



HAL
open science

L'encadrement des étudiants sages-femmes par les sages-femmes du secteur naissance dans les établissements de Santé en France

Florine Carrias

► **To cite this version:**

Florine Carrias. L'encadrement des étudiants sages-femmes par les sages-femmes du secteur naissance dans les établissements de Santé en France. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03122697

HAL Id: dumas-03122697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122697>

Submitted on 27 Jan 2021

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ CLERMONT-AUVERGNE

**L'ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS SAGES-
FEMMES PAR LES SAGES-FEMMES DU SECTEUR
NAISSANCE, DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ EN FRANCE**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

CARRIAS Florine

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ CLERMONT-AUVERGNE

**L'ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS SAGES-
FEMMES PAR LES SAGES-FEMMES DU SECTEUR
NAISSANCE, DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ EN FRANCE**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

CARRIAS Florine

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné et soutenue durant ces années d'études et permis de réaliser ce mémoire.

Merci à Juliette THOMAZET, sage-femme et directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et sa bienveillance.

Merci à Michelle BALSAN, sage-femme enseignante et co-directrice de ce mémoire, pour son aide et l'intérêt porté à cette étude.

Je remercie Manuela DE CARVALHO, pour son aide précieuse lors de la rédaction de ma bibliographie.

Merci aux sages-femmes cliniciennes d'avoir répondu à mon questionnaire.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme ainsi que les professionnels de santé rencontrés sur mes lieux de stages pour leurs enseignements et leur accompagnement.

Merci à ma famille pour leur soutien tout au long de mes études. Merci à mes parents et à Michelle, pour leurs encouragements et leurs nombreuses relectures. Merci à Juliette et Louis, pour les moments de rires si importants que nous avons partagés.

Merci à Manon, Charlotte et Fanélie d'avoir été présentes dans les bons moments comme dans les moins bons.

Enfin, merci à toute ma promotion pour ces quatre années passées ensemble, et tout particulièrement à Amélie, Aurélie, Mathilde et Angélique, pour les moments de partage et pour tous ceux à venir.

CITATION

« Il n'y a pas une méthode unique pour étudier les choses »

Aristote

ABRÉVIATIONS

ANESF	Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes
ARS	Agence Régionale de Santé
CASSF	Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes
CNEMa	Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
DFGSMa	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FASMa	Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques
FNESI	Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers
HAS	Haute Autorité de Santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCC	Modalités de Contrôle des Connaissances
OVE	Observatoire national de la Vie Étudiante
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
I. La profession de sage-femme.....	4
I. 1. Les études de maïeutique.....	4
I. 2. Les compétences requises.....	7
II. Sage-femme : acteur principal de la formation clinique.....	10
II. 1. Théorie de l'apprentissage.....	10
II. 2. La pédagogie.....	12
II. 3. La supervision.....	13
II. 4. Le feedback.....	14
II. 5. Modèle de rôle.....	15
II. 6. Le tutorat.....	16
III. La naissance, un secteur sensible.....	17
III. 1. L'accouchement à travers l'Histoire.....	17
III. 2. Les lieux de naissance actuels.....	19
III. 3. Secteur naissance : impact sur la santé des praticiens.....	20
MÉTHODE.....	23
RÉSULTATS.....	27
DISCUSSION.....	42
CONCLUSION.....	55
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les études à propos du bien-être des étudiants se multiplient. L'Observatoire national de la Vie Étudiante (OVE) publie régulièrement les résultats d'enquêtes sur les conditions de vie des étudiants (1). Ce dernier met en avant les difficultés rencontrées sur le plan financier, sur la santé, sur la restauration et sur le logement des étudiants en France. Les étudiants en santé ne sont pas épargnés. Au cœur de l'actualité, au début du mois de décembre 2018, les résultats de « *l'enquête bien-être* » des étudiants sages-femmes, réalisée par l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) sont dévoilés (2). Les étudiants mentionnent leur stress dû à la formation et particulièrement durant les stages, ainsi que les traitements inégalitaires principalement émis par les sages-femmes cliniciennes. « *L'enquête bien-être* » n'est pas la seule à faire état de la santé et du vécu des étudiants en maïeutique. En effet, de nombreux articles relatent les expériences traumatiques des étudiants sages-femmes, et ce problème ne se limite pas qu'aux étudiants formés en France (3).

