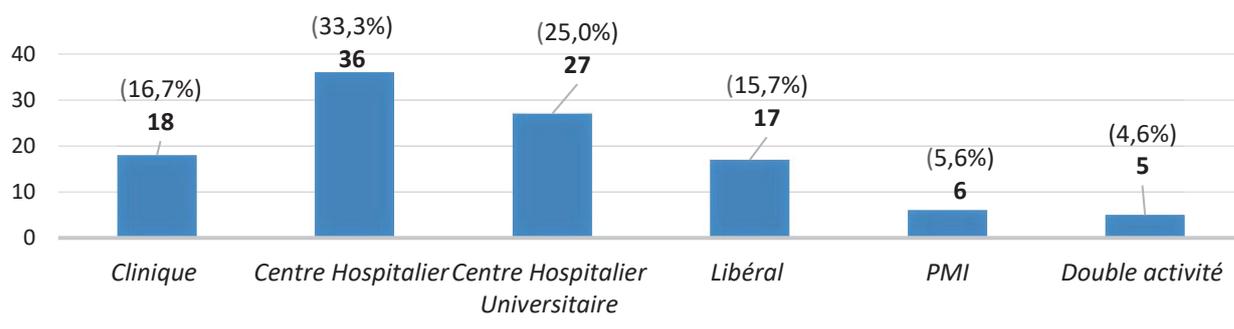
2.2.3. Fonction de sage-femme coordinatrice en maïeutique (question 5)

Sur notre population (n=108), seules **6** (5,6%) sages-femmes exercent des fonctions de « cadres ».

2.2.4. Type d'exercice actuel et année d'entrée dans l'établissement actuel (questions 6 à 8)

A la question 6 : « *Actuellement, vous travaillez dans un(e)...* », plusieurs réponses étaient possibles : CH (Centre Hospitalier), CHU (Centre Hospitalier Universitaire), PMI (Protection Maternelle Infantile), libéral et clinique. **5** (4,6%) sages-femmes déclarent avoir une double activité : libéral + CH (n=2), libéral + CHU (n=2) ou libéral + clinique (n=1). Sur la population totale de l'étude, **80** (74,1%) sages-femmes sont hospitalières, **23** (21,3%) non hospitalières et **5** (4,6%) les deux. Les sages-femmes hospitalières représentent donc la majorité des répondants. Le graphique page suivante répartit les sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice.

FIGURE 10: RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE



La question 7 était destinée uniquement aux sages-femmes hospitalières (public et privé) et les sages-femmes ayant une double activité en milieu hospitalier. Elles devaient préciser le niveau de l'établissement dans lequel elles exercent, ce qui nous donne la répartition suivante : **18** sages-femmes (16,7%) exercent en type 1, **9** sages-femmes (8,3%) exercent en type 2A, **29** sages-femmes (26,9%) exercent en type 2B et **29** sages-femmes (26,9%) exercent en type 3.

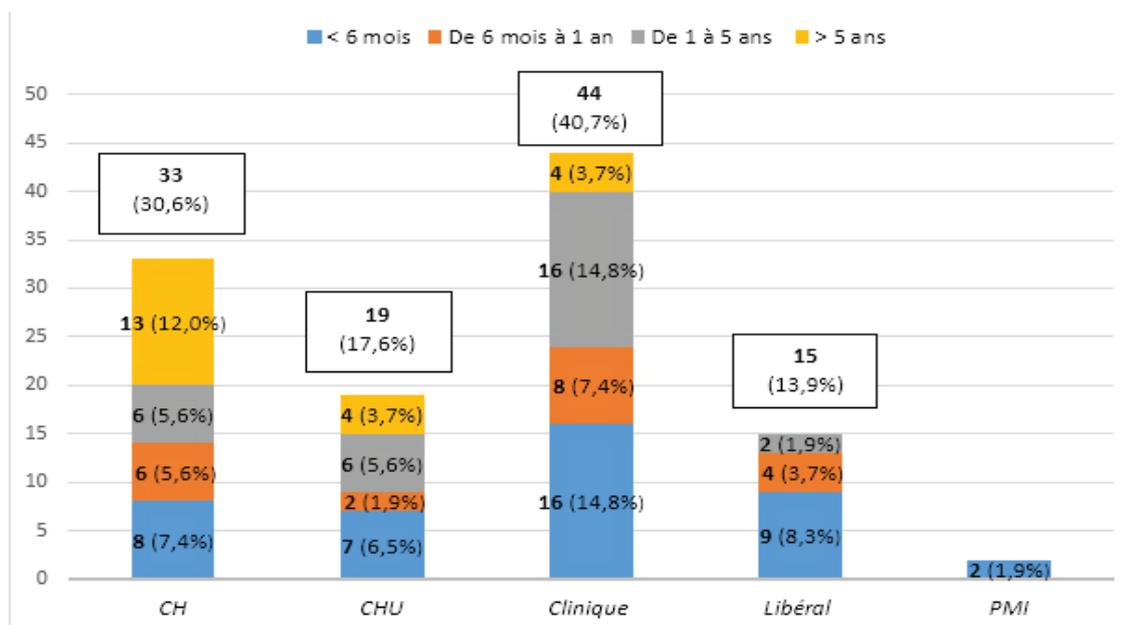
La question 8 « *Depuis quand exercez-vous dans votre structure actuelle ?* » montre que les sages-femmes sont en moyenne dans la même structure depuis **8,2 ans** (écart-type = 8 ans). Elles se répartissent ainsi :

- **Exercice dans l'établissement depuis 0 à 3 ans** : 42 sages-femmes soit 38,9% de notre population d'étude.
- **Exercice dans l'établissement depuis 4 à 10 ans** : 37 sages-femmes soit 34,3% de notre population d'étude.
- **Exercice dans l'établissement depuis plus de 10 ans** : 29 sages-femmes soit 26,9% de notre population d'étude.

2.2.5. Carrière (questions 9 et 10)

Les deux questions suivantes « *Au cours de votre carrière, vous avez exercé en...* » et « *Vous avez exercé dans le type de structure pendant.* » concernent la carrière des sages-femmes. Au cours de leur carrière (en ne tenant pas compte du poste dans lequel elles exercent aujourd'hui), une grande partie des sages-femmes a travaillé dans une clinique à but lucratif ou non lucratif (40,7%) ou dans un centre hospitalier (30,6%). La majorité de la population de l'étude a donc déjà exercé en milieu hospitalier au cours de sa carrière. Le détail est disponible dans le graphique ci-dessous.

FIGURE 11 : CARRIERE DES SAGES-FEMMES.



2.3. L'encadrement des étudiants sages-femmes (ESF)

Nous avons posé plusieurs questions aux sages-femmes à propos de l'encadrement des étudiants sages-femmes.

2.3.1. L'encadrement est un devoir de la sage-femme (question 11)

A l'affirmation : « *L'encadrement des ESF est un devoir, régi par des textes de loi* »,

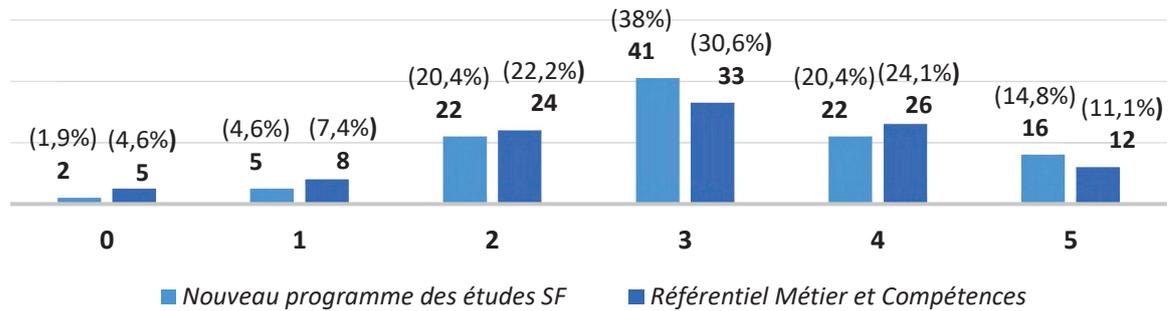
- **73** sages-femmes (67,6%) estiment que oui
- **30** sages-femmes (27,8%) avouent ne pas savoir
- **5** sages-femmes (4,6%) ne pensent pas que ce soit le cas.

Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 8, tableau 1.

2.3.2. Connaissance du nouveau programme des études et du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (questions 12 et 13)

Les sages-femmes devaient situer leur niveau de connaissance à propos du *nouveau programme d'étude* et à propos du *Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes* sur une échelle de **0 à 5**. Le 0 correspond à une méconnaissance totale et le 5 à une parfaite connaissance. Les résultats sont disponibles dans le graphique suivant.

FIGURE 12: NIVEAU DE CONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES À PROPOS DU:

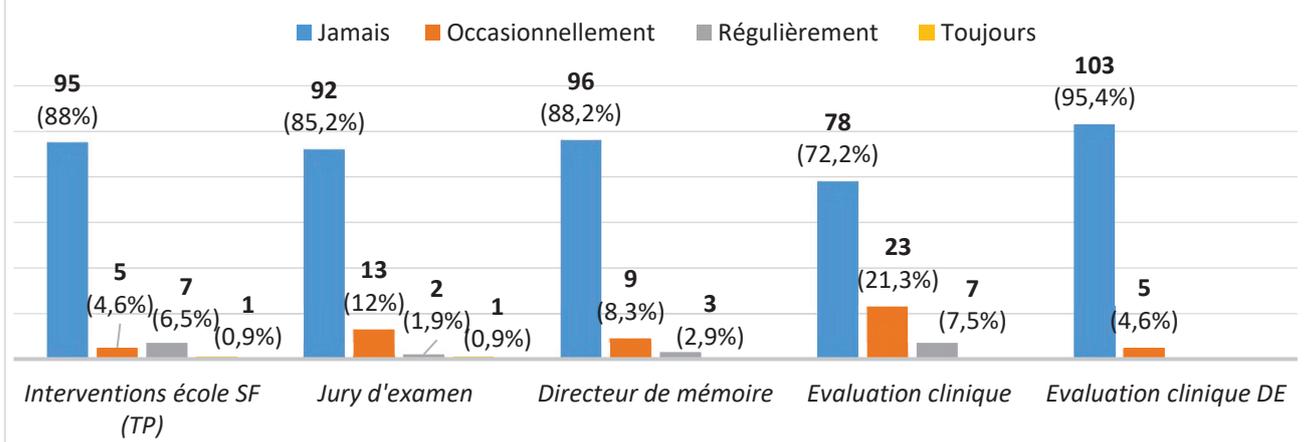


Le niveau de connaissance du nouveau programme se situe en moyenne à **3,15/5** (écart-type = 1) soit **12,6/20** (écart-type = 4,6) tandis que celui du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes est de **2,95** (écart-type = 1) soit **11,8/20** (écart-type = 2,95). Il y a plus de sages-femmes ne connaissant pas ou très peu le RMC que le programme des études de sages-femmes. Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Les deux tableaux sont disponibles en annexe 8, tableau 2.

2.3.3. Autres activités pédagogiques en lien et sans lien avec les ESF (questions 14 à 16)

A la question 14 « *En dehors de l'encadrement des ESF sur les lieux de stage, participez-vous à d'autres activités pédagogiques avec les ESF* », très peu de sages-femmes en ont : quasiment les trois quarts des sages-femmes ont répondu « Jamais » pour chaque activité. C'est aux évaluations cliniques que participent le plus les sages-femmes. Le graphique page suivante répertorie les différentes réponses obtenues.

FIGURE 13: AUTRES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN LIEN AVEC LES ESF



A la question 15 et 16, « *Participez-vous à d'autres activités pédagogiques en dehors de celles concernant les ESF ?* » et « *si oui, précisez* », **88** sages-femmes (81,5%) n'y participent pas. Les **20** (18,5%) autres sages-femmes ont toutes des **activités de formation ou d'enseignement** (interventions dans les écoles d'auxiliaires de puériculture et de puéricultrices, d'infirmières, d'aides-soignants, d'ambulanciers, mais aussi pour les pompiers en Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), auprès des internes, formation des équipes dans le cadre de la formation continue, interventions proposées par le Conseil de l'Ordre départemental ou congrès, soutien scolaire à domicile, intervention dans des structures éducatives avec participation aux programmes de prévention dans les collèges par exemple). Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de liens significatifs. Le tableau est disponible en annexe 9.

2.3.4. Définitions de l'encadrement (question 17)

A la question 17, « *Si vous deviez en quelques mots définir l'encadrement* », différents aspects de l'encadrement ressortent. Seuls les termes apparaissant plus de trois fois ($n \geq 3$) ont été gardés afin de permettre une meilleure lisibilité. Le détail est disponible en annexe 10, tableau 1.

L'encadrement, entre aspects négatifs et difficultés

On a 35 fois un qualificatif apparenté à la **difficulté de l'encadrement ou à un côté négatif** de celui-ci. L'encadrement est défini comme « parfois difficile, difficile ou compliqué » ($n=12$), « chronophage » ($n=6$) et est considéré comme « hétérogène » ($n=5$) en fonction des sages-femmes. Le croisement avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 10, tableau 2.

L'encadrement, entre plaisir, nécessité, transmission et restitution

On retrouve 116 fois des termes liés à l'un ou l'autre.

- ❖ **Plaisir** : L'encadrement **est apprécié par certaines sages-femmes ($n=11$)** : elles trouvent cela « intéressant » ($n=6$) et « agréable ou plaisant » ($n=3$).
- ❖ **Nécessité** : L'encadrement est également considéré comme une **nécessité ($n=35$)**. C'est « indispensable » ($n=9$) et cela relève de leur « devoir » de sage-femme ($n=7$). C'est « essentiel » ($n=6$), « important » ($n=5$) et « primordial » ($n=5$).

- ❖ **Transmission et restitution** : L'encadrement, c'est aussi une **transmission (n=70)** de la sage-femme à l'étudiant mais aussi de l'étudiant à la sage-femme. En effet, on retrouve les termes de « transmission » (n=16), ayant pour but « l'autonomisation » de l'ESF (n=9), « d'enseignement, d'apprentissage, de formation » (n=12), de « partage » (n=11), « d'accompagnement » (n=8) « d'enrichissement réciproque » (n=5) et « d'aide » (n=5).

L'encadrement, défini par les qualités, les compétences et les conditions nécessaires

Pour encadrer, les sages-femmes ont exprimé qu'il était nécessaire de posséder certaines **capacités et de réunir certaines conditions (n=33)**. Il faut posséder des notions de « pédagogie » (n=5). Les qualités qui ressortent de leur définition de l'encadrement sont la « bienveillance (n=5) », « la patience » (n=3), la « confiance en soi ou en l'autre » (n=3).

L'encadrement, défini par des actions

Pour certaines sages-femmes, l'encadrement se définit par des **actions (n=13)** :

- Liées au **soutien** (n=3) : « Soutenir », « rassurer », « encourager »
- Liées au **rôle d'enseignement** (n=10) : « Montrer l'exemple », « donner l'envie d'apprendre », « donner les outils », « apprendre et faire apprendre », « faire acquérir », « proposer des possibles », « guider et accompagner », « laisser pratiquer tout en encadrant », « vérifier les acquis ».

2.3.5. Existence d'un protocole ou projet de service sur l'encadrement des ESF (question 18)

A la question 18, « *Dans votre structure, existe-t-il, à votre connaissance, un protocole ou un projet de service sur l'encadrement des ESF ?* », plus de la moitié (n=61) des sages-femmes (56,5%) n'en ont pas dans leur structure. **21** (19,4%) sages-femmes ne savent pas s'il y en a un en place. Il existe chez seulement **26** sages-femmes (24,1%). Le croisement des données avec le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 10, tableau 3.

2.3.6. Influence sur la qualité de l'encadrement et souvenir de l'encadrement (questions 19 à 22)

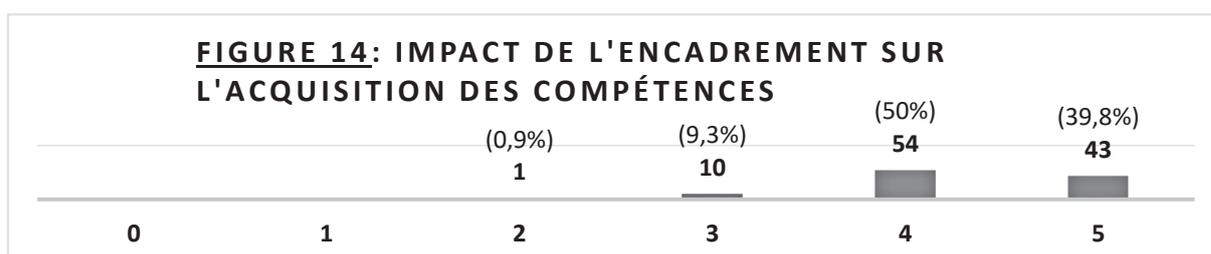
A la question 19 : « Selon vous, quels sont les principaux facteurs pouvant influencer la qualité de l'encadrement », six thèmes principaux ont pu être mis en évidence : les facteurs liés à la sage-femme, à l'étudiant, à l'environnement, à l'école de sage-femme, au couple SF/ESF et ceux liés aux outils pédagogiques. Une sage-femme ne s'est pas sentie concernée par la question et n'a pas souhaité y répondre (n=107). Les réponses (n≥3) ont été regroupées dans le tableau simplifié ci-dessous. Le détail des réponses est répertorié dans l'annexe 11.

Population		n = 107	99,1%
FACTEURS			
	Nombre de fois terme retrouvé		
Liés à l'école de sage-femme		3	
Qualité des cours reçus par ESF		1	
Lien entre l'équipe pédagogique		1	
Communication école/lieu de stage		1	
Liés à la pédagogie		16	
Outils pédagogiques		3	
Formation des sages-femmes à la pédagogie		13	
Liés à l'ESF		48	
Motivation et implication		37	
Caractère et personnalité		6	
Niveau et acquisitions		5	
Lié à la sage-femme		74	
Motivation et implication		35	
Caractère et personnalité		28	
Compétences et connaissances		11	
Lié à l'environnement		97	
Temps		86	
Organisation du lieu de stage		11	

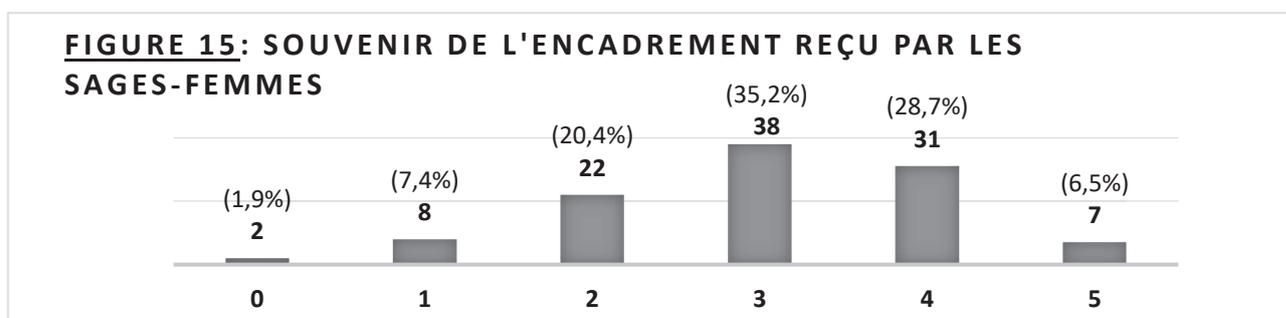
Tableau 4 simplifié : Facteurs influençant l'encadrement selon les sages-femmes

Du plus important au moins important, on voit donc que les facteurs influençant l'encadrement selon les sages-femmes sont **l'environnement, la sage-femme, l'étudiant sage-femme, la pédagogie et enfin l'école de sage-femme.**

A la question 20, « Selon vous, à quel point l'encadrement des ESF en stage impacte-t-il sur l'acquisition de leurs compétences », les sages-femmes devaient se positionner sur une échelle de **0 à 5**, le 0 correspondant à un impact nul et le 5 à un impact extrêmement important. Elles sont **97 (89,8%)** à estimer l'impact de l'encadrement comme important et extrêmement important sur l'acquisition des compétences. La moyenne est de **4,3/5** (écart-type= 0,7), soit **17,2/20** (écart-type = 2,7). Les réponses sont réunies dans le graphique suivant.



A la question 21, « *Lors de vos études, quel souvenir gardez-vous de l'encadrement par les sages-femmes de terrain ?* », les sages-femmes devaient positionner leur souvenir sur une échelle de **0 à 5**, 0 correspondant à un très mauvais souvenir et 5 à un très bon souvenir. On obtient une moyenne de **3,0/5** (écart-type = 1,1) soit **12/20** (écart-type = 4,4), ce qui nous donne le graphique suivant.



Dans la continuité de la question 21, on a demandé si « *ce souvenir a un impact sur la manière dont vous encadrez les ESF aujourd'hui ?* » (question 22). Il en ressort qu'elles estiment majoritairement qu'il y a bien un impact sur la manière dont elles encadrent aujourd'hui avec **90** sages-femmes (83,3%) ayant répondu « oui » et seulement **18** sages-femmes (16,7%) ayant répondu « non ». Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme n'est pas significatif. Le tableau disponible en annexe 12, tableau 1.

2.3.7. Nombre d'ESF encadrés sur une année scolaire (question 23)

La question 23 « *Sur une année scolaire, combien d'ESF encadrez-vous ?* » permet de scinder notre population d'étude (n=108) en deux :

- Le groupe 1 comprenant **100** (92,6%) sages-femmes qui encadrent des ESF.
- Le groupe 2 comprenant **8** (7,4%) sages-femmes qui n'encadrent pas d'ESF.