En revanche, peu d'études portent sur le point de vue des sages-femmes cliniciennes. Le vécu de l'encadrement est principalement étudié chez les jeunes diplômées et non pour tous les professionnels. Il apparaît primordial de connaître leurs pratiques, leur vécu et leurs difficultés dans ce devoir qu'est de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes (Article R4127-304 du Code de la santé publique) (4).

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques des sages-femmes en France concernant l'encadrement des étudiants en salle de naissance. Les objectifs secondaires tentent d'identifier les facteurs pouvant influencer l'encadrement étudiant, et d'appréhender un lien potentiel entre le nombre d'années d'exercice, la fréquence de l'encadrement ou la présence de cours de pédagogie et le vécu de ce dernier.

Afin de répondre aux objectifs, une revue exhaustive de la littérature abordera successivement : la profession de sage-femme, la sage-femme en tant qu'acteur principal de la formation clinique, et un secteur sensible : la naissance. Les parties suivantes exposeront la méthodologie utilisée et les résultats obtenus. Ces derniers feront l'objet d'analyses statistiques pour être discutés et comparés aux données de la littérature, afin d'envisager des propositions d'actions concrètes pour l'amélioration de l'encadrement étudiant.

Remarque : Il a été fait le choix d'utiliser, tout au long de ce mémoire, le terme « sage-femme » au féminin. Bien que l'accès aux hommes à la profession date de 1982, et que ces derniers représentent actuellement plus de 2% de la profession. Le terme « sage-femme » est communément employé au féminin dans la littérature et dans le langage courant.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. La profession de sage-femme

I. 1. Les études de maïeutique

En France, les études de sage-femme durent cinq ans. Elles sont divisées en deux cycles, le premier donnant accès au Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa), et le second correspondant à la Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (FASMa). Ces derniers, validés, aboutissent à l'obtention du diplôme d'État de sage-femme. Le premier cycle comprend six semestres, dont les deux premiers correspondent à la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). Les quatre semestres suivants ainsi que le deuxième cycle sont effectués au sein d'une école de sages-femmes (5,6).

I. 1. 1. Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques

I. 1. 1. 1. Première année commune aux études de santé

La PACES est une année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle peut également admettre certaines formations paramédicales telles que la première année d'étude en kinésithérapie. Les conditions d'inscription en PACES sont énoncées par l'article 2 de l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé (Annexe I).

Cette année d'étude est constituée de deux semestres au cours desquels sont dispensés des enseignements théoriques et dirigés communs à toutes les filières. Lors du second semestre, des unités d'enseignements spécifiques à chacune des filières sont enseignées. Il est cependant possible pour les étudiants de choisir de suivre les enseignements de plusieurs filières. Deux concours sont organisés à la fin de chacun des deux semestres afin d'établir un classement par filière à la fin de l'année universitaire. Pour pouvoir accéder à la seconde année d'étude, les candidats doivent figurer en rang utile sur le classement correspondant à la filière choisie. Le numerus clausus de chaque filière est fixé par arrêtés annuels (7). Il n'est autorisé de s'inscrire plus de deux fois à la PACES, sauf en cas de dérogation accordée par le Président de l'Université, et

seulement sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés (8).

Ce système d'admission, basé sur la sélection et écartant de nombreux étudiants, a beaucoup été pointé du doigt et jugé injuste au cours de ces dernières années. C'est pour cette raison qu'en 2019, des textes de loi sont venus réformer l'organisation de cette année d'étude (9). L'amélioration de l'orientation et de la réussite des étudiants, la correspondance aux besoins du système de santé, le décloisonnement des filières de santé et l'amélioration du bien-être étudiant sont les objectifs principaux de la mise en place de ces transformations. Le numérus clausus sera supprimé, laissant le choix aux universités, en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS), de définir le nombre d'étudiants admis en fonction de leurs besoins. Ce système, s'inscrivant dans une perspective d'être plus juste, efficace, et de diversifier les profils, est actuellement en cours de mise en œuvre dans les différentes universités de France (10).

I. 1. 1. 2. Suite et fin du premier cycle

À la suite de la PACES, les étudiants classés en rang utile accèdent à la formation au sein d'une école de sage-femme, pour effectuer les quatre ans d'étude supplémentaires permettant d'acquérir le diplôme d'État de sage-femme.

Les enseignements de ce premier cycle sont à la fois théoriques, méthodologiques, appliqués et pratiques. La base des connaissances scientifiques nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme est enseignée. L'objectif est la connaissance de la physiologie des domaines pré-, per- et post-natals. Les domaines de la biologie, des sciences exactes, des sciences humaines et sociales, de la santé publique, de la physiopathologie ou encore de la pharmacologie sont traités.

L'enseignement théorique est enrichi par un apprentissage pratique en milieu clinique, organisé par les instances compétentes des structures assurant la formation (11). L'enseignement clinique est un élément central de la formation afin de transformer des expériences cliniques vécues durant le stage en compétences professionnelles. Les étudiants sont amenés à devenir de plus en plus autonomes puisqu'ils ont l'opportunité de pratiquer sur le terrain, et de pouvoir observer plusieurs modèles de rôle.

La validation des six semestres de formation de ce premier cycle statue l'étudiant au niveau licence, et lui donne accès à l'inscription en Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (FASMa).

I. 1. 2. Formation approfondie en sciences maïeutiques

Elle comprend, de façon comparable au premier cycle, des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques associés à la réalisation de stages. Les enseignements sont principalement orientés vers l'étude et le dépistage des pathologies obstétricales, gynécologiques et pédiatriques.

En annexe de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme, les compétences et connaissances acquises durant la formation sont décrites (Annexe II).

La formation dispensée au cours des stages permet à l'étudiant d'acquérir une démarche clinique et de développer des compétences indispensables à l'exercice de la profession. Les stages concernent le suivi gynécologique, la planification familiale et les périodes pré-, per- et post-natales. Les étudiants doivent effectuer un certain nombre d'heures dans chaque catégorie de stage :

- Le suivi prénatal représente 360 à 480 heures et comprend les consultations prénatales, la surveillance des grossesses à haut risque et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- Le suivi per-natal représente 600 à 720 heures de stages : il comprend la pratique d'un accouchement eutocique, l'accueil d'un nouveau-né eutrophique à terme, le suivi d'un accouchement à risque ou pathologique et ses suites immédiates, et l'accueil d'un nouveau-né malade ;
- Le suivi post-natal représente 240 à 420 heures et inclue les suites de couches physiologiques, les nouveau-nés et nourrissons, les suites de couches pathologiques ainsi que les nouveau-nés malades ;
- La planification et le suivi gynécologique représentent 240 à 420 heures. Les consultations de contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et le suivi gynécologique de prévention en font partie.

Les stages sont réalisés à la fois en établissement de santé et en milieu extrahospitalier (exercice libéral, centre de protection maternelle et infantile, etc.). Un stage de longue durée (720 heures) à temps plein est organisé durant la dernière année du second cycle (6).

Depuis 2016, suite au décret n°2016-1335 relatif aux fonctions en milieux hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique, ces derniers acquièrent la

qualité d'agent public durant leur deuxième cycle d'études. Ce décret énonce les droits et devoirs auxquels sont soumis les étudiants tels que le secret professionnel, les périodes d'études à l'étranger, ou encore les congés annuels. Ce statut confère aux étudiants de second cycle une rémunération annuelle dont le montant est fixé par arrêté ministériel (12).

Les étudiants ayant validé l'ensemble des enseignements et des stages au cours des deux cycles de formation, ainsi que le certificat de synthèse clinique et thérapeutique et leur soutenance de mémoire, obtiennent le diplôme d'État de sage-femme. Ce diplôme confère à son titulaire le grade de master (6).

I. 1. 3. L'intégration universitaire : une évolution nécessaire

Depuis 2009, la loi prévoit que la formation initiale des sages-femmes soit organisée au sein des universités, sous réserve de l'accord du Conseil régional (13). La question de l'intégration universitaire des écoles de sage-femme est alors soulevée.

Les enjeux sont multiples : adapter l'appareil de formation aux besoins de santé, développer des compétences transversales (informatique, langues vivantes), permettre l'ouverture vers l'international, promouvoir et développer la recherche en maïeutique, réduire les inégalités inter-filières des études médicales et stopper la marginalisation de la profession. L'intégration universitaire a également pour but la promotion de la santé des étudiants, en permettant un accès facilité aux soins et au domaine sportif (14).