Le groupe 1 continue à répondre à des questions sur l'encadrement des ESF, tandis que le groupe 2 est redirigé vers la partie suivante du questionnaire. Sur une année, les sages-femmes qui encadrent des ESF se répartit comme suit :

- **59** sages-femmes encadrent moins de 10 ESF par an, soit 54,6% de la population de l'étude.
- **35** (32,4%) encadrent entre 10 et 40 ESF par an, soit 32,4% de la population de l'étude.
- **6** (5,6%) en encadrent plus de 40 par an, soit 5,6% de la population de l'étude.

Si on classe les sages-femmes selon qu'elles encadrent ou non des ESF, et qu'on croise les données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice, on obtient le tableau suivant qui montre des résultats significatifs.

Nombre de sages-femmes qui encadrent ou non des ESF

	TOTAL	Encadrent	N'encadrent pas	
Nombre d'années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	p = 0,05
0-3 ans	32 (29,6%)	32 (100%)	0 (0%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	34 (94,4%)	2 (5,6%)	
> 10 ans	40 (37%)	34 (85%)	6 (15%)	

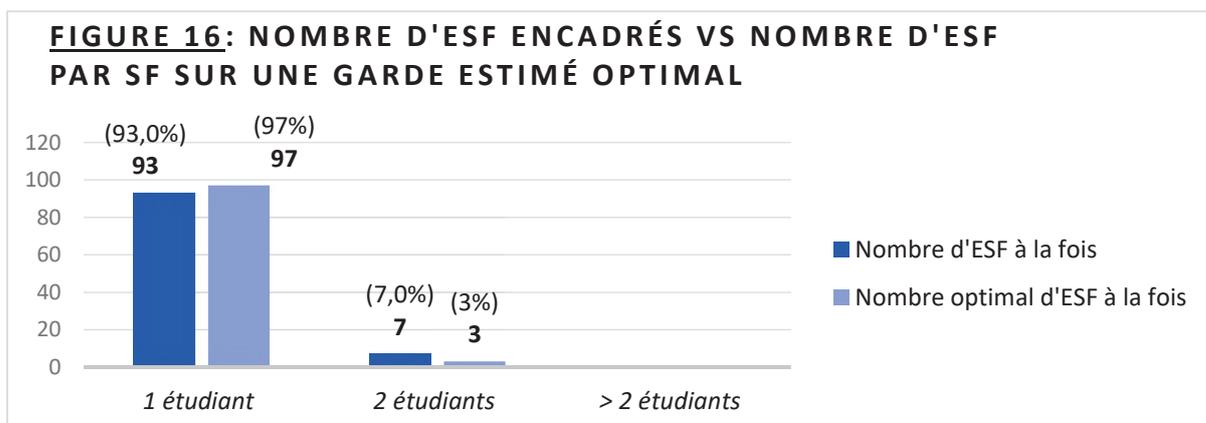
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	p = 0,005
CH	38 (35,2%)	37 (96,4%)	1 (2,6%)	
CHU	29 (26,9%)	24 (82,8%)	5 (17,2%)	
Clinique	18 (16,7%)	18 (100%)	0 (0%)	
PMI	6 (5,6%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Libéral	22 (20,4%)	22 (100%)	0 (0%)	

Tableau 5 : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait d'encadrer ou non les ESF.

Questions concernant uniquement les sages-femmes qui encadrent des ESF (GROUPE 1) (questions 24 à 30)

2.3.8. Nombre d'ESF encadrés sur une journée et nombre optimal estimé (questions 23 et 24)

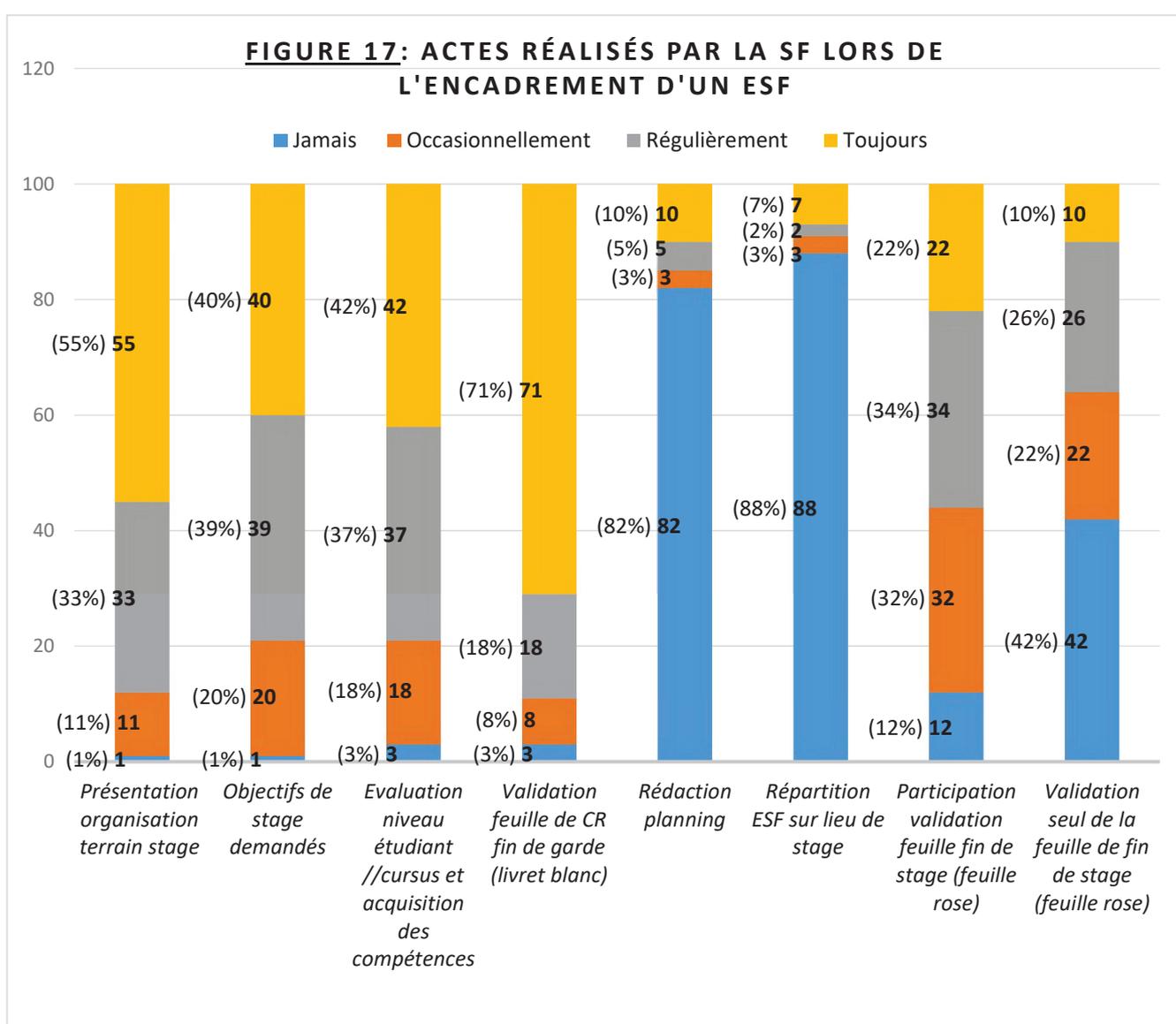
Les deux questions suivantes concernent le nombre d'ESF encadré par garde et par sage-femme et le nombre d'ESF par sage-femme jugé idéal pour un encadrement optimal. Les données sont regroupées dans le graphique suivant :



Les sages-femmes encadrent généralement un seul étudiant à la fois et c'est le nombre jugé optimal pour un bon encadrement.

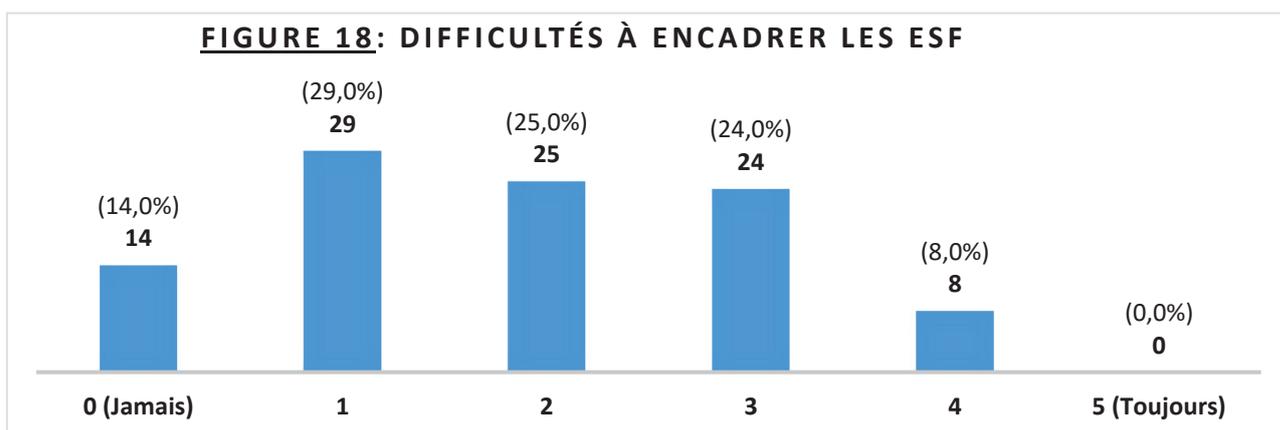
2.3.9. Actes réalisés par la sage-femme lors de l'encadrement de l'ESF (question 26)

Afin d'avoir une idée de ce que font les sages-femmes lorsqu'elles encadrent un étudiant, elles devaient classer les réponses proposées en fonction de leur fréquence : la majorité des sages-femmes présente le lieu de stage, demande les objectifs de stage à l'étudiant sage-femme et évalue son niveau. Elles sont, au moins occasionnellement, 18% à rédiger les plannings des ESF et 12% à les répartir sur le lieu de stage. La validation de fin de stage se fait plutôt en collaboration que seul. Les données sont résumées dans le graphique suivant.



2.3.10. Difficultés à l'encadrement (questions 27 à 29)

A la question 27 « *Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés à encadrer les ESF en stage ?* », les sages-femmes devaient se positionner sur une échelle de 0 à 5, le 0 correspondant à « jamais » et le 5 à « toujours ». La moyenne est de **1,8/5** avec un écart-type de 1,2. La médiane est de 2. Les résultats ont permis la création du graphique suivant.



Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 12, tableau 2.

A la question 28, « *Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?* », le traitement des données a fait ressortir six thèmes principaux. Ces difficultés sont principalement liées à :

- L'étudiant sage-femme
- L'environnement
- La pédagogie
- La patiente
- Au couple ESF/SF
- A la pédagogie

14 sages-femmes, soit 13% de la population totale de l'étude, estiment n'avoir aucune difficulté à encadrer les ESF. Les réponses ont été reportées dans le tableau suivant.

Population groupe 1	n = 100	92,6%
<i>Aucune difficulté rencontrée</i>	14	13%

DIFFICULTES		Nombre de fois terme retrouvé
Liées à l'étudiant		49
Motivation et investissement		25
Niveau, connaissance, compétence		18
Comportement		6
Liées à l'environnement		30
Charge de travail, disponibilité, activité		29
Nombre d'ESF par SF		1
Liées à la pédagogie		8
Notion de pédagogie		4
Gérer ESF en difficulté		3
Aider à l'autonomie et l'apprentissage		1
Liées à la sage-femme		5
Déléguer, laisser faire		2
Confiance en soi, expérience		3
Lié au couple SF/ESF		4
Compatibilité ESF/SF		2
Confiance, relationnel		2
Lié à la patiente		1
Réticence patient		1

Tableau 6 : *Détail des difficultés rencontrées lors de l'encadrement par les sages-femmes.*

C'est donc avec **l'étudiant sage-femme** puis **l'environnement** que les sages-femmes rencontrent le plus de difficultés.

A la question 29, « *En cas de difficulté avec un étudiant, avez-vous une ou des personnes ressources que vous pouvez contacter ?* », plusieurs réponses étaient possibles et les répondants pouvaient eux-mêmes proposer des réponses. C'est le/la **cadre de service** qui arrive en première position des réponses pour **74** (74%) sages-femmes puis **l'école de sage-femme** en deuxième position pour **52** (52,0%) sages-femmes. **17** sages-femmes (17%) ont fait d'autres propositions. Parmi elles,

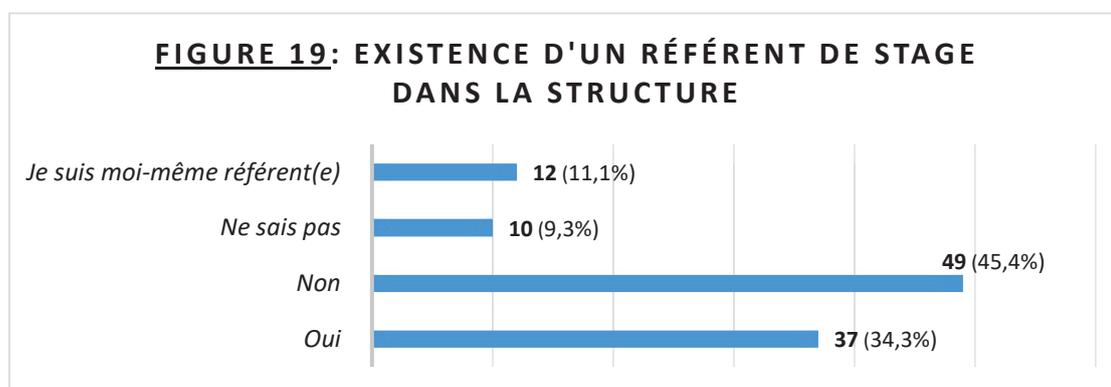
- **9 SF** (9%) se réfèrent à un(e) collègue
- **7 SF** (7%) prennent contact avec un(e) sage-femme référent(e)
- **1 SF** (1%) ne sait pas.

2.4. Les outils pédagogiques

Ces questions concernent à nouveau toute la population (n=108).

2.4.1. Le tuteur de stage référent (questions 30 à 33)

Après avoir défini brièvement le tuteur de stage référent aux sages-femmes, la question 30 « *Existe-t-il dans votre structure des référents de stage ?* » a été posée. Les résultats ont été répertoriés dans le graphique suivant.



Le référent de stage n'est pas présent dans toutes les structures : **49** (45,4%) sages-femmes signalent son absence. Le croisement des données avec le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 13, tableau 1.

Les réponses à la question 31 : « *Seriez-vous favorable à la mise en place de manière systématique de tuteurs de stage référents sur les différents lieux de stage ?* » nous montre que la majorité des sages-femmes (**n=89**, 82,4%) sont plutôt favorables à cette idée, contre **19** (17,6%) plutôt défavorables. Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 13, tableau 2. Une justification de la réponse a ensuite été demandée (question 32 et 33). Par souci de lisibilité, seules les réponses retrouvées au moins trois fois ($n \geq 3$) ont été conservées pour cette partie. Le détail est disponible en annexe 13, tableau 3.

Raisons émises par les sages-femmes pour la systématisation des tuteurs de stage référents

89 (82,4%) sages-femmes sont pour, car cela permettrait :

- **Un suivi plus adapté de l'ESF (n=56)** : le tuteur de stage référent permet un meilleur « suivi » de l'ESF (n=33), plus « personnalisé » (n=12) et plus « objectif » (n=5). L'évaluation de la progression et de la prise en charge de l'ESF est plus « uniforme » (n=6).

- **La création d'une personne ressource pour l'ESF et les SF (n=28)** : Cette personne ressource est à la fois une « personne ressource, une référente, un interlocuteur, un repère en cas de difficultés pour l'ESF » (n=18) et une « personne ressource, une aide pour les sages-femmes » (n=7).
- **Une meilleure organisation de l'encadrement (n=17)** : la gestion de l'encadrement avec le tuteur de stage référent est « centralisée » (n=3) en un même et unique individu. Cela permet un meilleur « lien école/stage ou cadre de service/stage » (n=5), mais aussi, un encadrement « plus structuré et organisé » (n=3).
- **Un lien ESF/SF renforcé (n=11)** : La mise en place d'un tuteur de stage référent permet un plus grand « investissement » de la sage-femme (n=5) envers son rôle d'encadrement.

Raisons émises par les sages-femmes contre la systématisation des tuteurs de stage référents

Les **19** (17,6%) concernées mettent plusieurs points en avant, dont principalement (n≥3) :

- La possibilité d'une « incompatibilité référent/ESF » (n=6)
- La « difficulté de le mettre en place » (n=6) par rapport au planning (n=4) ou dans des structures telles que la PMI ou le libéral (n=2)
- La systématisation entraînerait une perte de la « diversité de SF rencontrées par l'ESF » ce qui est une mauvaise chose pour lui (n=5)

2.4.2. Rémunération de l'encadrement (questions 34 à 36)

A la question 34, « *L'encadrement des ESF devrait être rémunéré* », **66** (61,1%) sages-femmes sont contre l'idée, et **18** (16,7%) sages-femmes sont pour. Il y a **24** sages-femmes (22,2%) qui ne savent pas.

Les sages-femmes ont dû ensuite justifier leur réponse (questions 35 et 36). Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice ne montre pas de résultats significatifs. Le tableau est disponible en annexe 14, tableau 1.

Raisons émises par les sages-femmes pour la rémunération de l'encadrement

Parmi les **18** (16,7%) sages-femmes pour la rémunération, **17** (16,7%) trouvent principalement que ça serait une « valorisation, une reconnaissance, une récompense » (n=5), ou un « dédommagement de l'investissement » (n=4) et de « la charge de travail supplémentaire » (n=7) que cela demande. Le détail des réponses est disponible dans le tableau de l'annexe 14, tableau 2.

Raisons émises par les sages-femmes contre la rémunération de l'encadrement

Pour les **66** sages-femmes (61,1%) contre la rémunération, un certain consensus ressort des réponses. Les sages-femmes estiment que l'encadrement des ESF fait partie intégrante du « métier de sage-femme », de ses « missions », de ses « compétences » et de son « rôle » (n=60). Elles veulent « rendre ce qu'on nous a donné » (n=3). De plus, il pourrait y avoir un risque de « dérives » en cas de rémunération (n=4), comme par exemple des sages-femmes qui ne feraient cela que pour l'argent et non parce qu'elles ont un attrait pour l'encadrement. Le détail des réponses est disponible dans l'annexe 14, tableau 2.

2.4.3. Les stages longs (questions 37 et 38)

A la question 37 : « *Avez-vous remarqué une différence dans votre encadrement des ESF depuis la mise en place des stages longs ?* »,

- **40** (37%) sages-femmes ont remarqué une différence notable,
- **26** (24,1%) n'ont pas remarqué de différence notable,
- **21** (19,4%) ne savent pas se positionner car elles n'ont jamais encadré d'ESF en stage long
- **19** (17,6%) sages-femmes sont dans des structures qui n'accueillent pas d'ESF en stage long
- **2** (1,9%) ne savent pas car elles sont jeunes diplômées et n'ont pas encadré d'ESF de l'ancien programme.

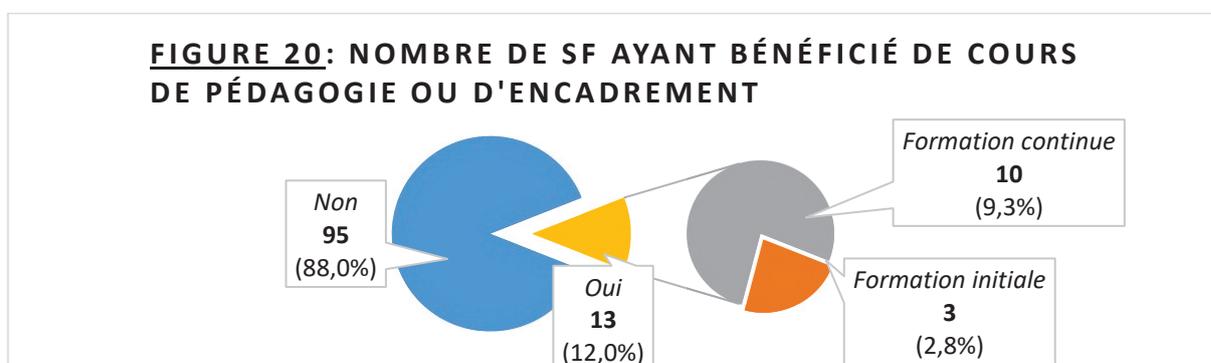
La question 38 « *Si oui, quelle(s) sont-elles ?* » ne concernait que les sages-femmes ayant remarquées une différence notable, soit **40** sages-femmes (37%). Suite à la mise en place des stages longs, elles constatent plusieurs changements (avec n, nombre de fois que le terme était présent) :

- Un **meilleur encadrement (n=24)** : le « suivi » de l'étudiant (n=11), est plus « personnalisé » (n=4) et permet un visuel plus réel de « l'évolution de la progression » de l'ESF (n=7).
- Un **meilleur relationnel ESF/SF (n=20)** : L'ESF est mieux « connu » par les équipes (n=7), qui ont une plus grande « confiance » en eux (n=6). L'ESF se sent plus « à l'aise » (n=4).
- Une **meilleure « intégration dans les services, équipes, des protocoles ou des objectifs de stage » (n=11)**
- Une **efficacité du stage augmentée (n=4)**

Le détail des réponses est reporté dans l'annexe 15, tableau 1.

2.4.4. Etat des lieux sur l'existence de cours de pédagogie ou d'encadrement pendant la formation initiale ou la formation continue (questions 39 à 42)

A la question 39, « Avez-vous bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement que ce soit pendant vos études ou une fois diplômé(e) ? », les sages-femmes avaient le choix entre plusieurs réponses « non », « oui, pendant ma formation initiale (école) » et « oui, pendant ma formation continue ». Les résultats sont répertoriés dans le graphique ci-dessous.



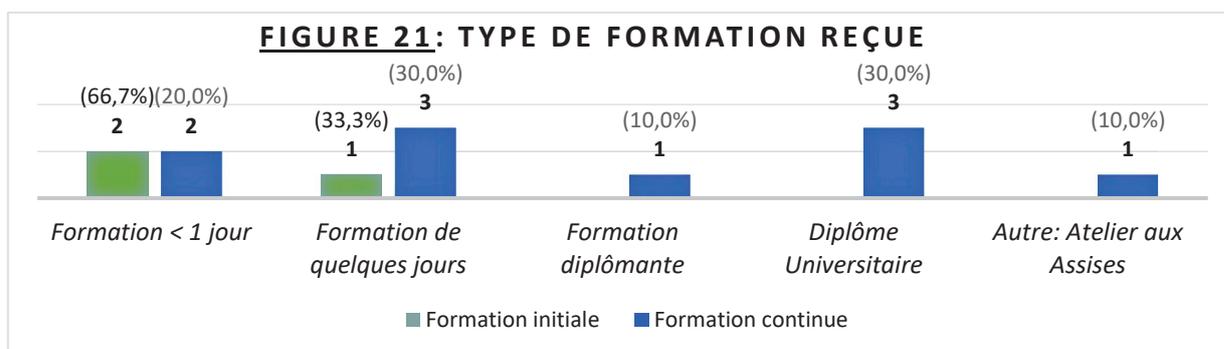
Seulement **3 (2,8%)** SF ont bénéficié d'une formation en formation initiale et **10 (9,3%)** SF en formation continue. **95 (88%)** sages-femmes n'ont pas bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement. Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme, le lieu d'exercice, la fonction de SF coordonnatrice en maïeutique et l'école de diplôme donne le tableau disponible en annexe 15, tableau 2. Seul le croisement avec le nombre d'années de diplôme montre une tendance ($p = 0,08$).

La sage-femme a bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	Oui	Non	p = 0,08
	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	3 (9,4%)	29 (90,6%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	2 (5,6%)	34 (94,4%)	
> 10 ans	40 (37,0%)	9 (22,5%)	31 (77,5%)	

Tableau 7 (partiel) : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait d'avoir ou non bénéficié d'une formation à la pédagogie.

Pour les **13** (12%) sages-femmes ayant bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement, il leur a été demandé « *De quel type de formation avez-vous bénéficié ?* » (question 40) et si elles s'en souvenaient de nous dire l'intitulé, le lieu et l'année de formation (question 41). Les réponses ont été regroupées dans le graphique ci-dessous.



Les sages-femmes se sont peu souvenues des détails de leur formation : 9 SF ne se souviennent plus et 4 SF ont été capables de donner au moins l'intitulé.

- Sciences de l'éducation, Aix-Marseille (2011)
- Encadrement des ESF et risque médico-légal
- Encadrement et évaluation des étudiants, Bordeaux (mai 2014)
- Management d'équipe (2014)

La question 42 « *Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas bénéficié d'une formation en formation continue ?* » (question 42) était à choix multiples. Une case « autre » était disponible. **70** (73,7%) sages-femmes ont invoqué le fait que le livret de formation ne propose pas ce genre de formation. Le reste des réponses a été répertorié dans le tableau suivant.

Population	n=95	88%
Raisons		
Non proposé dans le livret de formation	70	73,7%
Non souhaité	12	12,6%
Demandé mais non accepté par institution	3	3,2%
Autre	10	10,5%
<i>Existence non connue</i>	9	9,5%
<i>Jamais envisagé</i>	1	1,1%

Tableau 8 : Répartition des sages-femmes en fonction des raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu bénéficier de cours de pédagogie ou d'encadrement.

2.4.5. Souhait de la création d'une formation en formation initiale ou en formation continue (questions 43 à 51)

Aux questions fermées 43 « *Pensez-vous qu'une formation sur "le rôle de la SF dans l'encadrement des ESF" devrait avoir lieu durant la formation INITIALE ?* », et 47, « *Pensez-vous qu'une formation sur "le rôle de la SF dans l'encadrement des ESF" devrait avoir lieu durant la formation CONTINUE ?* », les sages-femmes avaient la possibilité de répondre « oui » ou « non » aux deux questions. Les données sont résumées dans le tableau suivant. Les sages-femmes sont au total **73** (67,6%) a souhaité une formation en formation initiale et **89** (82,4%) a en souhaité une en formation continue.

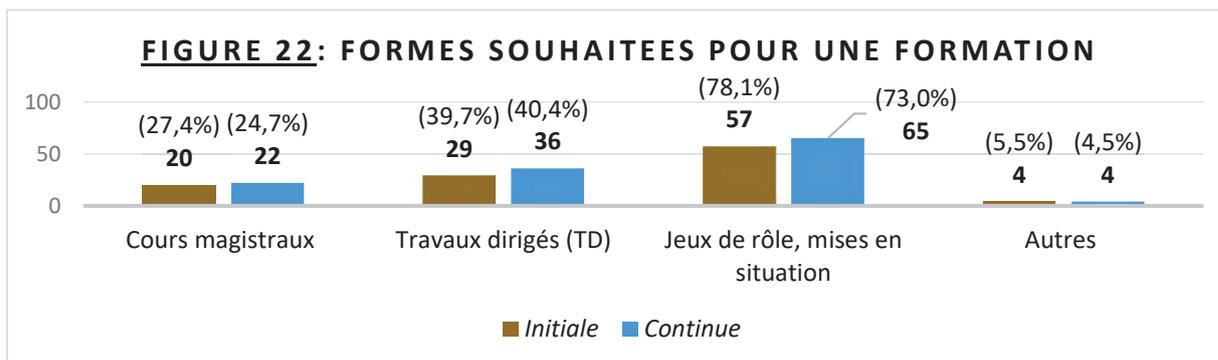
Population	n=108	100%
Pour une formation en :		
Formation initiale	73	67,6%
Formation continue	89	82,4%
Formation initiale ET continue	66	61,1%
Contre une formation en :		
Ni en formation initiale, ni en formation continue	12	11,1%

Tableau 9 : Répartition des sages-femmes en fonction de leur position face à la création d'une formation sur l'encadrement.

Questions ne concernant que les sages-femmes pour la création d'une formation

- **Formes et modalités de la formation**

Les sages-femmes ayant répondu « oui » pour la création d'une formation en formation initiale et/ou en formation continue ont répondu aux questions : « *Sous quelle(s) forme(s)* » et « *selon quelle modalité préférentiellement ?* » (Questions 44, 45 et 48 et 50). Dans les deux cas, les jeux de rôle et les mises en situation sont privilégiés par les sages-femmes, avec respectivement **57** (78,1%) sages-femmes pour la formation en formation initiale et **65** (73%) sages-femmes pour la formation en formation continue (cf figure 22 page suivante).



Dans « autre(s) », les sages-femmes ont proposé :

- **Pour la formation initiale** : Proposition d'une table ronde avec des professionnels de la pédagogie (n=2), l'encadrement par les dernières années de promotions inférieures (n=2).
- **Pour la formation continue** : Proposition de conseils et discussion sur les problèmes rencontrés (n=1), d'une table ronde avec des questions-réponses (n=1), d'une réunion avec l'ensemble des sages-femmes (n=1), de la présence de la formatrice de l'ESF sur le terrain (n=1)

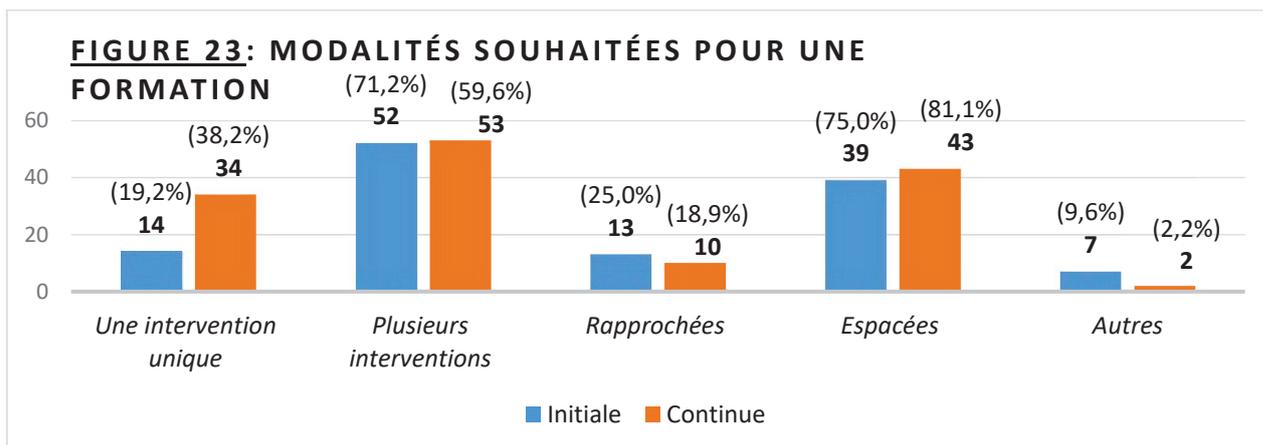
Le croisement des données avec le nombre d'années de diplôme et le lieu d'exercice montre un lien significatif et une tendance uniquement avec le lieu d'exercice. Le tableau complet est disponible en annexe 15, tableau 3.

Pour une formation sur l'encadrement des ESF :

Lieu d'exercice	TOTAL	En formation continue		En formation initiale ou continue	
	TOTAL n (%)	Oui n (%)	Non n (%)	Oui n (%)	Non n (%)
Hospitalier	85 (79,7%)	74 (87,1%)	11 (12,9%)	78 (91,8%)	7 (8,2%)
Non hospitalier	28 (25,9%)	19 (67,9%)	9 (32,1%)	22 (78,6%)	6 (21,4%)

Tableau 10 (partiel) : Identification des facteurs ayant un impact significatif sur le fait de souhaiter une formation en formation initiale, continue, ou en formation initiale ou continue.

Pour les modalités de la formation, les sages-femmes préféreraient en majorité plusieurs interventions espacées les unes des autres en formation initiale et/ou en formation continue (cf figure 23).



Dans « autre (s) », les sages-femmes ont proposé :

- **Pour la formation initiale** : Proposition d'une formation pendant un stage (n=1), d'une formation pendant le stage long (n=1), d'une formation en fin de cursus (n=1). Deux sages-femmes ne savent pas et deux sont indifférentes.
- **Pour la formation continue** : Une sage-femme est indifférente, une ne sait pas.

Pour la formation en formation continue, une question supplémentaire (question 49) « *A quelle occasion préférentiellement ?* » a été posée. Les réponses étaient multiples et les sages-femmes pouvaient en cocher plusieurs.

Population	n=95	88%
Occasion		
Formation diplômante par lieu d'exercice	24	27%
Formation proposée par école de rattachement	62	69,7%
Diplôme Universitaire (Master)	0	0%
Autre	3	3,4%
<i>Peu importe</i>	2	2,2%
<i>Formation par des professionnels de la pédagogie prise en charge OGDPC/FIFPL...</i>	1	1,1%

Tableau 11 : Répartition des sages-femmes en fonction de l'occasion à laquelle elles aimeraient recevoir une formation

Questions ne concernant que les sages-femmes contre la création d'une formation

Les sages-femmes contre la création d'une formation, que ce soit en formation initiale et/ou en formation continue devaient justifier leurs réponses.

Raisons contre la création d'une formation en formation initiale (question 46)

35 sages-femmes soient 32,4% de la population totale de l'étude estiment que ce n'est pas adapté en formation initiale pour plusieurs raisons :

- **Il faut avoir exercé avant (n=17)** : En effet, pour les sages-femmes, c'est « trop tôt » (n=11) pour l'étudiant. Il faut qu'il ait pu « exercer avant » (n=6).
- **C'est inné ou pas forcément nécessaire (n=12)**
- **Le manque de temps en formation initiale (n=4)**
- **Cela doit rester un choix de la sage-femme (n=2)**

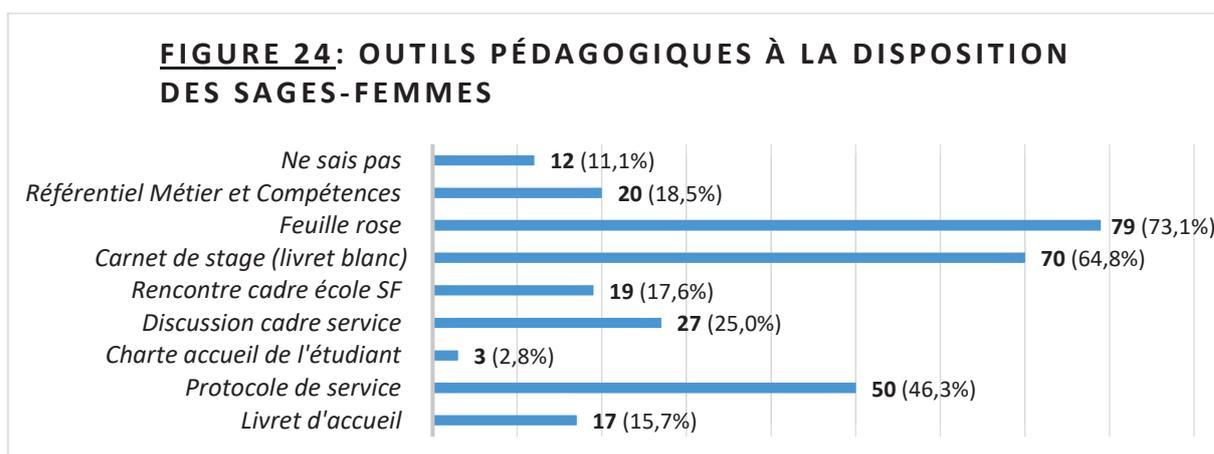
Raisons contre une formation en formation continue (question 51)

Parmi les 19 (17,6%) sages-femmes, trois sages-femmes (2,8%) n'ont pas su justifier leur réponse. Le reste des réponses rappellent celles pour la formation initiale :

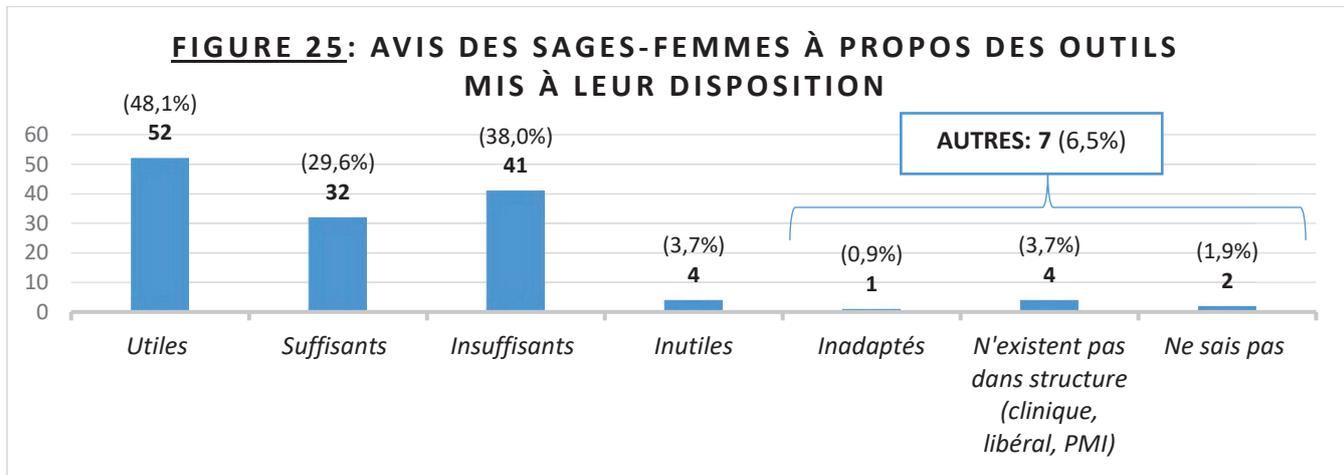
- **C'est inné (n=9)**
- **Manque de temps dans la formation continue** : Les sages-femmes estiment ne pas avoir assez de « temps » dans leur pratique quotidienne pour se former (n=6)
- **Choix de la sage-femme (n=1)**

2.4.6. Les outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes (questions 52 et 53)

A la question 52, « De quels outils pédagogiques disposez-vous sur votre lieu de travail ? », 12 sages-femmes, soit 11,1% de notre population d'étude, ne savent pas ou ne connaissent pas les outils pédagogiques à leur disposition. Les deux outils pédagogiques qui ressortent le plus sont **la feuille rose** (document d'appréciation et de validation du stage) et **le carnet de stage** (le document de recueil des actes des étudiants). La charte d'accueil de l'étudiant est quasi inexistante dans les structures avec seulement 3 sages-femmes (2,8%) qui disent y avoir accès. Le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes est considéré comme peu présent.



Quand on demande aux sages-femmes ce qu'elles pensent de ces outils (question 53), **52** (48,1%) sages-femmes estiment les outils utiles, mais **41** (38,0%) sages-femmes estiment qu'ils sont insuffisants. Les données sont répertoriées dans le graphique suivant.



Le croisement des données entre les sages-femmes ayant trouvé les outils suffisants et insuffisants et le lieu d'exercice et le nombre d'années de diplôme ne montre pas de liens significatifs. Le tableau est disponible en annexe 15, tableau 4.

Suite à la présentation des résultats, nous allons dans la suite de notre travail, chercher à interpréter ces données en lien avec la partie théorique afin d'émettre des propositions d'amélioration.

PARTIE 3 : DISCUSSION et PROPOSITIONS

I. Critique de l'étude

1.1. Points faibles et limites de l'étude

Le questionnaire en ligne a eu l'avantage de cibler un maximum de sages-femmes des Alpes-Maritimes. En revanche, le format numérique a pu être également un frein puisqu'il nécessite la maîtrise et l'accès à des outils informatiques. De plus, le nombre de réponses est dépendant de la validité des adresses mail données au Conseil de l'Ordre (déménagement, changement de pays, etc.).

Après analyse des réponses du questionnaire, il est apparu que certaines questions ont peut-être mal été posées et donc peu été comprises par les sages-femmes. Ainsi, à la question 14, des sages-femmes libérales et territoriales ont répondu qu'elles participaient aux évaluations cliniques et aux évaluations cliniques du diplôme d'état. Or, compte-tenu des pratiques réalisées dans les Alpes-Maritimes, il est peu probable que ce soit le cas. Il est envisageable que la question ait été comprise comme « au cours de la carrière » ? Les résultats de ces deux catégories n'ont donc pas été interprétés dans le travail. Le tableau est tout de même disponible en annexe 10.

Les réponses des questions ouvertes ont été codées par mots-clés puis réunies par thème en fonction de ces derniers. Cette méthode a l'inconvénient d'entraîner un appauvrissement des données, puisque le mot-clé simplifie la réponse. De plus, le choix des mots-clés et des thèmes est sujet à discussion, puisqu'il dépend de la personne qui analyse les données. A cela, nous avons réalisé une double lecture afin de diminuer le biais d'interprétation.

Comme vu dans la partie théorique, la sage-femme a différentes contraintes en termes d'encadrement. D'une part, elle doit assurer l'apprentissage des ESF (prérequis à vérifier, compétence de l'ESF, capacité à mobiliser les compétences dans une situation donnée etc.). D'autre part, elle doit assurer la sécurité des patientes et leur satisfaction par une prise en charge adaptée (ce qui peut être rendu moins facile par l'encadrement d'un ESF). Dans le triangle didactique *étudiant – sage-femme – école* proposé, le patient a donc évidemment une place à part entière. Il n'y a pas eu volontairement dans le questionnaire de questions directes

à propos du patient afin de ne pas compliquer le triangle didactique. Mais notons qu'on ne le retrouve pas non plus dans les questions ouvertes au travers desquelles cela aurait pu ressortir : la « patiente » n'a été citée qu'une fois dans les difficultés d'encadrement (« réticence patiente »).

Depuis le décret du 23 décembre 2014 portant sur le statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière (71), on ne parle plus de sages-femmes « cadres » mais de sages-femmes coordinatrices en maïeutique. Comme le décret est relativement récent, il a été choisi dans le questionnaire de parler de « cadre de service », afin de favoriser une plus grande compréhension des questions. Mais, elle sera appelée « coordinatrice en maïeutique » dans le reste du travail.

1.2. Points forts de l'étude

La richesse de l'étude repose dans l'analyse des questions ouvertes. En effet, l'alternance de questions ouvertes et fermées a permis aux sages-femmes d'exprimer plus librement leur pensée et donc de nous permettre d'avoir accès à un grand panel de réponses, non influencées par des propositions fermées. Un total de dix questions ouvertes a été posé dans l'étude (sur 53), soit moins de 20% qui est la valeur à partir de laquelle les répondants sont confus dans le mélange questions qualitatives/quantitatives (72). La possibilité de répondre « autre » à certaines questions va dans le même sens. De plus, l'étude touche tous les modes d'exercice de la profession, nous permettant d'avoir une idée de ce que pensent les sages-femmes du secteur public, privé, de PMI et exerçant en libéral (bien que cela divise aussi notre population en plusieurs sous-populations de moins grande envergure).

1.3. Biais de l'étude

1.3.1. Implication et intérêt des personnes interrogées

Les personnes ayant répondu au questionnaire sont à priori les personnes qui ont été le plus intéressées par le sujet de l'encadrement. De plus, le questionnaire est basé sur le volontariat. Il existe donc un biais de sélection.

1.3.2. Attitude de l'enquêteur

Etant moi-même étudiante sage-femme, ma propre subjectivité a pu rentrer en ligne de compte dans l'analyse des résultats (particulièrement les questions ouvertes). Ce biais a été réduit par la double lecture des données.