Cependant l'application de cette loi ne pourra prendre effet tant que plusieurs points ne seront pas clarifiés (autonomies pédagogique et financière, statut des enseignants, perspectives de développement de recherches en maïeutique, etc.) (15,16). En 2018, cinq écoles sur les trente-cinq existantes en France avaient achevé leur projet d'intégration à l'université (17). La première fut l'école universitaire de Marseille en 2010, intégrant pleinement l'université sous la forme d'une composante autonome lors de sa création (18).

I. 2. Les compétences requises

I. 2. 1. Compétences cliniques

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Le Code de la santé publique régit cette profession dans la quatrième partie

concernant les professions de santé, le livre premier à propos des professions médicales et le titre V consacré à la profession de sage-femme.

L'Article L4151-1 du Code de la santé publique décrit les bases de l'exercice de la profession, que sont le diagnostic et la surveillance de la grossesse, la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux concernant la mère et l'enfant, et l'examen post-natal. Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. En cas de pathologie, la sage-femme est tenue d'adresser la femme à un médecin (19).

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme, du nouveau-né et de son entourage, dans le but de protéger l'enfant. La liste de ces vaccinations est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé (20). Elles peuvent également prescrire des dispositifs médicaux, des médicaments et des substituts nicotiques selon des listes définies (21). Les sages-femmes ont le devoir de faire appel à un médecin en cas de pathologie diagnostiquée (22).

En 2010, un référentiel métier a été élaboré à l'initiative du Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) et avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Le statut et les compétences de ce métier sont encore méconnus. C'est pourquoi ce référentiel résume les compétences requises à la sortie de la formation initiale à travers des situations types, afin de donner une meilleure lisibilité du métier. Ces situations types sont particulièrement représentatives de la profession, les valeurs professionnelles leur donnant sens leur sont associées. Néanmoins la liste des situations n'est pas exhaustive. Les compétences transversales des sages-femmes y sont listées et décrites : l'expertise professionnelle, la communication, la collaboration, le professionnalisme, le respect des droits, des besoins et des attentes, l'érudition et la responsabilité. Les savoirs faire techniques et la maîtrise des gestes professionnels sont listés. Les notions de raisonnement clinique, de méthodologie de recherche clinique, de communication avec les femmes et leur entourage ou avec les autres professionnels sont également abordées. Les savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institutionnel, la coopération, la gestion et le management font aussi parti des compétences du métier de sage-femme.

La dernière notion abordée dans le référentiel métier concerne les savoirs et savoir-faire en pédagogie. L'acquisition de connaissances théoriques et techniques relatives à la pédagogie des adultes, aux techniques et méthodes de pédagogie médicale et à la psychologie de l'apprentissage est essentielle à l'exercice de la profession. Les sages-femmes doivent être capables d'élaborer un processus pédagogique, de préparer, choisir et confectionner des supports didactiques, de mettre en œuvre les principales techniques d'animation de groupe, d'établir une relation d'apprentissage par tutorat, d'explicitier et de conceptualiser (23). La pédagogie de la profession sage-femme se rapporte aux femmes enceintes et à leur entourage, mais elle peut également être appliquée en rapport avec l'encadrement étudiant. En effet, cette notion demeure peu présente dans le référentiel métier, pourtant le code de la santé publique fait mention du devoir des sages-femmes de contribuer à la formation des étudiants (2012). L'encadrement étudiant n'est donc pas seulement une compétence du métier mais une réelle obligation (4).

I. 2. 2. Compétences dans l'enseignement

En France, le statut d'enseignante sage-femme est différent des statuts des autres filières médicales. En effet, aucune filière spécifique préparatoire à cette fonction n'existe à l'heure actuelle en maïeutique. Avant 2011, un diplôme de cadre sage-femme délivré après neuf mois de formation dans l'unique école hospitalière française, située à Dijon, permettait l'accès au statut de sage-femme enseignante. Puis, un master en santé publique, spécialité périnatalité, management et pédagogie, est venu remplacer le diplôme non universitaire. Ce master donnait accès au grade de sage-femme cadre enseignante ou manager des services hospitaliers et était délivré à la suite de deux années de formation par l'Université de Bourgogne. En 2016, un arrêté est publié, fixant la liste des diplômes donnant accès aux fonctions d'enseignant, à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, sous l'autorité du directeur d'une structure de formation en maïeutique de certains établissements. Peuvent accéder à ces fonctions, les sages-femmes titulaires d'un diplôme de cadre sage-femme, ou d'un diplôme national de master dans une des mentions suivantes : économie de la santé, management public, droit de la santé, sciences de l'éducation, biologie santé, ingénierie de la santé, santé ou santé publique (24). Le statut d'enseignante sage-femme n'exige ni

formation universitaire, ni formation en pédagogie, et ne permet donc pas un accès à l'enseignement universitaire (18,25).