II. Interprétation et discussion des résultats

2.1. Analyse du taux de participation

Le taux de participation de **31,5%** est correct pour ce type de travail, mais il aurait été intéressant d'obtenir un plus grand nombre de réponses afin de gagner en puissance. Il est envisageable que la durée de l'étude d'environ trois mois ait été trop courte.

2.2. Analyse de la population étudiée

Le secteur ayant le plus répondu au questionnaire est le secteur public. Ce résultat était attendu du fait de la répartition des activités dans le département des Alpes-Maritimes. En effet, c'est le secteur le plus représenté (41,6%) et celui qui propose le plus de terrains de stage pour les étudiants.

La population étudiée est principalement féminine et plutôt jeune, caractéristiques même de la profession de sage-femme puisque l'âge moyen au niveau national est de 42 ans (35,9 ans dans l'étude) et que les hommes ne représentent que 1,8% de la profession au national (7,4% dans l'étude). On a donc dans notre étude un peu moins de femmes que la moyenne nationale mais plus d'hommes. Pour l'âge, cela peut s'expliquer par le mode de recueil des données. En effet, le questionnaire en ligne demande l'accès à des outils informatiques et des compétences dans ce domaine qu'ont plus facilement les tranches d'âge les moins importantes. Il aurait été intéressant de recueillir l'âge de la population des sages-femmes des Alpes-Maritimes de l'année en cours. Cependant, celles-ci n'ont pas pu être recueillies dans le temps imparti car les données n'étaient pas anonymisées et la demande pour les informations quelque peu tardive : c'est pourquoi nous en sommes restés aux moyennes nationales. Les sages-femmes sont diplômées principalement des deux écoles de la région PACA (Marseille et Nice). En effet, ce sont les deux écoles les plus proches et les étudiants sages-femmes ont peut-être plus facilement accès à des postes dans les structures où elles ont été formées. Toutes les classes de sages-femmes (de novice à expert) établies en rapport avec leur année d'obtention du diplôme sont représentées de manière plus ou moins homogène. Cela permet d'avoir les réponses de professionnels qui ont suivi différents programmes d'étude et qui ont des niveaux d'expérience variés dans l'encadrement des ESF.

Elles sont peu à exercer des fonctions de coordinatrice en maïeutique, car elles sont uniquement présentes dans les établissements de santé (hôpitaux et cliniques), ce qui explique en partie le faible taux de participation. Cependant, leurs réponses restent importantes car ce sont généralement elles qui se chargent de faire les plannings et de réaliser les rapports de stage.

De plus, peu de sages-femmes exercent une double activité. Ce résultat semble cohérent car ce n'est pas la situation la plus fréquemment rencontrée. Les sages-femmes proviennent essentiellement du secteur public et privé (car elles sont plus nombreuses que les sages-femmes libérales ou territoriales) et d'établissements de type 2B et 3 (car ce sont les maternités les plus présentes dans le département). Dans la population interrogée, les sages-femmes travaillent dans la même structure depuis 8,2 ans (ce qui coïncide avec notre population relativement jeune). Dans leur carrière, elles sont un nombre important à avoir travaillé dans le secteur hospitalier ce qui a pu faciliter le fait qu'elles aient déjà encadré au moins un étudiant.

2.3. Analyse de la position des sages-femmes face à l'encadrement des étudiants sages-femmes

2.3.1. Des sages-femmes, globalement conscientes de leur mission d'encadrement

La partie théorique a montré que les sages-femmes ont en général une bonne connaissance de la profession et du programme de formation. Cela se confirme plus ou moins en pratique. Le devoir d'encadrement est bien ancré chez les sages-femmes (67,6%). Cependant, on note qu'une part non négligeable (32,4%) n'a pas connaissance que l'encadrement soit régi par des textes de loi. Contrairement à notre hypothèse de départ, les jeunes diplômés (car ils ont été formés sur les dernières législations) ou les sages-femmes exerçant en hospitalier (car elles encadrent un nombre plus important d'ESF) n'ont pas plus connaissance que les autres de cet aspect de l'encadrement (p non significatif).

Le nouveau programme des études et le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes sont connus par la majorité de la population, bien que le nouveau programme des études soit légèrement mieux assimilé (moyenne de 12,6/20 pour ce dernier, contre 11,8/20 pour le RMC). Les deux moyennes montrent cependant qu'il est possible de perfectionner ces

connaissances, d'autant qu'elles sont nécessaires à un bon superviseur. Les tests statistiques n'ont pas montré de liens significatifs entre les connaissances et le lieu d'exercice ou le nombre d'années de diplôme.

La rémunération de l'encadrement est rejetée par la majorité des sages-femmes (61,1%) car elles estiment que « *ça fait partie du métier* ». Le côté transmissif du métier est donc bien intégré dans la pensée commune « *on rend ce qu'on nous a donné* ». Cela renvoie à la notion de devoir professionnel. Mais, hormis l'encadrement de l'étudiant sur le lieu de stage, les sages-femmes sont peu impliquées dans d'autres activités pédagogiques avec les ESF peu importe le nombre d'années de diplôme ou le lieu d'exercice. On peut penser que les autres activités (jury d'examen, etc.) avec les ESF sont principalement occupées par les sages-femmes tuteurs référentes et par les sages-femmes coordinatrices en maïeutique. Cependant, il est intéressant de constater que 18,5% des sages-femmes exercent des activités pédagogiques avec un autre public (auxiliaire de puériculture, pompiers, collège etc.).

Les jeunes diplômés encadrent plus que les autres ($p = 0,05$), bien que ces derniers aient aussi une activité d'encadrement soutenue : le pourcentage de sages-femmes qui encadrent est supérieur à 85% dans chaque catégorie. Sur la population totale, 92,6% encadrent des ESF. Cependant, les résultats sont à regarder avec prudence car les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire sont certainement les plus intéressées par l'encadrement et donc celles qui encadrent le plus. Ainsi, le lieu d'exercice aurait également un lien très significatif sur le fait d'encadrer ($p = 0,005$), mais attention il pourrait y avoir un biais dans les résultats. En effet, les sages-femmes libérales sont souvent seules dans leur cabinet, elles encadrent par conséquent tous les étudiants lorsqu'il y en a, ce qui a pu créer un lien non réellement significatif.

Les sages-femmes savent que l'encadrement d'un étudiant n'est pas anodin puisqu'elles placent l'impact de l'encadrement à 17,2/20, ce qui confirme aussi l'importance du terrain de stage. Le souvenir est difficile à quantifier (bon, mauvais), mais on peut dire que les sages-femmes le placent au-dessus de la moyenne : 12 sur 20. Elles reconnaissent la nécessité de l'encadrement, c'est « indispensable » et le considère comme « important ». Parmi les différents facteurs influençant l'encadrement, les sages-femmes se positionnent comme un élément central puisqu'elles arrivent en deuxième position, juste après l'environnement (manque de temps, organisation du lieu de stage), mais avant l'ESF.

Elles arrivent à se remettre en question quant à l'importance de leur rôle dans l'encadrement. Pour l'étudiant ou la sage-femme, c'est essentiellement des facteurs intra-individuels qui ressortent avec notamment la motivation et l'implication dans l'encadrement, mais aussi le caractère et la personnalité de chacun.

2.3.2. Des sages-femmes, qui apprécient l'encadrement...

Au-delà du caractère important de l'encadrement, les sages-femmes prennent du plaisir à encadrer. C'est « *agréable* » et bien plus qu'une simple relation étudiant/encadrant où la transmission n'est qu'à sens unique. C'est une occasion pour elles d'avoir un « *échange* » et de s'enrichir de la situation, ce qui fait écho à la définition de Loganbill pour qui c'est une « [...] *relation interpersonnelle [...]* » (48). Généralement, les sages-femmes encadrent un seul étudiant à la fois, ce qui favorise la relation. Encadrer, c'est aussi « soutenir » l'étudiant dans l'acquisition des compétences, « l'accompagner vers son autonomisation progressive », et c'est ce qu'on retrouve dans la définition de Jones

«[...] *processus de soutien professionnel et d'apprentissage [...]* lequel permet au stagiaire de développer les connaissances et compétences cliniques de sa profession, en plus **d'apprendre à assumer les responsabilités professionnelles inhérentes à sa pratique** » (48)

On retrouve donc certains aspects de définitions que nous avons données en partie théorique.

De plus, les quatre moments clés de l'encadrement que sont la préparation, l'accueil, l'encadrement, l'évaluation sont globalement bien présents et respectés. La préparation est plutôt peu réalisée par les sages-femmes de terrain (répartition des ESF sur les lieux de stage ou rédaction des plannings), hormis lorsque c'est le lieu d'exercice même qui le demande (ex : dans le secteur libéral). En ce qui concerne l'accueil, les sages-femmes prennent le temps de présenter l'organisation du terrain de stage et de se renseigner sur l'étudiant et ses acquisitions antérieures. L'encadrement est bien suivi via le document de recueil des actes de l'étudiant (livret blanc) et l'évaluation se fait en collaboration lorsque cela est possible (CHU, CH, Clinique), ce qui montre leur volonté de mettre en place un accompagnement personnalisé. Cependant, elles ont moins tendance à s'occuper de la validation des stages et des plannings car ce sont essentiellement des activités réalisées par les sages-femmes coordinatrices lorsque celles-ci existent dans la structure (notamment hospitalière).

2.3.3. ...mais qui rencontrent parfois des difficultés

Cette notion ressort dès la question ouverte à propos de la définition de l'encadrement (« difficile, parfois difficile ou compliqué »). Du plus important au moins important, les difficultés sont principalement liées à l'étudiant sage-femme qui manque trop souvent de motivation ou de connaissances théoriques aux yeux des professionnels, à l'environnement qui ne leur permet pas une disponibilité suffisante pour l'encadrement lorsque la charge de travail est importante et à la pédagogie pour laquelle elles avouent avoir peu de connaissances. Les sages-femmes ont deux piliers principaux en cas de difficulté avec les étudiants : la sage-femme coordinatrice en maïeutique lorsque celle-ci existe et l'école de sage-femme. Il est donc essentiel qu'une collaboration efficace soit mise en place entre les différents intervenants afin de permettre de corriger les difficultés et apporter des solutions le plus rapidement possible. Certaines sages-femmes estiment que la difficulté et l'investissement est tel, que l'encadrement devrait être rémunéré comme une « *valorisation, une reconnaissance ou un dédommagement de l'investissement* », mais elles représentent une faible part de la population de l'étude (16,7%).

2.4. Les outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes

2.4.1. Des sages-femmes peu formées à la pédagogie mais en demande

Dans la théorie, Driscoll parle de « *superviseur d'expérience qui a été formé* » (48). Dans la pratique, les sages-femmes sont sensibles à cela. Ainsi, la notion de pédagogie arrive en quatrième position des facteurs influençant l'encadrement, et en troisième position en termes de difficultés rencontrées, ce qui n'est pas négligeable. La définition de l'encadrement fait ressortir également la notion de « pédagogie », et aussi les qualités telles que la « patience, la bienveillance, la confiance en soi et en l'autre » etc. qui sont les qualités caractéristiques d'un « bon » modèle de rôle déclinées dans la partie théorique. Bien qu'elles soient peu formées (88% des sages-femmes de l'étude n'ont jamais reçu de formation à la pédagogie ou l'encadrement), les sages-femmes semblent donc avoir spontanément une idée d'un encadrement de qualité.

On aurait pu penser que les jeunes diplômés ont plus été formés à l'encadrement que leurs aînés, puisque la notion d'encadrement est relativement récente dans les textes de loi. Mais les sages-femmes ont toutes peu bénéficié de formation peu importe leur nombre d'années de diplôme (p non significatif). La partie théorique a montré que la difficulté de l'encadrement ne se situe pas ou peu dans la connaissance de la profession ou du programme d'étude, mais plus sur les processus d'apprentissage et les phénomènes relationnels, ce qui pourrait être acquis par le biais d'une formation. Or, les résultats de notre étude montrent une insuffisance en formation : seulement 2,8% de la population interrogée a bénéficié d'une formation en formation initiale et 9,3% en continue. En formation continue, la formation n'est pas proposée dans tous les livrets de formation et est soumise à l'acceptation de l'institution qui peut la refuser. A cela, la proposition d'une formation proposée par l'école de rattachement pourrait être une solution et c'est d'ailleurs la réponse la plus plébiscitée par les sages-femmes (69,7%) lorsqu'on leur demande les modalités souhaitées pour une formation. Les autres questions montrent une préférence des sages-femmes pour une formation en formation continue comprenant plusieurs interventions, relativement espacées les unes des autres et des jeux de rôles avec mises en situation.

Certaines sages-femmes sont réticentes à la création d'une formation, représentant 32,4% en initial et 17,6% en continu. Evidemment, il n'est pas question de forcer les sages-femmes, mais il est important qu'elles gardent à l'esprit que c'est une obligation déontologique et qu'elles peuvent être amenées à encadrer. La justification des réponses est intéressante. Pour la formation initiale, c'est principalement le manque d'expérience de l'étudiant qui ressort. L'encadrement est associé et lié à cette expérience, qui devient une condition nécessaire et non négociable. Nous avons vu dans la partie théorique qu'effectivement, pour pouvoir encadrer correctement, il était nécessaire de maîtriser parfaitement les compétences que l'on doit transmettre mais aussi avoir confiance en soi et en l'autre (59). Il est parfois difficile pour un jeune diplômé d'allier les deux dès la sortie de l'école, alors quand on est étudiant... Une autre partie de la population (8,3%) déclare que l'encadrement relève de l'inné. C'est la deuxième raison contre une formation en formation initiale et la première en formation continue. Effectivement, des prédispositions à l'encadrement existent puisqu'il est dépendant de facteurs intrinsèques à la personne (personnalité, etc.) comme la partie théorique nous l'a montré, mais l'acquisition de connaissances et pratiques en pédagogie sont aussi indispensables.

Certaines sages-femmes vont être attirées et à l'aise avec l'encadrement sans avoir reçu obligatoirement une formation. Mais, ce n'est pas la majorité de la population puisqu'on a pu voir à travers l'étude qu'elles sont peu à ne jamais rencontrer de difficultés (13%). Des formations sont donc nécessaires, que ce soit en formation initiale ou en continue. On remarque également que les sages-femmes hospitalières sont plus intéressées par le fait d'avoir une formation en formation continue que les non hospitalières ($p = 0,02$) et ont tendance à être globalement plus intéressées par une formation sur l'encadrement des étudiants sages-femmes ($p = 0,06$). Ce n'est pas qu'il existe un manque d'intérêt de la part des non hospitalières, mais simplement qu'elles sont moins confrontées aux étudiants sages-femmes et éprouvent donc peut-être moins le besoin d'une formation.

2.4.2. Des sages-femmes en manque d'outils

Il n'existe pas de liens significatifs entre la présence d'un tuteur de stage référent et le lieu d'exercice. Parmi toutes les structures des Alpes-Maritimes, on peut quand même noter qu'il en existe plus en CH (68,4%) qu'en CHU (20,7%). Peut-être est-ce un choix institutionnel inscrit dans le plan de formation de l'établissement ? La systématisation de ces tuteurs référents est encouragée par la majorité des sages-femmes (92,4%). C'est une « personne ressource » à la fois pour l'ESF et la sage-femme qui permet un suivi beaucoup plus « adapté, objectif et personnalisé » de l'étudiant. A la question 29 concernant les personnes ressources à contacter en cas de difficultés, sept sages-femmes (7%) l'ont d'ailleurs cité spontanément. Cependant, il est vrai que cela est préférable dans les structures hospitalières, car cela semble peu pertinent en PMI ou en libéral, ce qui est souligné dans les raisons des sages-femmes réticentes à cette systématisation. Les stages longs pourraient être propices à la mise en place de ces tuteurs : 37% des sages-femmes interrogées estiment que ce mode de stage favorise un meilleur encadrement, un meilleur relationnel et une meilleure intégration dans les services.

Lorsqu'on fait l'état des lieux des outils dans les structures, peu sont disponibles. La plupart sont remis par l'étudiant comme la feuille d'évaluation de fin de stage (feuille rose) ou le livret de recueil des actes de l'étudiant (livret blanc). Un travail sur ces outils est donc intéressant, d'autant plus qu'ils sont jugés utiles (48,1%) mais aussi insuffisants (38,0%).

Les sages-femmes doivent connaître les outils à leur disposition (11,1% des sages-femmes de l'étude ne le savent pas) afin de pouvoir les utiliser : il faut donc privilégier des documents faciles d'accès, simples et pratiques et peut-être même les élaborer avec les professionnels de terrain pour une meilleure appropriation et utilisation.

III. Axes d'amélioration

Les sages-femmes de l'étude ont mis en avant trois éléments intéressants sur lesquels nous nous sommes appuyés pour mener à bien notre réflexion :

- Elles sont favorables à la systématisation des tuteurs de stage référents (92,4%)
- Les outils disponibles sont jugés insuffisants par 38% des sages-femmes
- Il existe un réel manque de formation que ce soit en formation initiale (67,6%) ou en formation continue (82,4%).

A partir de notre étude, des théories de l'apprentissage et des obligations législatives, nous allons donc dans ce chapitre présenter quelques propositions pour l'amélioration de l'encadrement des ESF.

Dans un premier temps, nous avons mené une réflexion à propos des tuteurs de stage référents.

3.1. Systematisation du tuteur de stage référent

Au travers de l'étude, on voit que le tuteur de stage est bien installé en CH mais peu en CHU : 75,9% des sages-femmes travaillant en CHU n'en possèdent pas. Il serait intéressant pour la structure hospitalière universitaire, puisqu'elle accueille un nombre important d'étudiants, de réfléchir sur la mise en place de ces tuteurs (si ce n'est pas déjà le cas), qui sont de véritables ressources et aides pour les sages-femmes et les ESF. Evidemment, cela doit s'intégrer dans un projet de service afin que la mise en place du tuteur soit réellement efficace (explications aux équipes du fonctionnement de l'encadrement avec un tuteur de stage référent, ses fonctions, etc.). La création de ces tuteurs devrait être basée sur le volontariat, c'est-à-dire que seules les sages-femmes désirant le devenir pourront accéder à la formation. Il ne faut pas forcer les sages-femmes qui ne le souhaiteraient pas à le devenir car dans ce cas, on perdrait en efficacité pour cet outil (ce que nous avons pu voir à travers l'étude).

Si on souhaite respecter strictement le rôle du tuteur, c'est-à-dire associé un étudiant à un tuteur, nous risquons d'être confrontés à une difficulté majeure lors de sa mise en place. En effet, pour un suivi régulier par un seul tuteur, il est nécessaire que les plannings du binôme soient identiques. Les contraintes organisationnelles de l'école et des lieux de stage ne favorisent pas cette harmonie entre les deux plannings. Avoir plusieurs tuteurs référents pour un même étudiant semble plus réalisable ; ces tuteurs référents devant travailler en équipe. Concernant le stage long, il pourrait être l'occasion d'appliquer ce mode de fonctionnement dans la mesure où ce stage est d'une durée plus importante et que 37% des sages-femmes interrogées estiment que ce mode de stage favorise un meilleur encadrement, un meilleur relationnel et une meilleure intégration dans les services de l'ESF.

Dans un deuxième temps, notre réflexion s'est portée sur les outils à la disposition des sages-femmes. Nous nous sommes demandés quel était celui le plus utilisé par les sages-femmes de terrain. Nous nous sommes donc intéressés de plus près au carnet de stage, qui semblait correspondre à tous ces critères puisqu'il est utilisé quotidiennement et surtout qu'il est préconisé dans l'article 10 de l'arrêté du 11 mars 2013 (2) :

Un carnet de stage identifie les objectifs pédagogiques transversaux et spécifiques de chaque stage. Il permet le suivi de la progression de l'étudiant et son évaluation ; celle-ci porte notamment sur des activités adaptées aux compétences transversales et spécifiques à acquérir.

3.2. Composition du carnet de stage

Comme nous l'avons vu au travers de la partie théorique, vérifier les acquis de l'étudiant est indispensable pour un encadrement de qualité. Une réflexion sur un outil permettant un suivi régulier de l'étudiant nous a donc semblé pertinente. Nous avons pensé au carnet de stage qui habituellement décline les différents stages, objectifs et compétences à atteindre et qui est validé par un ou des professionnels de terrain. Nous pourrions proposer que ce dernier comporte une feuille résumant les différentes compétences acquises ou non par l'étudiant et les actes qu'il a déjà réalisés, de manière claire et précise. Cela permettrait de faire gagner du temps à l'encadrant lorsqu'il rencontre l'étudiant pour la première fois et rendrait l'encadrement plus efficace puisque le professionnel cernerait plus précisément les différents niveaux d'acquisition de l'étudiant.

On pourrait envisager de construire une liste des différentes compétences que l'étudiant doit acquérir en fonction du stage (consultations, salle de naissances, suites de couches, etc.) en lien avec les situations du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes. Prenons l'exemple des consultations prénatales. Nous avons construit en annexe 16 et 17 une ébauche de document. Nous nous sommes inspirés des ressources mises à dispositions par l'ANFICsf (73). Pour un tout premier stage en consultations prénatales d'une durée de trois semaines, soit douze gardes, l'étudiant inclurait dans son carnet de stage :

- **Le document journalier** (annexe 16) : A faire compléter tous les jours par le professionnel. Les compétences seraient évaluées selon le système : non pratiqué (NP), non acquis (NA), à améliorer (AA) et acquis (A), car cela permettrait une évaluation objective de l'étudiant par le biais de critères précis. Puis, le professionnel renseignerait son nom, la date de la garde et la commenterait avec l'étudiant. Les deux signeraient ensuite l'appréciation. Nous avons souhaité construire une ébauche avec toutes les compétences d'un côté et les commentaires de l'autre afin d'avoir une vue d'ensemble de l'évolution du stage, et faciliterait l'évaluation de fin de stage.

- **Le document de synthèse de stage** (annexe 17) : A la fin de ce stage, et avant son retour au centre de formation, l'étudiant et le professionnel responsable de la validation du stage, feraient la synthèse des compétences acquises au cours du stage sur ce document. Ainsi, lors de son prochain stage en consultations prénatales, l'étudiant irait en stage avec la liasse journalière et la feuille de synthèse des précédents stages. L'étudiant pourrait présenter les documents de synthèse des stages précédents au professionnel qui connaîtrait les besoins de l'étudiant et les compétences sur lesquelles il doit particulièrement travailler.

Evidemment, le carnet de stage proposé en annexe n'est qu'une simple ébauche. Un travail collaboratif entre les différents professionnels de terrain et les équipes pédagogiques serait nécessaire et permettrait de faciliter son appropriation et son utilisation. Cela faciliterait également la création de liens entre les sages-femmes qui encadrent les ESF et les centres de formation (ce qui était demandé par quelques sages-femmes dans l'étude).

Enfin, nous nous sommes attardés sur le besoin de formation. Les sages-femmes sont 67,6% de l'étude à penser qu'une formation devrait avoir lieu pendant les études. Ce n'est pas négligeable. Initier l'ESF à l'encadrement, c'est lui offrir les outils pour être prêt à cela, dès la sortie du centre de formation qui doit inscrire cette réflexion dans son projet pédagogique. Cette initiation pourrait prendre la forme de cours de pédagogie ou de stage d'encadrement des promotions moins avancées par exemple. Ce n'est cependant pas la proposition de formation que nous avons choisie puisque la préférence de notre population s'est portée sur la formation continue (82,4% de la population de l'étude) et que le temps imparti pour la réalisation de ce travail et la population ciblée par notre étude ne nous permettaient pas de recueillir les données nécessaires à une ébauche d'ingénierie de formation concernant la formation initiale.

3.3. Ebauche d'ingénierie de formation en formation continue

L'étude a dévoilé un besoin de formation de la part des professionnels de terrain des Alpes-Maritimes. Nous avons donc choisi de proposer une ébauche d'ingénierie de formation dans le cadre de la formation continue (car le plus demandé dans l'étude). Les détails de la formation seront donnés à titre d'exemple car ils devront être réajustés en fonction des attentes du public et des contraintes organisationnelles. Cette formation serait proposée par l'école de rattachement, car c'est la solution la plus plébiscitée par les sages-femmes (69,7% de la population de l'étude) et intégrée au projet pédagogique.

❖ Cadre législatif

L'article R.4127-304 du code de la Santé Publique du 17 juillet 2012 (22) nous dit que la sage-femme a « *l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2* ». Cette formation est donc légitime.

❖ Objectifs visés par la formation

L'objectif principal de la formation proposée est de préparer le professionnel à un rôle d'encadrant. Cette formation a comme impératif de permettre au professionnel de vivre des mises en situation cliniques d'encadrement diverses et variées (car demandée ainsi par les sages-femmes de terrain interrogées).

Le but est de développer des compétences en matière de pédagogie, communication, de relations humaines et d'évaluation. Deux temps vont être nécessaires pour atteindre cet objectif.

Dans un premier temps, il va s'agir de développer les connaissances des professionnels en matière de pédagogie. Le contenu de ces apports didactiques concerne :

- Les **devoirs des professionnels** à propos de l'encadrement en faisant références aux divers textes législatifs en vigueur (prise de conscience de la responsabilité des encadrants face aux attentes et aux enjeux de la formation de futurs professionnels).
- Les textes législatifs qui concernent le **nouveau programme des études**, afin de comprendre les contraintes organisationnelles liées à l'application du nouveau programme.

Comme notre étude nous le montre, ces apports ne sont pas toujours bien connus du public, et feront l'objet de travaux dirigés sur la question (deuxième forme la plus souhaitée pour une formation par notre population interrogée). Le TD pourrait se dérouler ainsi :

- Création de petits groupes de professionnels
- Distribution d'un texte législatif à chaque petit groupe
- Lecture et repérage des éléments relatifs au devoir professionnel
- Explication par chaque groupe de son texte législatif et des éléments importants à retenir
- Distribution de pancarte : d'accord, pas d'accord à chaque participant
- QCM projetés sur les notions clés de chaque texte législatif

Une autre alternative, moins chronophage, d'organisation de ce TD serait d'envoyer en amont aux participants les différents textes législatifs afin qu'ils puissent se les approprier. Ainsi, les participants pourraient transmettre des questions et leurs attentes à l'intervenant de la formation. A partir de ce recueil, on assisterait à une présentation synthétique par le formateur et à des échanges avec des exemples concrets comme la répartition des stages dans les cursus (contraintes organisationnelles en lien avec alternance etc.)

Dans un second temps, nous leur transmettrons plusieurs notions :

- D'**apprentissage** en alternance
- D'**encadrement** avec l'ensemble des moyens permettant la transformation d'une situation clinique en situation d'apprentissage
- De **compétences** (définition, modalités d'acquisition, progression etc.)
- D'**objectifs**
- D'**évaluation** (les différents types d'évaluation, comment rédiger un rapport de stage, modes d'évaluation, élaborer des critères etc.)

Le contenu théorique sera réajusté en fonction des besoins des professionnels. A la fin de chaque temps, afin que le professionnel puisse mettre en pratique ce qui a été transmis, des jeux de rôle en petits groupes seront proposés abordant diverses situations cliniques d'encadrement. Les deux premiers temps se dérouleront sur une durée de deux jours. Une troisième journée sera réalisée à distance (car souhait des professionnels selon l'étude d'avoir plusieurs interventions espacées) avec un contenu adapté à ce qui sera ressorti des journées précédentes. Une évaluation des différences ressenties dans leur pratique d'encadrement depuis le suivi de cette formation sera réalisée. Il ne faudra pas omettre d'évaluer cette formation selon différentes modalités déclinées dans la trame d'organisation de cette formation proposée en annexe 18.

CONCLUSION

L'évolution du programme des études de sages-femmes avec l'approche par compétence et la formation en alternance ont influencé les modes d'apprentissage. La diminution significative du nombre d'heures de stage rend nécessaire son optimisation et le bon fonctionnement de la triade pédagogique étudiant – professionnel – institut de formation. Cela passe par le respect de textes législatifs et de notions de pédagogie que nous avons pu développer en partie théorique. L'encadrement est plurifactoriel : il est lié à des facteurs intra-individuels (motivation, personnalité, etc.), des facteurs environnementaux (charge de travail, situations cliniques rencontrées, etc.), mais aussi à la qualité des liens école/lieu de stage et des notions de pédagogie reçues. L'étude réalisée auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes nous a permis de montrer que les sages-femmes sont globalement conscientes de leur mission d'encadrement, qu'elles apprécient l'encadrement, mais qu'elles rencontrent parfois des difficultés. L'étude a mis en exergue une insuffisance en termes de formation à l'encadrement, tant en formation initiale qu'en formation continue et en outils pédagogiques. Les sages-femmes sont cependant en demande.

Ainsi, à partir des attentes des professionnels émanant de l'étude, nous avons pu émettre des pistes d'amélioration en formation initiale et en formation continue. Des formations adaptées permettront aux professionnels d'être suffisamment armés et compétents quant à l'encadrement des étudiants, et aux futurs professionnels de pouvoir offrir un encadrement de qualité et ce, dès la sortie du centre de formation. La création ou l'amélioration des outils disponibles comme le carnet de stage de l'étudiant seraient des aides supplémentaires, car le suivi sera plus objectif, plus personnalisé et maîtrisé à la fois par l'étudiant et le professionnel de terrain. Il serait intéressant d'étudier l'impact d'une formation sur l'encadrement des étudiants auprès des sages-femmes, mais aussi de recueillir l'avis des « étudiants » sur l'encadrement (qui n'a pas été abordé dans ce mémoire). Cela pourrait faire l'objet d'autres travaux de recherche.

Bibliographie

1. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en science maïeutiques. Journal Officiel du 10 août 2011, 13714.
2. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Journal Officiel du 28 mars 2013, 5288.
3. **Direction de la communication, culture et documentation du CHU de Nice.** Décembre 2013. *Les études de sages-femmes à Nice* (en ligne). [Consulté le 14 septembre 2016]. Disponible sur : <http://www.chu-nice.fr/images/stories/presse/document/sagesfemmes.pdf>
4. **M-C Leymarie, C.Maurin.** *Évolution de la formation des sages-femmes.* Les D.O. Septembre 2014. N°440, p.28-32.
5. **C.Allègre, L.Berlinguer, T.Blackstone, J.Ruettgers.** 1998. *Déclaration conjointe de la Sorbonne* (en ligne). [Consulté le 21 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/links/language/1998_Sorbonne_Declaration_French.pdf
6. **Conseil de l'Europe.** 1998. (en ligne). *Bologne pour les néophytes* (en ligne). [Consulté le 21 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/EHEA2010/BolognaPedestrians_fr.asp
7. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. Journal Officiel du 17 novembre 2009, 19838.
8. Décret du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade Master. Journal Officiel du 17 décembre 2014, 21148.
9. **Université de Nice-Sophia-Antipolis.** 2016. (en ligne). *Guide de la PACES 2016-2017* (en ligne). [Consulté le 21 septembre 2016]. Disponible sur : http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc_paces/paces_2016_2017_web.pdf
10. **E.Hébert.** *Le stage comme instrument d'apprentissage.* 2^e édition. Cégep de Trois-Rivières. 1996. 170 p.
11. **J.Ion.** *Le travail social à l'épreuve du territoire.* 2^e édition. Paris. Conseil de l'Europe. 1990. 164 p.
12. **F-X Schweyer.** *La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste.* Sciences sociales et santé. 1996. Vol. 14, N°3, p.67-102.
13. **P.Peggy, C.Herrmann, C.Bernardot, N.Coeurdevey.** *La construction de l'identité professionnelle.* Mémoire infirmier. Besançon. 2015. 30 p.
14. **Jean-Paul Sartre.** *CD audio Huis clos, précédé d'un entretien de Jean-Paul Sartre avec Moshé-Naïm en 1964.* 69 min. Collection A voix haute, Gallimard. 2014.
15. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 juillet 2009, 12184.
16. **J-L Bernard, P. Reyes.** *Apprendre, en médecine (1^{ère} partie).* Pédagogie médicale. 2001. Vol. 2, N°3, p.163-169.
17. **J. Daiz.** *L'alternance intégrative : deux terrains, trois acteurs.* Sage-femme.ch. Novembre 2006. p.30-31.
18. **Le Bœuf, CASSF, CNOSF.** Janvier 2010. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes* (en ligne). [Consulté le 14 septembre 2016]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
19. **G. Malglaive.** *Alternance et compétences.* Cahiers pédagogiques. Janvier 1994. N° 320, p.26-28.
20. **G. Le Boterf.** *Ingénierie et évaluation des compétences.* 4^{ème} éd. Paris : Editions d'Organisation. 2002. p. 32, p. 41-46, p. 104-107, p. 563.
21. **C.Payeur, R.Simard.** *Guide de stages en milieu de travail dans le cadre des programmes de formation professionnelle du secondaire et du collégial* (en ligne). [Consulté le 2 septembre 2016]. Disponible sur : <https://unites.uqam.ca/forum/Stages.pdf>
22. Décret du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. Journal Officiel du 19 juillet 2012, 11837.

23. **SHAM**. 2015. *Panorama du risque en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux* (en ligne) [Consulté le 2 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.sham.fr/content/download/15740/85611/version/1/file/Panorama_Sham_2015_synthese.pdf
24. **Code de la Santé Publique**. Section 3. *Code de déontologie des sages-femmes*. Articles R4127-301 à R4127-324. [Consulté le 16 septembre 2016]. Disponible sur : <https://lc.cx/JXAf>
25. **C.Ponte, F.Nguyen, M-A Poulain, C.Amiel-Tison, D.Cabrol**. *50 questions sur le métier de la sage-femme : législation et exercice professionnel*. 1^{ère} édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. 2011. p.47-49.
26. Article 121-3 du Code Pénal, modifié par la loi du 10 juillet 2000. Journal Officiel du 11 juillet 2000.
27. **ANFICsf**. 2016. *Charte d'engagement : maîtrise de stage en maïeutique* (en ligne). [Consulté le 17 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.anfic-sages-femmes.fr/offres/file_inline_src/176/176_P_1473_56bf3e92cdbbb3_2.pdf
28. **R. Harden, J. Laidlaw**. *Be fair to students : four principles that lead to more effective learning*. Medical Teacher. Janvier 2013. Vol. 35, N°1, p.27-31.
29. **C. Mias**. *L'implication professionnelle dans le travail social*. Agora débats/jeunesses. 1999. Vol. 16, N°1, p.118.
30. **S. Ramani, S.Leinster**. *AMEE Guide no 34 : teaching in the clinical environment*. Medical Teacher. Janvier 2008. Vol. 30, N°4, p.347-364.
31. **Kant**. 1803. *Traité de pédagogie* (en ligne). Grenoble. [Consulté le 16 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/old2/file/kant_pedagogie.pdf
32. **J-Y Arrivé, M.Edmond**. *Guide de la formation et du développement professionnel*. 2^e édition. Paris. Retz. 14 novembre 2006. p.31-49.
33. **G. Le Boterf**. *La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite*. Personnel. Août-septembre 2000. N°412.
34. **P. Meirieu**. *Apprendre oui, mais comment*. 24^e édition. Paris. ESF éditeur. 2015. 192 p.
35. **G. Le Boterf**. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. 24^e édition. Paris. Editions d'Organisation. Octobre 1994. 175 p.
36. **P. Perrenoud**. *Construire des compétences dès l'école*. 6^e édition. Issy-les-Moulineaux. ESF éditeur. 2011. 192 p.
37. **J. Tardif, G. Fortier, C. Préfontaine**. *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. 6^e édition. Montréal. Chenelière-éducation. 2006. 363 p.
38. **J. Tardif**. *Le transfert des apprentissages*. 1^{ère} édition. Montréal. Logiques. 1999. 222 p.
39. **S. Rui**. Août 2012. *Réflexivité* (en ligne). [Consulté le 6 novembre 2016]. Disponible sur : <https://sociologie.revues.org/1584>
40. **P. Perrenoud**. *De la pratique réflexive au travail sur l'habitus*. Recherche et formation. 2000. N°36, p.131-162.
41. **P. Perrenoud**. *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*. Cahier Pédagogiques. Janvier 2001. N° 390, p. 42-45.
42. **J. Piaget**. *Biologie et connaissance – Essai sur les relations entre les régulations organiques et les processus cognitifs*. 1^{ère} édition. Gallimard. Collection idées n°288. 1973. 512 p
43. **J. Piaget**. *L'épistémologie génétique*. 5^e édition. Paris. Presses Universitaires de France. Que sais-je ? 2005. 126 p
44. **G. Vergnaud**. *La théorie des champs conceptuels*. Recherches en Didactique des Mathématiques. 1990. Vol. 10, n° 23, p. 133-170.
45. **M.Tremblay, L.Casimiro**. N.s. *Raisonnement cliniquement : le lien entre théorie et pratique* (en ligne). [Consulté le 6 novembre 2016]. Disponible sur : <http://sante.uottawa.ca/pdf/raisonnement.pdf>
46. **J.Rouzel**. *La supervision d'équipes en travail social*. 2^e édition. Dunod. Septembre 2015. 304 p
47. **Lynch, Happel, Sharrock**. *Clinical supervision : an exploration of its origins and definitions*. International Journal of Psychiatric Nursing Research. 1^{er} janvier 2008. Vol.13, N° 2, p. 42-45.
48. **Consortium National de Formation en Santé**. 2010. *Superviser un stagiaire – Document d'information destiné aux superviseurs de stagiaires* (en ligne). [Consulté le 10 février 2016]. Disponible sur : <http://sante.uottawa.ca/pdf/brochure-super-stagiaire.pdf>
49. **Archive DISCAS**. 2006. *Supervision : une définition* (en ligne). [Consulté le 2 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.csrndn.qc.ca/discas/csrndn/supervisiondefinition.html>

50. **ANFICsf.** 2003. *La supervision* (en ligne). [Consulté le 12 février 2016]. Disponible sur : http://www.anfic-sages-femmes.fr/offres/file_inline_src/176/176_P_4616_2.pdf
51. **S. Kilminster, D. Cottrell, J. Grant, B. Jolly.** *AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision*. Medical Teacher. Janvier 2007. Vol. 29, n° 1, p. 2-19.
52. **R. Legendre.** *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e édition. Montréal. Guérin Canada. Collection Le défi éducatif. Février 2006. 1584 p.
53. **G. Boutin et L. Camaraire.** *Accueillir et encadrer un stagiaire : guide pratique à l'usage de l'enseignant-formateur*. 1^{ère} édition. Montréal. Nouvelles. Collection Education. 2001. 106 p.
54. **F. Raynal et A. Rieunier.** *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés, apprentissage, formation, psychologie cognitive*. 10^e édition. Issy-les-Moulineaux. ESF Editeur. 2015. 542 p.
55. **Institut National de Recherche Pédagogique.** 1996. *Recherche et formation. N°22* (en ligne). [Consulté le 12 décembre 2016]. Disponible sur : <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR022.pdf>
56. **HAS.** Mai 2014. *Fiche méthode- Encadrement de stage : la maîtrise de stage, le tutorat* (en ligne). [Consulté le 2 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_mds_2014-06-24_11-26-39_836.pdf
57. **Scandura, Baugh.** *The effect of multiple mentors on protegee attitudes toward the work setting*. Journal of Social Behaviour and Personality. Décembre 1999. Vol. 14, n° 4, p. 503-521.
58. **P. Angel, D.Cancellieri-Decroze.** *Du coaching au mentoring*. Paris. Edition Armand Colin. 2011. 192 p.
59. **M. Bouttet, N. Rousseau.** *Les enjeux de la supervision pédagogique des stages*. 10^e édition. Québec. Presses de l'Université du Québec. Collection Education Intervention. 2002. 260 p.
60. **M. Chamberland, R. Hivon.** *Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique*. Pédagogie médicale. Mai 2005. Vol. 6, n° 2, p. 98-111.
61. **D. Prideaux, H.Alexander, A. Bower, J.Dacre, S. Haist, B. Jolly, J. Norcini, T. Roberts, A. Rothman, R. Rowe et S. Tallett.** *Clinical teaching : maintaining an educational role for doctors in the new health care environment*. Medical Education. Octobre 2000.Vol. 34, n°10, p. 820-826
62. **Dictionnaire de français Larousse.** 2017. *Définition de la métacognition* (en ligne). [Consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9tacognition/50820>
63. **D.M.Irby.** *What clinical teachers in medicine need to know*. Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges. Mai 1994. Vol. 69, n°5, p. 333-342
64. **K. Hoffman, G. Kimberly, J. Donaldson, F. Joe.** *Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning*. Medical Education. Avril 2004. Vol. 38, n° 4, p. 448-454
65. **P. Carré.** *L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. N.s.. Paris. Dunod. Collection Psycho Sup. Février 2005. 224 p.
66. **V. Passi, S. Johnson, S. Peile, S. Wright, F. Hafferty, N. Johnson.** *Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27*. Medical Teacher. Septembre 2013. Vol. 35, n° 9, p. e1422-1436
67. **S. Wright.** *Examining what residents look for in their role models*. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges. Mars 1996. Vol. 71, n° 3, p. 290-292.
68. **J-L Bernard, P. Reyes.** *Apprendre, en médecine (2^e partie)*. Pédagogie médicale. 2001. Vol. 2, N°4, p.235-241.
69. **Ecole Universitaire de Maïeutique.** 2017.*Le projet pédagogique* (en ligne). [Consulté le 7 novembre 2016]. Disponible sur : <http://maïeutique.univ-amu.fr/projet-pedagogique>
70. **L. Flamérion.** *Les différentes méthodes d'enseignement en sciences physiques au lycée*. Auxerre. 2004. 44 p.
71. Décret du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. JO du 26 décembre 2014, texte n°71.
72. **Département de Médecine Générale.** *Construire une enquête et un questionnaire*. E-respect, Revue des étudiants en Soins Primaires et Chercheurs Toulousains. Novembre 2012. N° 2, p. 15-21
73. **ANFICsf.** 2014. *Conduire une consultation prénatale et explorations fonctionnelles de grossesse* (en ligne). [Consulté le 18 février 2017]. Disponible sur : <http://www.anfic-sages-femmes.fr/secure/zc/176/552>

Annexes

Annexe 1 : Répartition des ECTS en fonction des cycles d'étude

Tableau construit à l'aide de la Charte d'engagement (27)

	ECTS totaux	Suivi pré-natal	Suivi per-natal	Suivi post-natal	Autres
1^{er} cycle DFGMa*1	34 ECTS	6 ECTS	14 ECTS	10 ECTS	4 ECTS
	A répartir sur les semestres 3 à 6 du grade de licence	4 en consultations prénatales 2 en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	Suivi clinique du travail et de l'accouchement eutoctique : accueil d'un nouveau-né eutrophe à terme, suivi post-natal précoce d'une parturiente et de son nouveau-né	Suites de couches physiologiques, surveillance et soins au nouveau-né	Sémiologie, démarche clinique, gestes techniques Accueil d'un patient, relation soignant-soigné
2nd cycle DFAMa*2	48 à 68 ECTS	12 à 16 ECTS	20 à 24 ECTS	8 à 14 ECTS	8 à 14 ECTS
	Selon les options choisies sur les 4 semestres de grade de master	Consultations prénatales, grossesse pathologique, PNP	Pratique d'un accouchement eutoctique, accueil d'un nouveau-né eutrophe à terme, suivi d'un accouchement pathologique et ses suites immédiates Accueil d'un nouveau-né malade	Suites de couches physiologiques Nouveau-né, nourrisson, SDC pathologiques, nouveau-né malade	Planification familiale/santé génésique : contraception, IVG, prévention IST
					6 ECTS
					Surveillance gynécologique : Suivi gynécologique de prévention, participation à la prise en charge des patientes présentant une pathologie gynécologique