En comparaison, les personnels enseignants et hospitaliers des disciplines médicales et pharmaceutiques des centres hospitaliers et universitaires (26), les personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires (27), ainsi que les enseignants de médecine générale (28), ont accès au statut d'enseignant universitaire et peuvent assurer à la fois des missions d'enseignement, de recherche et de soins (29).

La Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa), l'ANESF, ainsi que d'autres organisations rassemblant les sages-femmes, sont particulièrement engagées dans l'évolution de la formation et de la profession. Ces organismes travaillent sur l'ouverture du statut d'enseignant chercheur en maïeutique et la possibilité pour les sages-femmes d'acquérir la bi-appartenance au sein de la fonction publique d'État. Les sages-femmes pourraient alors accomplir les trois missions (enseignement, recherche et clinique), de manière identique aux autres filières médicales (30).

II. Sage-femme : acteur principal de la formation clinique

D'après « Le petit Larousse », le terme encadrer signifie « *assurer auprès de personnes un rôle de direction, de formation ; mettre une autorité en constituant un ensemble hiérarchique* » (31). Avoir un rôle de formation correspond ainsi à l'action de donner à quelqu'un ou à un groupe les connaissances nécessaires à l'exercice d'une activité.

Le rôle des étudiants est d'apprendre une profession. Comme vu précédemment, les sages-femmes ont le devoir de contribuer à leur formation et par conséquent elles doivent avoir des notions concernant la pédagogie. Elles représentent un véritable modèle de rôle pour l'étudiant.

II. 1. Théorie de l'apprentissage

Apprendre signifie « *acquérir par l'étude, par la pratique, par l'expérience une connaissance, un savoir-faire, quelque chose d'utile* » (31). L'apprentissage consiste en l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et aussi d'un savoir-être.

Plusieurs courants majeurs se sont distingués au cours du XX^{ème} siècle à propos de cette thématique :

- Le behaviorisme :

Ce terme s'inspire des travaux du prix Nobel Petrovitch Pavlov (1904) sur le conditionnement réponsif. C'est une approche en psychologie qui consiste à s'appuyer sur le seul comportement observable, de façon à caractériser comment il est déterminé par l'environnement et les interactions de l'individu avec son milieu, sans faire appel à des mécanismes internes au cerveau ou à des processus mentaux non directement observables. Ce modèle peut être considéré comme réducteur puisque c'est une vision mécaniste de l'apprentissage, sans prendre en compte les processus cognitifs (32).

- Le cognitivisme :

Comme son nom l'indique, ce modèle s'intéresse à l'étude de la cognition, c'est-à-dire au fonctionnement de l'intelligence, l'origine de nos connaissances ainsi que les stratégies employées pour les assimiler, les retenir et les réinvestir. Le cognitivisme s'intéresse à la perception, au traitement en mémoire, au langage, et ce, en regard du fonctionnement du cerveau. Cette théorie prend peu en compte la dimension sociale dans le développement du raisonnement de l'apprenant, se focalisant surtout sur les processus internes.

- Le constructivisme :

Ce courant suppose que l'apprenant construit activement ses connaissances au travers de ses interactions avec le réel et l'assimilation avec ses connaissances antérieures. Il est basé sur les travaux de Jean Piaget (épistémologue) et sa théorie du fonctionnement cognitif. Pour cet auteur, la connaissance ne s'impose pas à un sujet passif, c'est l'apprenant qui va à sa rencontre et s'efforce de l'intégrer. Il assimile les nouvelles connaissances et accommode ses connaissances antérieures par ce biais. Il y a donc une notion de réorganisation de conceptions mentales dans cette théorie (33).

- Le socioconstructivisme :

Il prend racine dans le constructivisme et s'en démarque par la prise en compte des aspects culturels et des interactions sociales multiples dans la construction des savoirs. Une de ses branches décrit une approche interactionniste, l'autre approche est qualifiée de psychologie culturelle (34).