*1DFGMa = Diplôme de Formation Générale en sciences Maïeutiques

*2DFAMa= Diplôme de Formation Approfondie en sciences Maïeutiques

Annexe 2 : Les caractéristiques d'un bon étudiant

Tiré de la Charte d'engagement de l'ANFICsf (27)

FEEDBACK

PERTINENCE

(éthique, respect, humanisme, responsabilité)

- ✓ Se prépare à aborder le stage en mobilisant les ressources disponibles (lien théorie/pratique)
- ✓ Se soumet au règlement intérieur de la structure d'accueil et de l'école et/ou université
- ✓ Assure la continuité des soins en suivant ses obligations de présence déterminées avec le maître de stage
- ✓ Identifie les particularités du milieu de stage
- ✓ Développe ses compétences cliniques en y intégrant les compétences professionnelles transversales

- ✓ Collabore aux évaluations de son maître de stage
- ✓ Remet une évaluation des enseignements reçus, dans le but d'en améliorer le contenu

INDIVIDUALISATION

- ✓ Prépare chacun de ses stages en lien avec ses connaissances, ses ressources et ses objectifs personnels
- ✓ Communique sur son projet professionnel
- ✓ Coopère aux activités de supervision et/ou de tutorat proposées
- ✓ Construit son parcours d'acquisition des compétences professionnelles

ACTIVITÉS

- ✓ S'investit dans les méthodes actives qui lui permettent de faire valider ses traces d'apprentissage (portfolio, recherche de documents, projet)
- ✓ Distingue et choisit les situations d'apprentissage clinique qui lui sont les plus utiles
- ✓ Développe les qualités de professionnalisme en interaction avec ses enseignants, ses pairs et les patients, pour devenir lui-même modèle de rôle
- ✓ Recherche conseils et avis dans les situations de conflit sociocognitif
- ✓ Apprend à poser des questions et à demander des éclaircissements
- ✓ Prend conscience des résultats attendus
- ✓ Se met dans une dynamique de devenir tuteur
- ✓ Recherche le feedback entre pairs
- ✓ Donne de l'enthousiasme à l'enseignant en s'impliquant dans un feedback positif

- ✓ Développe une écoute active, lui permettant de faire le lien entre théorie et clinique, en se prêtant aux séances de feedback proposées par le maître de stage ou demandées par ses soins
- ✓ Recherche et met en application les activités et les tâches en milieu clinique pouvant lui permettre de construire ses compétences
- ✓ Se saisit activement des informations lui permettant de ne pas être un récepteur passif de l'information, mais de pouvoir remodeler celle-ci
- ✓ Se prépare aux séances de feedback
- ✓ Engage un dialogue avec son maître de stage pour vérifier si ce qu'il a compris est utile et pertinent
- ✓ Explique les données recueillies et les liens établis au superviseur (ou tuteur, ou pair) et met en évidence les acquis et les manques dans son apprentissage
- ✓ Suit la guidance proposée par son maître de stage lui permettant de devenir réflexif dans son apprentissage : savoir approfondir, affiner des concepts
- ✓ Note les problèmes de compréhension qu'il rencontre pour interroger le maître de stage ou faire des recherches personnelles
- ✓ Mobilise les données de la médecine par les preuves pour repérer les informations valides, en opérant un choix des données adaptées à l'environnement de soin et aux patients
- ✓ Évalue la qualité de l'information, afin d'être en mesure d'utiliser l'information adéquate pour un apprentissage autonome et sa pratique médicale future

Annexe 3 : Les caractéristiques d'un bon encadrant

Tiré de la Charte d'engagement de l'ANFICsf (27)

PERTINENCE (ÉTHIQUE, RESPECT, HUMANISME, RESPONSABILITÉ)

- ✓ Garantit la qualité des soins dans le cadre du stage
- ✓ A une attitude éthique vis-à-vis des patients et des étudiants
- ✓ Garantit une pratique conforme aux données probantes et actualisées
- ✓ Intensifie l'apprentissage du raisonnement clinique et de la relation de soin
- ✓ Explicite à voix haute ses stratégies de diagnostic et de soins (modèle de rôle conscientisé)
- ✓ Explicite la réalité de soigner dans sa complexité, ses contraintes et ses tensions éthiques.
- ✓ Démontre son engagement dans le soin aux patients vivant au sein d'une équipe pluri-professionnelle
- ✓ Fait preuve de curiosité, de réflexion critique.
- ✓ Dégage du temps pour remplir son rôle de tuteur
- ✓ Base ses évaluations de l'apprentissage de l'étudiant sur des critères précis, traversant tout l'acte clinique, en suscitant l'autoévaluation
- ✓ Accepte l'évaluation du stage par les étudiants et par l'école ou l'université

INDIVIDUALISATION

- ✓ Est attentif au projet professionnel de l'étudiant et à son développement personnel
- ✓ Vise l'autonomie de l'étudiant en respectant la « zone de développement » de l'étudiant
- ✓ Crée des opportunités d'apprentissage en sélectionnant des situations cliniques défiantes
- ✓ Est en cohérence ou vise l'expression de l'identité professionnelle de la sage-femme
- ✓ Aide à la réussite, à la progression de l'être et de son savoir-être (critères de St Arnaud)
- ✓ Fait preuve de qualités humaines : respect, tolérance, bienveillance, empathie, humanisme
- ✓ Se représente l'univers mental social et culturel de l'étudiant pour avoir un langage adapté

ACTIVITÉS

- ✓ Contribue à la progression de l'étudiant dans l'acquisition de ses compétences
- ✓ Applique la méthode : conduire, questionner, faciliter et diagnostiquer (CQFD)
- ✓ Favorise l'intégration de l'étudiant dans l'équipe
- ✓ Diagnostique les besoins d'apprentissage de l'étudiant : recueille des objectifs institutionnels et personnels, et transmet à l'étudiant des objectifs complémentaires liés à l'observation précoce de l'étudiant
- ✓ Effectue une série d'évaluations formatives à l'aide d'outils validés (mini-clinique, observation directe de soin technique)
- ✓ Participe activement et fait vivre la triade pédagogique en lien avec

l'université référente

- ✓ Entretien des liens avec la structure de formation initiale en maïeutique : Participe à l'organisation du stage (création de binômes, planning, planification des bilans et de l'évaluation, présentation du stage)
- ✓ Planifie l'entretien d'accueil et de fin de stage
- ✓ Rédige le rapport de stage
- ✓ Garantit le temps réglementaire de présence en stage

FEEDBACK

- ✓ Montre une capacité de réceptivité et d'empathie
- ✓ Donne une rétroaction et des informations spécifiques, basées sur l'observation d'un étudiant en action (sur des faits, en appui sur les langages verbal et non verbal, le raisonnement clinique)
- ✓ Questionne les savoirs de l'étudiant (connaissances antérieures)
- ✓ Applique une écoute active en reformulant les informations recueillies auprès de l'étudiant
- ✓ Travaille sur les liens entre les connaissances
- ✓ Donne des ressources : guide l'étudiant dans la recherche des données probantes, apporte des connaissances approfondies, spécifiques et explicitées, guide l'étudiant dans l'apprentissage des compétences visées
- ✓ Valide les acquis et encourage de nouvelles perspectives
- ✓ Exprime son opinion voire son désaccord vis-à-vis des actions de l'étudiant
- ✓ Travaille sur l'erreur et élabore avec l'étudiant un plan d'action en cas de difficulté

Il peut confier aussi à l'étudiant un travail par écrit (« qu'ai-je appris aujourd'hui »), une préparation de synthèse clinique, une lecture d'articles, la participation à des staffs.

Annexe 4 : Neuf principes à la base de l'évaluation des compétences

Tiré de *L'évaluation des compétences* par Tardif, Fortier et Préfontaine (37)

Principe 1 : Rendre compte d'une progression dans une trajectoire de développement

Le développement des compétences qui se déroule sur plusieurs années nécessite

- de mettre en œuvre *des situations d'apprentissage* qui provoquent le développement des compétences ;
- de mettre en œuvre *des situations d'évaluation en cohérence avec les situations d'apprentissage* ;
- de rendre compte à l'étudiant de ses progrès, de son évolution et de ses apprentissages relativement au développement de chaque compétence (Tardif, 2006, p. 106)
 - non pas
 - proposer *des évaluations sporadiques*
 - produire *une information sur un état donné*,
 - mais
 - situer les évaluations sur une trajectoire de développement d'apprentissage relatif à la compétence visée
 - concrètement, il s'agit de fournir une information rigoureuse sur
 - le degré de maîtrise atteint sur la trajectoire de développement de la compétence visée
 - les progrès accomplis
 - les apprentissages à privilégier

Ceci impose aux enseignants de maîtriser

- Le modèle cognitif qui préside aux choix des situations d'apprentissage et d'évaluation et
 - *déterminant les étapes de développement d'une compétence* ;
 - *déterminant les obstacles au développement d'une compétence* ;
 - *différenciant des trajectoires de développement* ;
 - *déterminant des étapes de développement mutuellement exclusives* (Tardif, 2006,
- Les apprentissages à réaliser dans le développement de ces compétences

Principes 2 : Accorder la priorité aux compétences et non aux ressources

- Objectif : *se préoccuper de la capacité de l'élève ou de l'étudiant de mobiliser et de combiner efficacement les ressources dans un contexte précis* (Tardif, 2006, p. 106)
- Dérive à éviter :
 - *évaluer les ressources comme entités séparées des compétences elles-mêmes*
- Au risque de :
 - Mettre l'accent uniquement sur les ressources cognitives
- À faire :
 - Ce qui a trait aux ressources doit être enchaîné d'une manière synergique dans les compétences.
 - Une attention particulière doit être accordée à l'efficacité des mobilisations et des combinaisons des ressources. (Tardif, 2006, p. 108)

Principes 3 et 4 : Déterminer les ressources mobilisables et mobilisées, combinables et combinées

- Objectifs : *mettre en place les stratégies et les moyens appropriés pour être en mesure de rendre compte* :
 - *Des ressources mobilisées et combinées* par l'apprenant
 - *Des ressources dont dispose l'apprenant et qu'il n'a pas mobilisées, ni combinées dans ce contexte – ce sont les ressources mobilisables et combinables* (Tardif, 2006, p. 110)
 - *Des ressources qui auraient dû être mobilisées dans ces contextes et qui ont été ignorées* (Tardif, 2006, p. 108).
 - *Soit parce qu'elles ne font pas encore partie de son bagage personnel ;*
 - *Soit par méconnaissance, parce qu'il ne les maîtrise pas à un degré suffisant ;*
 - *Soit par représentation erronée ou lacunaire de la tâche à accomplir* (Tardif, 2006, p. 110).
 - *De l'efficacité des combinaisons*
- Moyens d'évaluation des ressources mobilisées et combinées par l'élève
 - Le stage : *la pratique en stage nécessite le recours à de nombreuses ressources de l'ordre*
 - *de la connaissance (psychologie, pédagogie, didactique)*
 - *des relations interpersonnelles*
 - *de l'éthique* (Tardif, 2006, p. 109)
 - La carte conceptuelle : il s'agit de demander à l'apprenant de produire des *schémas par rapport aux ressources mobilisées et combinées par les compétences* (Tardif, 2006, p. 109).
- Intérêt de la mise en exergue des ressources mobilisées et combinées
 - L'attention accordée aux ressources qui n'ont pas été mobilisées et qui auraient dû l'être permet à l'enseignant de *sélectionner les apprentissages qu'il faut réaliser par la suite sur le plan des ressources* (Tardif, 2006, p. 109).
- Moyens d'évaluation des ressources mobilisables et combinables
 - La carte conceptuelle : *demander à l'apprenant de dévoiler l'ensemble des ressources, internes et externes, qu'il aurait pu éventuellement considérer dans une situation de même nature* (Tardif, 2006, p. 110).
- Intérêt de la mise en exergue des ressources mobilisables
 - L'attention accordée aux ressources mobilisables et combinables permet à l'enseignant d'*estimer systématiquement le degré de transférabilité des ressources d'un étudiant face à diverses problématiques* (Tardif, 2006, p. 110).

Principe 5 : Circonscrire les situations de déploiement des compétences

- Objectif : les évaluations doivent rendre compte aux apprenants de l'évolution de leurs compétences relativement à la situation
- Moyens :
 - *Créer des situations d'apprentissage allant des problématiques simples aux plus complexes*
 - Créer des situations d'évaluation en cohérence avec les situations d'apprentissage allant dans ce cas des problématiques les plus simples aux plus complexes

Principe 6 : Documenter la trajectoire de développement à partir de preuves partagées

- Constat : *plus on privilégie le recours à des situations complexes, plus on augmente l'importance de documenter rigoureusement à partir de preuves les conclusions évaluatives* (Tardif, 2006, p. 112).
- Souhait : *les enseignants rêveraient que les preuves sur lesquelles reposent leurs conclusions évaluatives soient irréfutables et que, par conséquent, leur jugement ne puisse pas être mis en doute* (Tardif, 2006, p. 113).
- Moyen : la collégialité
 - *La collégialité assure un plus haut degré de validité des preuves à partir desquelles on infère un niveau de développement de la compétence ou un niveau de maîtrise des ressources mobilisables et combinables* (Tardif, 2006, p. 114).
 - Pour favoriser la validité la plus élevée possible, plus d'un enseignant apprécie la production d'un élève ou d'un étudiant.

Principe 7 : Rendre compte de l'autonomisation dans le déploiement des compétences

- Constat :
 - Le niveau de compétence est fonction du niveau d'autonomie de l'apprenant, de sa capacité plus ou moins grande à mobiliser et combiner les ressources internes et externes.
- Moyens pour développer son autonomie :
 - Développer ses stratégies cognitives, ses stratégies d'apprentissage, apprendre à y recourir de plus en plus fréquemment et de façon de plus en plus appropriée
 - Développer ses stratégies métacognitives, se donner les moyens de se réguler.
 - Développer ses stratégies coopératives sans quoi l'apprenant risque de devoir abandonner la réalisation de nombreuses tâches complexes qui nécessairement ne peuvent être traitées sans la constitution d'équipes coopératives.

Principe 8 : Recourir à des critères multiples dans chaque évaluation

Les critères d'évaluation la compétence portent

- Sur le développement de la compétence elle-même
- Sur les ressources cognitives
- Sur les ressources relationnelles, motrices et sociales
- Sur l'autonomisation progressive dans le déploiement de la compétence.

Principe 9 : Intégrer les différences individuelles dans l'appréciation

- Objectif : *il est crucial que les critères retenus pour apprécier le développement de la compétence ne contraignent pas les apprenants à devenir des copies conformes les uns par rapport aux autres* (Tardif, 2006, p. 119).
- Moyens
 - Il importe de se référer au modèle cognitif qui préside à l'acquisition de la compétence visée. Ce modèle a entre autres l'avantage de
 - *Déterminer les étapes de développement d'une compétence ;*
 - *Différencier des trajectoires de développement ;*

Annexe 5 : Questionnaire

Questionnaire : L'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs dans les Alpes-Maritimes.

Pour mon mémoire de fin d'études, je réalise un état des lieux sur l'encadrement des étudiants sages-femmes (ESF) en stage par la sage-femme. L'objectif principal est de déterminer la position des sages-femmes (SF) face à l'encadrement et de faire l'état des lieux des outils pédagogiques à leur disposition dans le but de proposer, si besoin, des axes d'amélioration.

*Obligatoire

PARTIE 1 : A PROPOS DE VOUS.

- Vous êtes :** *
 - Un homme
 - Une femme
- Votre date de naissance :** * __/__/____
- Vous êtes diplômé(e)s depuis :** * _____
Exemple : 2010
- Vous êtes diplômé(e)s de l'école de :** *
Exemple : Nice (Choix parmi liste déroulante)
- Vous exercez des fonctions de cadre :** *
 - Oui
 - Non
- Actuellement, vous travaillez dans un(e) :** *
Plusieurs réponses possibles
 - Centre Hospitalier (CH)
 - Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
 - Clinique
 - Cabinet libéral
 - Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Seulement pour celles en CH, CHU ou clinique, précisez le type :**
Une seule réponse possible
 - Type 1
 - Type 2A
 - Type 2B
 - Type 3
- Vous exercez dans votre lieu de travail actuel :** * _____
Exemple : 2010
- Au cours de votre carrière, vous avez exercé en :** *
Plusieurs réponses possibles
Exemple : Si vous avez exercé en CH de type 1 et 2, cochez ligne 1 (CH) et colonne 4 (type 1 et 2)

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 1 et 2	Type 1 et 3	Type 2 et 3	La structure n'est pas classée en niveau.	Jamais
CH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cabinet libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
PMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

10. Vous avez exercé dans les différents types de structure pendant :

Une seule réponse par ligne

Exemple: De manière cumulée dans chaque type de structure en comptant celle dans laquelle vous exercez actuellement. Si j'exerce au CHU depuis 3 ans et j'ai fait 2 ans de libéral avant, je coche ligne 2 (CHU) colonne 3 (1 à 5 ans) et ligne 4(cabinet libéral) et colonne 3 (1 à 5 ans)

	< 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 5 ans	Plus de 5 ans	Jamais
CH	<input type="checkbox"/>				
CHU	<input type="checkbox"/>				
Clinique	<input type="checkbox"/>				
Cabinet libéral	<input type="checkbox"/>				
PMI	<input type="checkbox"/>				

PARTIE 2 : L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES.

11. L'encadrement des ESF est un devoir de la sage-femme, régi par des textes de loi :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

12. A propos du programme des études de sage-femme, situez votre niveau de connaissance :

	0	1	2	3	4	5	
Pas connu	<input type="checkbox"/>	Connu					

13. A propos du Référentiel Métier et Compétences, situez votre niveau de connaissance : *

0 1 2 3 4 5

Pas connu Connu

14. En dehors de l'encadrement sur les lieux de stage, participez-vous à d'autres activités pédagogiques avec les ESF ? : *

Une seule réponse par ligne

	Jamais	Occasionnellement	Régulièrement	Toujours
Interventions dans les écoles de sages-femmes (TP, TD, cours magistraux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jury d'examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directeur de mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation aux évaluations cliniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation aux évaluations cliniques du Diplôme d'Etat (DE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Participez-vous à d'autres activités pédagogiques en dehors de celles concernant les ESF ? : *

- Oui *Passez à la question 16.*
- Non *Passez à la question 17.*

16. Si oui, précisez : * _____

17. Si vous deviez définir en quelques mots l'encadrement des étudiants : * _____

18. Dans votre structure, existe-t-il à votre connaissance, un protocole ou un projet de service sur l'encadrement des ESF ? : *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

19. Selon vous, quels sont les principaux facteurs pouvant influencer la qualité de l'encadrement ? : * _____

20. Selon vous, à quel point l'encadrement des ESF en stage impacte-t-il sur l'acquisition de leurs compétences ? : *

0 1 2 3 4 5

Aucun Très fort

21. Lors de vos études, quel souvenir gardez-vous de l'encadrement par les sages-femmes de terrain ? : *

0 1 2 3 4 5

Très mauvais Très bon

22. Diriez-vous que ce souvenir a un impact sur la manière dont vous encadrez les ESF aujourd'hui ? : *

- Oui
- Non

23. Sur une année scolaire, combien d'ESF encadrez-vous ? : *

- Aucun *Passez à la question 30.*
- Moins de 10/an
- Entre 10 et 40/an
- > 40/an

24. Sur une journée de stage, vous encadrez le plus souvent : *

- 1 étudiant à la fois
- 2 étudiants
- > 2 étudiants

25. Pour des conditions optimales d'encadrement, combien une même sage-femme devrait-elle pouvoir encadrer sur une journée de stage ? : *

- 1 étudiant à la fois
- 2 étudiants
- > 2 étudiants

26. Lors de l'encadrement des ESF en stage, vous : *

Une seule réponse par ligne.

	Jamais	Occasionnellement	Régulièrement	Toujours
Leur présentent l'organisation du terrain de stage si cela n'a pas été fait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur demandez leurs objectifs de stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluez leur niveau par rapport à leur cursus et l'acquisition des compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Validez les feuilles de compte-rendus de fin de garde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rédigez les plannings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Répartissez les ESF dans les lieux de stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participez à la validation du stage (feuille rose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisez seul(e) la validation du stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés à encadrer les ESF en stage ? : *

0 1 2 3 4 5

Jamais Toujours

28. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ? : * _____

29. En cas de difficulté avec un ESF, avez-vous une ou des personnes ressources que vous pouvez contacter ? : *

Plusieurs réponses possibles.

- Cadre de service
- Ecole de sage-femme
- Autre : _____

PARTIE 3 : LES OUTILS PÉDAGOGIQUES.

30. Existe-t-il dans votre structure des référents de stage ? : *

Le tuteur de stage référent intervient lors de l'accueil des ESF (présentation du service, prise de connaissance des objectifs, etc.), réalise l'évaluation de mi-stage pour voir son évolution, ses difficultés, et aide au remplissage de la feuille de fin de stage. Il est une aide pour les professionnels de terrain.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je suis moi-même référent de stage.

31. Seriez-vous favorable à la mise en place de manière systématique des tuteurs de stage référents sur les différents lieux de stage ? : *

- Oui, plutôt favorable *Passez à la question 32.*
- Non, plutôt défavorable *Passez à la question 33.*
- Ne sais pas

32. Si oui, pourquoi : * _____ *Passez à la question 34.*

33. Si non, pourquoi : * _____ *Passez à la question 34.*

34. L'encadrement des ESF devrait être rémunéré : *

- Oui *Passez à la question 35.*
- Non *Passez à la question 36.*
- Ne sais pas *Passez à la question 37.*

35. Si oui, pourquoi : * _____ *Passez à la question 37.*

36. Si non, pourquoi : * _____ *Passez à la question 37.*

37. Avez-vous remarqué une différence dans votre encadrement des ESF depuis la mise en place de stages longs ? : *

- Oui *Passez à la question 38.*
- Non *Passez à la question 39*
- Ne sais pas, car je n'ai jamais encadré d'étudiant en stage long. *Passez à la question 39*
- Mon lieu d'exercice actuel n'accueille pas d'ESF en stage long *Passez à la question 39*
- Autre : _____.

38. Si oui, quelle(s) sont-elles : * _____

39. Avez-vous bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement que ce soit pendant vos études ou une fois diplômé(e) ? : *

- Oui, pendant ma formation initiale (école)
- Oui, pendant ma formation continue.
- Non *Passez à la question 42.*

40. Si oui, de quel(s) type(s) de formation avez-vous bénéficié : *

- Formation < 1 jour
- Formation de quelques jours
- Diplôme Universitaire (master)
- Formation diplômante
- Autre : _____

41. Indiquez l'intitulé de la formation, le lieu et l'année (approximativement) si vous : * _____

Passez à la question 43.

42. Si non, pour quelle(s) raisons n'avez-vous pas bénéficié d'une formation en formation continue ? : *

Plusieurs réponses possibles.

- Non proposé dans le livret de formation
- Non souhaité
- Demandé mais non accepté par l'institution
- Autre : _____

43. Pensez-vous qu'une formation sur le « rôle de la SF dans l'encadrement des ESF » devrait avoir lieu durant la formation initiale ? : *

- Oui *Passez à la question 44.*
- Non *Passez à la question 46.*

44. Si oui, sous quelle(s) forme(s) : *

Plusieurs réponses possibles.

- Cours magistraux
- Travaux dirigés (TD)
- Jeux de rôle, mises en situation
- Autre : _____

45. Si oui, selon quelle modalité préférentiellement : *

Plusieurs réponses possibles.

- Une intervention unique
 - Plusieurs interventions rapprochées
 - Plusieurs interventions espacées
 - Autre : _____
- Passez à la question 47.*

46. Si non, pourquoi : * _____

47. Pensez-vous qu'une formation sur le « rôle de la SF dans l'encadrement des ESF » devrait avoir lieu durant la formation continue ? : *

- Oui *Passez à la question 48.*
- Non *Passez à la question 51.*

48. Si oui, sous quelle(s) forme(s) : *

Plusieurs réponses possibles.

- Cours magistraux
- Travaux dirigés (TD)
- Jeux de rôle, mises en situation
- Autre : _____

49. Si oui, à quelle occasion préférentiellement : *

Plusieurs réponses possibles.

- Diplôme Universitaire (master)
- Formation proposée par l'école SF de rattachement
- Formation diplômante proposée par votre lieu d'exercice.
- Autre : _____

50. Si oui, selon quelle modalité préférentiellement : *

Plusieurs réponses possibles.

- Une intervention unique
- Plusieurs interventions rapprochées
- Plusieurs interventions espacées
- Autre : _____

Passez à la question 52.

51. Si non, pourquoi : * _____

52. De quels outils pédagogiques disposez-vous sur votre lieu de travail ? : *

Plusieurs réponses possibles.

- Livret d'accueil de l'étudiant
- Protocole de service
- Charte liée à l'encadrement des ESF
- Réunion et/ou discussion avec le/la cadre de service
- Rencontre avec un(e) cadre/équipe de l'école de sage-femme
- Carnet de stage de l'étudiant comportant ses objectifs de stage et les actes réalisés dans la journée (livret blanc)
- Feuille d'évaluation de fin de stage avec critères précis (feuille rose)
- Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes
- Ne sais pas
- Autre : _____

53. Ces outils vous semblent : *

Plusieurs réponses possibles.

- Utiles
- Inutiles
- Suffisants
- Insuffisants
- Autre : _____

Annexe 6 : Exemple de codage des questions ouvertes (extrait)

Question n° 34 : *L'encadrement des étudiants sages-femmes devrait être rémunéré.*

Non, car :

DONNES BRUTES	DONNES CODEES	Thème
c est dans nos missions	Mission	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Cela fait parti des missions enseignement du Chu et formation par les pairs	Mission	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
L'encadrement des étudiants fait parti de la fiche de poste des sages femmes	Fiche de poste	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
si sur terrain de stage, cela fait partie des taches à exécuter en CHU	Tâche à exécuter	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Mission	Mission	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Parce que cela fait partie de notre travail	Part du travail	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Car ça fait parti entière de notre métier c'est un devoir de transmission !	Part du métier, devoir	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
cela fait partie de nos devoirs	Devoir	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
fait parti de la transmission du savoir	Part de la transmission	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Fait partie de notre travail	Part du travail	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
C'est le rôle de la SF	Rôle de la SF	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
C'est une transmission de savoir , ça doit rester un échange non rémunéré	Part de la transmission, échange	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
C'est un devoir de partager les connaissances et de contribuer à former nos pairs	Devoir	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
C'est un devoir de la sage femme de partager son savoir. De plus les étudiants sont d'une grande aide.	Devoir	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle
Cela fait partie intégrante de notre métier d'encadrer des étudiants. Même en faisant cela consciencieusement cela ne me semble pas être une charge incroyable de travail, pour les stages. L'encadrement qui passerait par des cours ou des TP, en dehors des heures de travail, c'est autre chose.	Part du métier	Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle

Annexe 8 : Connaissance des sages-femmes à propos de la mission d'encadrement, du nouveau programme d'étude et du Référentiel Métier et Compétences

Tableau 1 : Identification des facteurs ayant un impact sur la connaissance des sages-femmes de leur mission d'encadrement.

L'encadrement des ESF est un devoir régi par des textes de loi

	TOTAL	Oui	Non	Ne sais pas	NS *
Nombre d'années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	21 (65,6%)	1 (3,1%)	10 (25%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	23 (63,8%)	2 (5,6%)	11 (30,5%)	
> 10 ans	40 (37%)	29 (72,5%)	2 (5%)	9 (22,5%)	
Lieu d'exercice					NS*
CH	38 (35,2%)	28 (73,7%)	2 (5,3%)	8 (21,1%)	
CHU	29 (26,9%)	17 (58,6%)	1 (3,4%)	11 (37,9%)	
Clinique	18 (16,7%)	12 (66,7%)	0 (0%)	6 (33,3%)	
PMI	6 (5,6%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	16 (72,7%)	1 (4,5%)	5 (22,7%)	
Fonction de « cadre »					NS*
Oui	6 (5,6%)	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	
Non	102 (94,4%)	70 (68,6%)	4 (3,9%)	28 (27,5%)	

*NS = Non significatif

Tableau 2 : Identification des facteurs ayant un impact sur la connaissance du nouveau programme d'étude des sages-femmes et le référentiel métier et compétences.

Connaissance du nouveau programme d'étude des sages-femmes

	TOTAL	0	1	2	3	4	5	NS*
Nombre d'années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	0 (0%)	2 (6,3%)	7 (21,9%)	10 (31,3%)	9 (28,1%)	4 (12,5%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	1 (2,8%)	2 (5,6%)	9 (25%)	14 (38,9%)	6 (16,7%)	4 (11,1%)	
> 10 ans	40 (37%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	6 (15%)	17 (42,5%)	7 (17,5%)	8 (20%)	
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
CH	38 (35,2%)	0 (0%)	3 (7,9%)	8 (21,1%)	14 (36,8%)	7 (18,4%)	6 (15,8%)	
CHU	29 (26,9%)	1 (3,4%)	0 (0%)	7 (24,1%)	11 (37,9%)	4 (13,8%)	6 (20,6%)	
Clinique	18 (16,7%)	0 (0%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	
PMI	6 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)	10 (45,5%)	4 (18,2%)	1 (4,5%)	

*NS = Non significatif

Connaissance du nouveau référentiel métier et compétences des sages-femmes

	TOTAL	0	1	2	3	4	5	NS*
Nombre d'années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	1 (3,1%)	6 (18,8%)	6 (18,8%)	9 (28,1%)	9 (28,1%)	1 (3,1%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)	10 (27,8%)	7 (19,4%)	4 (11,1%)	
> 10 ans	40 (37%)	2 (5%)	0 (0%)	7 (17,5%)	14 (35%)	10 (25%)	7 (17,5%)	
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
CH	38 (35,2%)	2 (5,3%)	2 (5,3%)	9 (23,7%)	8 (21,1%)	13 (34,2%)	4 (10,5%)	
CHU	29 (26,9%)	2 (6,9%)	1 (3,4%)	7 (24,1%)	10 (34,5%)	4 (13,8%)	5 (17,2%)	
Clinique	18 (16,7%)	0 (0%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	
PMI	6 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	1 (4,5%)	3 (13,6%)	5 (22,7%)	7 (31,8%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	

Annexe 10 : Définitions de l'encadrement et existence d'un protocole de service sur l'encadrement

Tableau 1 : Détail de la définition de l'encadrement par les sages-femmes.

Population	n=108 100%		
		Nombre de fois terme retrouvé	
Entre aspects négatifs et difficultés	29		
Parfois difficile, difficile, compliqué	12		
Chronophage	6		
Hétérogène	5		
Contraignant	2		
Mal organisé	1		
Souvent bâclé	1		
Lourd	1		
Assez bon mais à améliorer sur le côté relationnel	1		
Entre plaisir, nécessité, transmission et restitution	116		
Un encadrement apprécié	11		
Intéressant	6		
Agréable, plaisant	3		
Stimulant	1		
Instructif	1		
Une nécessité	35		
Indispensable	9		
Devoir de la sage-femme	8		
Essentiel	6		
Important	5		
Primordial	5		
Nécessaire	1		
Obligatoire	1		
Une transmission	70		
Transmission	16		
Enseignement, apprentissage, formation	12		
Partage	11		
Autonomisation de l'ESF	9		
Accompagnement	8		
Enrichissement réciproque	5		
Aide	5		
Echange	2		
Compagnonnage	1		
Restitution « rendre ce que l'on nous a donné »	1		
		Défini par les compétences, les qualités et conditions nécessaires	33
		Notions de pédagogie	5
		Remarques constructives	1
		Capacité d'adaptation et d'ajustement	2
		Bienveillance	5
		Patience	3
		Confiance en soi ou en l'autre	3
		Disponibilité	2
		Respect	2
		Être consciencieux	1
		Aisance	1
		Attention	1
		Être compétent	1
		Sens éthique	1
		Savoir-vivre	1
		Expérience	1
		Motivation	1
		Investissement	1
		Rigueur	1
		Défini par des actions	13
		Liées au soutien	3
		Soutenir	1
		Rassurer	1
		Encourager	1
		Liées au rôle d'enseignement	
		Montrer l'exemple	1
		Donner l'envie d'apprendre	1
		Donner les outils	1
		Apprendre et faire apprendre	1
		Faire acquérir	1
		Proposer des possibles	1
		Guider et accompagner	1
		Laisser pratiquer tout en encadrant	1
		Vérifier les acquis	1

Tableau 2 : Identification de facteurs ayant un impact sur les sages-femmes ayant défini l'encadrement de par ses aspects négatifs ou de par ses difficultés.

Définition de l'encadrement des étudiants de par ses aspects négatifs ou de par ses difficultés

	TOTAL	Oui	Non	NS*
Nombre d'années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	7 (21,9%)	25 (78,1%)	
4-10 ans	36 (32,4%)	7 (19,4%)	29 (80,7%)	
> 10 ans	40 (36,1%)	14 (35%)	26 (65%)	
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
CH	38 (35,2%)	9 (23,7%)	29 (76,3%)	
CHU	29 (26,9%)	6 (20,7%)	23 (79,3%)	
Clinique	18 (16,7%)	7 (38,9%)	11 (61,1%)	
PMI	6 (5,6%)	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
Libéral	22 (20,4%)	3 (13,6%)	19 (86,4%)	

*NS = Non significatif

Tableau 3 : Identification des facteurs ayant un impact sur l'existence d'un protocole ou projet de service sur l'encadrement des ESF.

Existence d'un protocole ou projet de service sur l'encadrement des ESF dans la structure

	TOTAL	Oui	Non	Ne sais pas	NS*
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
CH	38 (35,2%)	9 (23,7%)	21 (55,3%)	8 (21,1%)	
HU	29 (26,9%)	5 (17,2%)	17 (58,6%)	7 (24,1%)	
Clinique	18 (16,7%)	7 (38,9%)	9 (50%)	2 (11,1%)	
PMI	6 (5,6%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	4 (18,2%)	15 (68,2%)	3 (13,6%)	
Hospitalier	85 (78,7%)	21 (24,7%)	47 (55,3%)	17 (20%)	NS*
Non hospitalier	28 (25,9%)	5 (17,9%)	19 (67,9%)	4 (14,3%)	

*NS = Non significatif

Annexe 11 : Facteurs influençant l'encadrement

Tableau 1 : Détail des facteurs influençant l'encadrement selon les sages-femmes.

Population	n = 107	99,1%*	Lié à la sage-femme (suite)	
FACTEURS			Caractère et personnalité	28
	Nombre de fois terme retrouvé			
Liés à l'école de sage-femme	3			
<i>Qualité des cours reçus par ESF</i>	1		<i>Patience</i>	4
<i>Lien entre l'équipe pédagogique</i>	1		<i>Bienveillance</i>	4
<i>Communication école/lieu de stage</i>	1		<i>Ecoute</i>	4
			<i>Gestion du stress</i>	1
			<i>Confiance en soi</i>	1
			<i>Humanité</i>	1
			<i>Compassion</i>	1
			<i>Soutien</i>	1
			<i>Ouverture</i>	1
			<i>Générosité</i>	1
			<i>Communication</i>	1
			<i>Psychologie</i>	1
			<i>Non jugement</i>	1
Liés à la pédagogie	16		Compétences et connaissances	11
Outils pédagogiques	3		<i>Compétences personnelles de la SF</i>	3
<i>Existence d'un tutorat</i>	1		<i>Méthodologie</i>	2
<i>Existence d'un contrat entre ESF et SF</i>	1		<i>Connaissance du nouveau programme des études de sages-femmes</i>	3
<i>Compagnonnage par les dernières années</i>	1		<i>Actualisation de ses connaissances</i>	1
Formation des sages-femmes à la pédagogie	13		<i>Capacité à transmettre</i>	1
<i>Capacité de la SF à évaluer et ajuster l'ESF</i>	1		<i>Professionnalisme</i>	1
<i>Capacité de la SF à personnaliser l'encadrement</i>	1			
<i>Notions de pédagogie reçues</i>	11			
			Lié à l'environnement	97
Liés à l'ESF	48		Temps	86
Motivation et implication	37		<i>Activité du service</i>	25
<i>Motivation</i>	27		<i>Charge de travail</i>	24
<i>Investissement, implication</i>	3		<i>Manque de temps</i>	18
<i>Intérêt</i>	5		<i>Manque de disponibilité</i>	19
<i>Volonté, envie</i>	2		Organisation du lieu de stage	11
Caractère et personnalité	6		<i>Nombre d'ESF par SF</i>	5
<i>Capacité d'adaptation</i>	2		<i>Organisation et dynamique de service face à l'encadrement</i>	5
<i>Sérieux</i>	1		<i>Respect des protocoles et recommandations du réseau</i>	1
<i>Dynamisme</i>	1			
<i>Capacité à se remettre en question</i>	1			
<i>Détermination</i>	1			
Niveau et acquisitions	5			
<i>Bonne maîtrise des connaissances théoriques</i>	3			
<i>Bonne maîtrise des compétences liés à son niveau</i>	2			
Lié à la sage-femme	74			
Motivation et implication	35			
<i>Motivation</i>	17			
<i>Attrait pour l'encadrement</i>	8			
<i>Volonté, envie</i>	5			
<i>Investissement</i>	2			
<i>Implication</i>	2			
<i>Humeur</i>	1			

* Une sage-femme ne n'a pas souhaité y répondre.

Annexe 12 : Souvenir de l'encadrement et difficulté à encadrer les ESF

Tableau 1 : Identification des facteurs ayant un impact sur le souvenir de l'encadrement reçu par les sages-femmes.

Souvenir de l'encadrement reçu par les sages-femmes

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	0	1	2	3	4	5	NS*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	0 (0%)	1 (3,1%)	10 (31,3%)	11 (34,4%)	7 (21,9%)	3 (9,4%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	2 (5,6%)	5 (13,9%)	6 (16,7%)	9 (25%)	13 (36,1%)	1 (3,3%)	
> 10 ans	40 (37%)	0 (0%)	2 (5%)	6 (15%)	18 (45%)	11 (27,5%)	3 (37%)	

*NS = Non significatif

Tableau 2 : Identification des facteurs ayant un impact sur la difficulté à encadrer les étudiants sages-femmes.

Difficulté à encadrer les étudiants sages-femmes

Années de diplôme	TOTAL	0	1	2	3	4	5	NS*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (32%)	2 (6,3%)	8 (25,0%)	9 (28,1%)	9 (28,1%)	4 (12,5%)	0 (0%)	
4-10 ans	34 (34%)	5 (14,7%)	9 (26,5%)	10 (29,4%)	8 (23,5%)	2 (5,9%)	0 (0%)	
> 10 ans	34 (34%)	7 (20,6%)	12 (35,3%)	6 (17,6%)	7 (20,6%)	2 (5,9%)	0 (0%)	
Lieu d'exercice	TOTAL	0	1	2	3	4	5	NS*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
CH	37 (37%)	5 (13,5%)	14 (37,8%)	6 (16,2%)	8 (21,6%)	4 (10,8%)	0 (0%)	
CHU	24 (24%)	2 (8,3%)	6 (25,0%)	7 (29,2%)	9 (37,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
Clinique	18 (18%)	1 (5,6%)	6 (33,3%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	1 (5,6%)	0 (0%)	
PMI	4 (4%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Libéral	22 (22%)	6 (27,3%)	4 (18,2%)	6 (27,3%)	3 (13,6%)	3 (13,6%)	0 (0%)	

Annexe 13 : Les tuteurs de stages référents

Tableau 1 : Identification des facteurs ayant un impact sur la présence ou l'absence d'un tuteur de stage dans la structure.

Un tuteur de stage référent existe dans la structure

Lieu d'exercice	TOTAL	Oui	Non	Ne sais pas	NS*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
CH	38 (35,2%)	26 (68,4%)	8 (21,1%)	4 (10,5%)	
CHU	29 (26,9%)	6 (20,7%)	22 (75,9%)	1 (3,4%)	
Clinique	18 (16,7%)	7 (38,9%)	9 (50%)	2 (11,1%)	
PMI	6 (5,6%)	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	9 (40,9%)	10 (45,5%)	3 (13,6%)	
Hospitalier	85 (78,7%)	39 (45,9%)	39 (45,9%)	7 (8,2%)	NS*
Non hospitalier	28 (25,9%)	12 (42,9%)	12 (42,9%)	4 (14,3%)	

* NS = Non significatif

Tableau 2 : Identification des facteurs ayant un impact sur le fait d’être favorable ou défavorable à la systématisation des tuteurs de stage référents.

La systématisation des tuteurs de stage référents

	TOTAL	Pour	Contre	NS*
Nombre d’années de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	25 (78,1%)	7 (21,9%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	28 (77,8%)	8 (22,2%)	
> 10 ans	40 (37%)	36 (90%)	4 (10%)	
Lieu d’exercice	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
CH	38 (35,2%)	32 (84,2%)	6 (15,8%)	
CHU	29 (26,9%)	26 (89,7%)	3 (10,3%)	
Clinique	18 (16,7%)	13 (72,2%)	5 (27,8%)	
PMI	6 (5,6%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
Libéral	22 (20,4%)	18 (81,8%)	4 (18,2%)	

*NS = Non significatif

Tableau 3 : Détail des raisons pour ou contre la systématisation des tuteurs de stages référents.

Population	n=108	100%
SF pour la systématisation des tuteurs de stage référents	89	82,4%
<i>Nombre de fois terme retrouvé</i>		
Suivi plus adapté de l’ESF	56	
<i>Meilleur suivi</i>	33	
<i>Suivi plus personnalisé</i>	12	
<i>Suivi plus objectif</i>	5	
<i>Evaluation de la progression plus uniforme</i>	6	
Personne ressource pour l’ESF et la SF	28	
<i>Personne ressource, une référente, un interlocuteur, un repère en cas de difficultés de l’ESF</i>	18	
<i>Personne ressource, une aide pour les SF</i>	7	
<i>Personne neutre</i>	1	
<i>Personne formée</i>	1	
Meilleure organisation de l’encadrement	17	
<i>Meilleur lien école/stage ou cadre de service/stage</i>	5	
<i>Gestion centralisée</i>	3	
<i>Encadrement plus structuré et organisé</i>	3	
<i>Encadrement plus efficace</i>	2	
<i>Plus de réactivité en cas de problème</i>	1	
<i>Coordination améliorée entre les différents acteurs</i>	1	
<i>Plus de cohérence dans l’encadrement</i>	1	
Lien ESF/SF renforcé	11	
<i>Investissement plus important de la SF dans l’encadrement</i>	5	
<i>Meilleure connaissance de l’ESF</i>	1	
<i>Création du lien de confiance favorisé</i>	1	
<i>Création d’un rapport approfondi avec l’ESF</i>	1	
<i>Amélioration du bien-être des ESF</i>	1	
<i>Autonomisation de l’ESF augmentée</i>	1	
SF contre la systématisation des tuteurs de stage référents	19	17,6%
<i>Nombre de fois terme retrouvé</i>		
Incompatibilité référent/ESF	6	
Difficulté de mise en place (par rapport au planning ou dans des structures telles que PMI ou libéral)	6	
Perte de la diversité de SF rencontrées par l’ESF	5	
Peur d’être forcé(e) à le devenir, volontariat	2	
La démarche n’a pas d’intérêt	1	

Annexe 14 : Rémunération de l'encadrement

Tableau 1 : Identification des facteurs ayant un impact sur le fait d'être favorable ou défavorable à la rémunération de l'encadrement.

La rémunération de l'encadrement des étudiants sages-femmes

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	Pour	Contre	Ne sais pas	NS*
0-3 ans	32 (29,6%)	4 (12,5%)	25 (78,1%)	3 (9,4%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	7 (19,4%)	21 (58,3%)	8 (22,2%)	
> 10 ans	40 (37%)	7 (17,5%)	20 (50%)	13 (32,2%)	
Lieu d'exercice					NS*
CH	38 (35,2%)	4 (10,5%)	27 (71,1%)	7 (18,4%)	
CHU	29 (26,9%)	4 (13,8%)	14 (48,3%)	11 (37,9%)	
Clinique	18 (16,7%)	4 (22,2%)	11 (61,1%)	3 (16,7%)	
PMI	6 (5,6%)	0 (0%)	6 (100%)	0 (0%)	
Libéral	22 (20,4%)	6 (30,0%)	12 (54,5%)	4 (18,2%)	
Hospitalier	85 (78,7%)	12 (14,1%)	52 (61,2%)	21 (24,7%)	NS*
Non hospitalier	23 (21,3%)	6 (21,4%)	18 (64,3%)	4 (14,3%)	

*NS = Non significatif

Tableau 2 : Détails des réponses données par les sages-femmes favorables ou défavorables à la rémunération de l'encadrement.

Population	n=108	100%
SF pour la rémunération de l'encadrement	18	16,7%
<i>Nombre de fois terme retrouvé</i>		
L'encadrement est une charge de travail supplémentaire	7	
Valorisation, reconnaissance et récompense	5	
Dédommagement de l'investissement	4	
Meilleure implication des professionnels	1	
Légitime dans le privé car cela fait changer de statut	1	
SF contre la rémunération de l'encadrement	66	61,1%
<i>Nombre de fois terme retrouvé</i>		
Fait partie intégrante du métier de sage-femme, de ses missions, de ses compétences, de ses devoirs ou de son rôle	60	
Risque de dérives	4	
Rendre ce que l'on nous a donné	3	
Normal	2	
Non déontologique	1	
Moins d'ESF seraient pris par les établissements	1	
Création d'inégalités et de conflits au sein de l'équipe sage-femme	1	

Annexe 15 : Outils pédagogiques et formation

Tableau 1 : Détail des raisons favorables à la mise en place des stages longs.

Population		n= 40	37%
Intérêts de la mise en place des stages longs		Nombre de fois terme retrouvé	
Meilleur encadrement		22	
	<i>Suivi de l'ESF amélioré</i>	11	
	<i>Meilleur visuel de la progression de l'ESF</i>	7	
	<i>Suivi de l'ESF personnalisé</i>	4	
Meilleur relationnel ESF/SF		20	
	<i>L'ESF est plus connu par les équipes</i>	7	
	<i>Plus grande confiance envers l'ESF</i>	6	
	<i>ESF se sent plus à l'aise</i>	4	
	<i>ESF se sent plus valorisé</i>	1	
	<i>ESF plus efficace</i>	1	
	<i>ESF plus investi</i>	1	
Meilleure intégration dans les services, les équipes, des protocoles ou des objectifs de stage		11	
Augmentation de l'efficacité du stage		4	
	<i>Stage plus professionnalisant</i>	1	
	<i>Permet d'avoir une diversification des activités</i>	1	
	<i>Permet de voir le métier dans sa globalité</i>	1	
	<i>Stage porteur d'emploi pour l'ESF</i>	1	

Tableau 2 : Identification des facteurs ayant un impact sur le fait d'avoir bénéficié ou non d'une formation à la pédagogie.

La sage-femme a bénéficié de cours de pédagogie ou d'encadrement

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	Oui	Non	p = 0,08
	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>0-3 ans</i>	32 (29,6%)	3 (9,4%)	29 (90,6%)	
<i>4-10 ans</i>	36 (33,3%)	2 (5,6%)	34 (94,4%)	
<i>> 10 ans</i>	40 (37,0%)	9 (22,5%)	31 (77,5%)	
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
<i>CH</i>	38 (35,2%)	6 (15,8%)	32 (84,2%)	
<i>CHU</i>	29 (26,9%)	3 (10,3%)	26 (89,7%)	
<i>Clinique</i>	18 (16,7%)	3 (16,6%)	15 (83,3%)	
<i>PMI</i>	6 (5,6%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
<i>Libéral</i>	22 (20,4%)	1 (4,5%)	21 (95,5%)	
<i>Hospitalier</i>	85 (79,7%)	12 (13,6%)	73 (85,9%)	NS*
<i>Non hospitalier</i>	28 (25,9%)	2 (7,1%)	26 (92,9%)	
Fonction de cadre	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
<i>Oui</i>	6 (5,6%)	3 (50%)	3 (50%)	
<i>Non</i>	102 (94,4%)	11 (10,8%)	91 (89,2%)	
Ecole de diplôme	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
<i>Région PACA</i>	66 (61,1%)	7 (10,6%)	59 (89,4%)	
<i>Autres régions françaises</i>	38 (35,2%)	6 (15,8%)	32 (84,2%)	
<i>Etranger</i>	4 (3,7%)	1 (25,0%)	3 (75%)	

*NS = Non significatif

Tableau 3 : Identification des facteurs ayant un impact sur le fait de souhaiter une formation en formation initiale, continue ou en formation initiale ou continue.

Souhait d'une formation

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	En formation initiale		NS*	En formation continue		NS*	En formation initiale ou continue		NS*
	n (%)	Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)	
0-3 ans	32 (29,6%)	23 (71,9%)	9 (28,1%)		25 (78,1%)	7 (21,9%)		29 (90,6%)	3 (9,4%)	
4-10 ans	36 (33,3%)	21 (58,3%)	15 (41,7%)		31 (86,1%)	5 (13,9%)		33 (91,7%)	3 (8,3%)	
> 10 ans	40 (37%)	29 (72,5%)	11 (27,5%)		33 (82,5%)	7 (17,5%)		34 (85,0%)	6 (15%)	
Lieu d'exercice	n (%)	Oui n (%)	Non n (%)	NS*	Oui n (%)	Non n (%)	NS*	Oui n (%)	Non n (%)	NS*
CH	38 (35,2%)	24 (63,2%)	14 (36,8%)		33 (86,8%)	5 (13,2%)		35 (92,1%)	3 (7,9%)	
CHU	29 (26,9%)	20 (69,0%)	9 (31,0%)		25 (86,2%)	4 (13,8%)		27 (93,1%)	2 (6,9%)	
Clinique	21 (19,4%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)		16 (88,9%)	2 (11,1%)		16 (88,9%)	2 (11,1%)	
PMI	6 (5,6%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)		4 (66,7%)	2 (33,3%)		4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Libéral	22 (20,4%)	14 (63,6%)	8 (36,4%)		15 (68,2%)	7 (31,8%)		18 (81,8%)	4 (18,2%)	
Hospitalier	85 (79,7%)	58 (68,2%)	27 (31,8%)	NS	74 (87,1%)	11 (12,9%)	p=0,02	78 (91,8%)	7 (8,2%)	p=0,06
Non hospitalier	28 (25,9%)	18 (64,3%)	10 (35,7%)		19 (67,9%)	9 (32,1%)		22 (78,6%)	6 (21,4%)	

*NS = Non significatif

Tableau 4 : Identification des facteurs ayant un impact sur le fait de trouver suffisant ou insuffisant les outils à la disposition des sages-femmes.

Les outils à la disposition des sages-femmes leur semblent :

Nombre d'années de diplôme	TOTAL	Suffisants	Insuffisants	NS*
	n (%)	n (%)	n (%)	
0-3 ans	22 (20,4%)	7 (31,8%)	15 (68,2%)	
4-10 ans	22 (20,4%)	9 (40,9%)	13 (59,1%)	
> 10 ans	29 (26,9%)	16 (55,2%)	13 (44,8%)	
Lieu d'exercice	n (%)	n (%)	n (%)	NS*
CH	25 (23,1%)	11 (44%)	14 (56%)	
CHU	25 (23,1%)	10 (40%)	15 (60%)	
Clinique	10 (9,3%)	4 (40%)	6 (60%)	
PMI	4 (3,7%)	4 (100%)	0 (0%)	
Libéral	13 (12%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)	

Annexe 16 : Proposition n°4.2 : carnet de stage (document journalier)

Nom de l'étudiant :

Légende : NP : Non pratiqué - NA : Non acquis - AA : A améliorer - A : Acquis

Stage n° : Du ___/___/___ au ___/___/___

Conduire une consultation prénatale et explorations fonctionnelles de la grossesse

Garde n° :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Activités maîtrisées												
1. Accueillir la femme et les accompagnants												
Inviter la femme à exprimer le motif de la consultation et être attentif aux éventuels motifs complémentaires												
Informier sur le déroulement de la consultation												
Observer les attitudes de la femme												
2. Reconstituer l'anamnèse												
Réaliser un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux												
Questionner sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse												
3. Réaliser un examen clinique général												
Evaluer le constantes												
Vérifier l'adaptation de la femme à l'état de grossesse												
Evaluer l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions												
Evaluer l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître												
4. Réaliser l'examen obstétrical												
Examiner les seins dans le cadre du dépistage (cancer, allaitement)												
Mesurer la hauteur utérine et le périmètre ombilical												
Réaliser la palpation utérine avec tact et délicatesse (forme, tonicité, et selon le terme : présentation foetale, mouvements actifs...)												
Auscultier les BDC												
Réaliser si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal												
Evaluer l'utilité de réaliser un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques												
Réaliser un toucher vaginal												
- Soit systématiquement en expliquant les étapes de l'examen et respectant le ressenti et la culture de la patiente												
- Soit sur indication (activité contractile, terme de grossesse, antécédents, facteurs de risque)												
Examiner les sécrétions vaginales normales												
Identifier les pertes vaginales pathologiques et/ou lésions vulvaires												
Réaliser une échographie complémentaire si besoin												
Réaliser un diagnostic												

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Évaluer le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse	Analyser et synthétiser les données d'anamnèse recueillies											
	Établir un pronostic obstétrical à la consultation du 9 ^e mois											
	Diagnostiquer les conduites/comportements à risques (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions domestiques, maltraitance...)											
	Identifier les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (obstétricien, psychologue, etc)											
6. Réaliser la déclaration de grossesse	Calculer le terme obstétrical en lien avec les critères ayant prouvé leur fiabilité											
7. Informer sur le dépistage chromosomique foetal												
8. Prescrire et expliquer	Les examens obligatoires											
	Les examens complémentaires nécessaires											
	Les examens nécessaires en rapport avec les facteurs de risque repérés											
	Les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux...) utiles											
	Les conseils d'hygiène de vie											
	Expliquer les intérêts des prescriptions et les résultats attendus											
	Informar la femme et recueillir son consentement											
	Expliquer les risques d'automédication											
9. Élaborer et proposer à la femme une conduite à tenir quant à son suivi de grossesse	Repérer des conduites de consommation à risque											
	Évaluer avec discernement sa situation et son environnement											
	Instaurer un dialogue confiant, éthique permettant l'émergence des ressources individuelles/socioculturelles de la femme/du couple											
	Adapter son discours en s'assurant qu'il a été compris											
	Donner toutes les informations utiles et nécessaires (prévention, allaitement, droits et avantages sociaux...)											
	Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple											
	Établir un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier											
	Lui apporter des éléments qui lui permettent de faire des choix et l'aider à faire émerger ses besoins											
10. Accompagner la femme et le couple dans l'élaboration de son projet de naissance	Lui apporter les éléments qui lui permettent de faire des choix et l'aider à faire émerger ses besoins											
11. Réaliser la synthèse dans le dossier médical pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic foetal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge	Constituer un dossier											
	Réaliser les transmissions nécessaires au suivi pertinent de la grossesse (autres professionnels, réseau)											

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

Effectuer un suivi, et la continuité de la PEC

Commentaires des professionnels (à imprimer 3 fois pour recueillir les 12 appréciations)

Garde n° du ____/____/____	Nom du professionnel	Commentaires	Signatures
Garde n° du ____/____/____			Professionnel : Etudiant :
Garde n° du ____/____/____			Professionnel : Etudiant :
Garde n° du ____/____/____			Professionnel : Etudiant :
Garde n° du ____/____/____			Professionnel : Etudiant :

Annexe 17 : Proposition n°4.2 : carnet de stage (document de synthèse)

Nom de l'étudiant :

Année d'étude :

Légende :

Q : Nombre d'actes pratiqués (si quantifiable)	S : Stage n°
NP : Non pratiqué	Stage 1 : Du ___/___/___ à
NA : Non acquis	Stage 2 : Du ___/___/___ à
AA : A améliorer	Stage 3 : Du ___/___/___ à
A : Acquis	Stage 4 : Du ___/___/___ à

Conduire une consultation prénatale et explorations fonctionnelles de la grossesse

Activités maîtrisées		S1	S2	S3	S4	Q
Réaliser un diagnostic	1. Accueillir la femme et les accompagnants					
	Inviter la femme à exprimer le motif de la consultation et être attentif aux éventuels motifs complémentaires					
	Informer sur le déroulement de la consultation					
	Observer les attitudes de la femme					
	2. Reconstituer l'anamnèse					
	Réaliser un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux					
	Questionner sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse					
	3. Réaliser un examen clinique général					
	Evaluer le constantes					
	Vérifier l'adaptation de la femme à l'état de grossesse					
	Evaluer l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions					
	Evaluer l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître					
	4. Réaliser l'examen obstétrical					
	Examiner les seins dans le cadre du dépistage (cancer, allaitement)					
	Mesurer la hauteur utérine et le périmètre ombilical					
	Réaliser la palpation utérine avec tact et délicatesse (forme, tonicité, et selon le terme : présentation fœtale, mouvements actifs...)					
	Auscultation des BDC					
	Réaliser si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal					
	Evaluer l'utilité de réaliser un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques					
	Réaliser un toucher vaginal <ul style="list-style-type: none"> - Soit systématiquement en expliquant les étapes de l'examen et respectant le ressenti et la culture de la patiente - Soit sur indication (activité contractile, terme de grossesse, antécédents, facteurs de risque) 					
Examiner les sécrétions vaginales normales						
Identifier les pertes vaginales pathologiques et/ou lésions vulvaires						
Réaliser une échographie complémentaire si besoin						

		S1	S2	S3	S4	Q
	5. Évaluer le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse					
	Analyser et synthétiser les données d'anamnèse recueillies					
	Etablir un pronostic obstétrical à la consultation du 9 ^e mois					
	Diagnostiquer les conduites/comportements à risques (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions domestiques, maltraitance...)					
	Identifier les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (obstétricien, psychologue, travailleur social...)					
Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement	6. Réaliser la déclaration de grossesse					
	Calculer le terme obstétrical en lien avec les critères ayant prouvé leur fiabilité					
	7. Informer sur le dépistage chromosomique fœtal					
	8. Prescrire et expliquer					
	Les examens obligatoires					
	Les examens complémentaires nécessaires					
	Les examens nécessaires en rapport avec les facteurs de risque repérés					
	Les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux...) utiles					
	Les conseils d'hygiène de vie					
	Expliquer les intérêts des prescriptions et les résultats attendus					
	Informar la femme et recueillir son consentement					
	Expliquer les risques d'automédication					
	9. Élaborer et proposer à la femme une conduite à tenir quant à son suivi de grossesse					
	Repérer des conduites de consommation à risque					
	Évaluer avec discernement sa situation et son environnement					
Instaurer un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme et du couple						
Adapter son discours en s'assurant qu'il a été compris						
Donner toutes les informations utiles et nécessaires (prévention, allaitement, droits et avantages sociaux...)						
Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple						
Établir un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier						
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge	10. Accompagner la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance					
	Lui apporter des éléments qui lui permettent de faire des choix et l'aider à faire émerger ses besoins					
	11. Réaliser la synthèse dans le dossier médical pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic fœtal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge					
	Constituer le dossier médical ou le mettre à jour (vocabulaire adapté, identification...)					
	Réaliser les transmissions nécessaires au suivi pertinent de la grossesse (autres professionnels, réseau)					

Autres actes réalisés

Annexe 18 : Ebauche d'ingénierie de formation en formation continue

- **Le public visé** : Cette formation s'adresse aux professionnels de terrain de tous les secteurs. Cette diversité est enrichissante et permettra de développer les échanges.
- **Le lieu** : A déterminer
- **Les formateurs** : Équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Nice

Les étapes préalables à l'organisation pratique : Rencontre avec les professionnels de terrain sous forme de réunions. Cette étape permettra de déterminer les dates possibles de formation et d'établir un premier contact avec les professionnels.

Les étapes de programmation de la formation

La formation théorique va se dérouler en trois temps : deux jours de formation décomposés selon les tableaux ci-dessous et une journée à distance.

PROGRAMME DES DEUX JOURS DE FORMATION

Première journée

Horaires Lieux	Intervenants	Public visé	Contenu de la formation
A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation	Groupe de 12 professionnels	Présentation du déroulement des deux journées. Apports théoriques : avec TD <ul style="list-style-type: none">- Devoirs professionnels en matière d'encadrement (référence aux textes et Référentiel Métier et Compétences)- Communication (conduite d'entretien) Apports théoriques : avec TD <ul style="list-style-type: none">- Notions d'apprentissage, d'encadrement, de compétences d'objectifs
PAUSE			

A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation		Formation de 4 sous-groupes de 3 personnes <ul style="list-style-type: none"> - Jeux de rôle : 4 scénarios de 20 min séparés par un temps de régulation de 30 min par la sage-femme enseignante <p>Débriefing</p>
-----------------	------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Deuxième journée

Horaires Lieux	Intervenants	Public visé	Contenu de la formation
A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation	Groupe de 12 professionnels	Apports théoriques : avec TD <ul style="list-style-type: none"> - Notions sur l'évaluation - Analyse de cas - Les plannings des étudiants, établir un rapport de stage
PAUSE			
A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation		Formation de 4 sous-groupes de 3 personnes <ul style="list-style-type: none"> - Jeux de rôle : 4 scénarios de 20 min séparés par un temps de régulation de 30 min par la sage-femme enseignante <p>Tour de table : vécu de la formation</p> <p>Evaluation à « chaud »</p>

Journée à distance

Horaires /Lieux	Intervenants	Public visé	Contenu de la formation
A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation	Groupe de 12 professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Retour d'expériences de terrain - Analyse des situations pratiques - Réajustement
PAUSE			
A déterminer	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation		Formation de 4 sous-groupes de 3 personnes <ul style="list-style-type: none"> - Jeux de rôle :4 scénarios de 20 min séparés par un temps de régulation de 30 min par la sage-femme enseignante Tour de table : vécu de la formation Evaluation à « chaud »

Modalités d'évaluation envisagées pour cette formation

Étapes	Actions	Intervenants	Dates
Deux journées de formation à l'école	Evaluation à chaud à l'oral et questionnaire de satisfaction	Sage-femme enseignante diplômée en sciences de l'éducation	A déterminer
Lors du retour sur le terrain des professionnels	Evaluation à distance : Recenser les expériences vécues et difficultés rencontrées sur le terrain afin de préparer la journée à distance		
Journée à distance	Evaluation à chaud à l'oral et questionnaire de satisfaction		

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

L'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs : Etat des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes.

Par BRESSON Mégane

Résumé

Mots-clés : Encadrement – supervision – sages-femmes - étudiants sages-femmes – pédagogie – outils pédagogiques – formation

Objectifs : Déterminer la position des sages-femmes des Alpes Maritimes face à l'encadrement et faire l'état des lieux des outils pédagogiques à la disposition des sages-femmes, dans le but de proposer, si besoin, des axes d'amélioration.

Méthode : Etude prospective multicentrique non randomisée, réalisée dans les Alpes-Maritimes du 14 octobre 2016 au 2 janvier 2017, par le biais d'un questionnaire en ligne.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire est de 31,5% tout secteur confondu.

Discussion et conclusion : Les sages-femmes sont globalement conscientes de leur mission d'encadrement, l'apprécient, mais rencontrent parfois des difficultés. Il existe une insuffisance en termes de formation à l'encadrement, tant en initial qu'en continu, et en termes d'outils pédagogiques proposés. Les sages-femmes sont cependant en demande. Des formations adaptées permettront aux professionnels d'être suffisamment armés et compétents quant à l'encadrement des étudiants, et aux futurs professionnels d'offrir un encadrement de qualité et ce, dès la sortie du centre de formation. La création ou l'amélioration des outils disponibles sont des aides supplémentaires.

Summary

Keywords : Supervision – midwives students – midwives - pedagogy – teaching tools – training

Aims : To determine the position of midwives of Alpes Maritimes regarding supervision and to make an assessment of teaching tools at their disposal, for the purpose of proposing axis of improvement, if needed.

Method : Non-randomized multicentric prospective study, conducted in the Alpes-Maritimes from 14th October 2016 to 2nd January 2017, through online survey.

Results : The response rate for this survey is of 31,5% in all fields.

Discussion and conclusion : Midwives are globally aware of their supervision mission, and they appreciate it, but they sometimes encounter difficulties. A lack of supervision training can be noticed, both during initial and continuing trainings as well as a lack of possible teaching tools. However, these trainings are required from midwives. Appropriate trainings will allow professionals to become sufficiently equipped and competent to offer a high-quality supervision, right at the end of midwifery training centers. The creation and improvement of available tools are necessary as additional aids.