II. 2. La pédagogie

La pédagogie est l'aptitude à bien enseigner, le but étant de développer des apprentissages chez une personne. Enseigner c'est faire apprendre une science, un art, une discipline à quelqu'un, et la lui expliquer. Pour l'enseignement clinique, la communication est essentielle entre l'encadrant et l'encadré. Le professionnel de santé doit transmettre ses connaissances et ses savoirs à l'étudiant. Ce dernier doit pouvoir communiquer avec l'encadrant afin de construire une relation d'échanges, d'exprimer ses besoins et de gagner en autonomie (35,36).

Jean Houssaye, professeur de philosophie dans le secondaire et formateur d'enseignants, a créé un triangle pédagogique (Annexe III) afin de faciliter la compréhension de cette notion. Les trois sommets de ce triangle représentent l'étudiant, l'enseignant et le savoir :

- L'étudiant, acquiert le savoir grâce à une situation pédagogique ;
- L'enseignant transmet ou fait apprendre le savoir ;
- Le savoir correspond au contenu de la formation.

Les côtés du triangle représentent les relations nécessaires à la pédagogie :

- La relation didactique constitue le rapport entre l'enseignant et le savoir, de ce fait il peut enseigner ;
- La relation pédagogique est le lien entretenu par l'enseignant avec l'étudiant, cela constitue l'action de former ;
- La relation d'apprentissage est le lien entre l'étudiant et le savoir, celui-ci correspond au fait d'apprendre.

La principale critique faite à ce modèle porte sur la non-contextualisation de l'acte pédagogique dans une époque, une culture (37).

La reconnaissance précoce des difficultés de raisonnement clinique d'un étudiant peut permettre l'établissement d'un plan pédagogique individualisé assez tôt dans la formation. Cela permet de soutenir sa progression vers le degré de maîtrise des compétences attendues. Un recueil de données doit être établi lors des différentes activités, telles qu'une supervision directe, une discussion à propos d'un cas clinique en supervision indirecte ou dans le cadre d'un groupe de pairs. L'enseignant ou le clinicien doit développer un raisonnement pédagogique lorsqu'il dépiste des difficultés, afin de comprendre la nature du problème de raisonnement en cause chez l'étudiant. Le but est d'arriver à un diagnostic pédagogique le plus juste possible (38).

II. 3. La supervision

Thierry Pelaccia, docteur en science de l'éducation et titulaire d'un master en science du travail, est l'auteur du livre : « *Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* ». Il décrit l'activité de supervision pédagogique comme un accompagnement de l'étudiant. Ce concept induit plusieurs notions :

- La secondarité : l'accompagnant est le second, il est aux côtés de l'apprenant et non devant ;
- Le cheminement : une progression entrant dans un processus complet ;
- L'effet d'ensemble : portant référence au résultat d'un travail commun ;
- Et la transition : impliquant une temporalité.

Il souligne l'importance de la création d'un environnement bienveillant, où l'étudiant pourra poser librement ses questions, reconnaître ses méconnaissances et bénéficier de feedbacks utiles à sa progression. Pour cela, les étudiants doivent être mis en confiance, leurs efforts doivent être valorisés et l'auto-évaluation doit être encouragée.

Différents types de supervision existent. La supervision directe consiste à observer l'étudiant et donc à être présent lorsqu'il réalise un acte ou une tâche. La supervision immédiate implique que l'encadrant ne soit pas avec l'étudiant mais à proximité, immédiatement disponible en cas de besoin. La supervision locale implique une aide téléphonique en cas de besoin, ainsi le professionnel doit être disponible rapidement et se trouver dans l'établissement de santé. Enfin, la supervision à distance renvoie au fait d'être joignable rapidement par appel téléphonique et de pouvoir être présent sur place dans un délai raisonnable. Les trois derniers types constituent les formes de supervision indirectes.

L'évaluation est inhérente à la formation en milieu clinique. Cette étape cruciale, nécessaire car étant la seule statuant sur les compétences professionnelles, impacte l'apprentissage des étudiants. Elle est formative et permet de faire le point sur les acquis et les apprentissages restants. Cependant, cette tâche n'est pas simple à réaliser, une certaine rigueur de la part des professionnels est essentielle pour l'étudiant (39).

II. 4. Le feedback

En éducation médicale, le terme feedback (ou rétroaction) se définit comme un message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle fournie par l'enseignant. C'est un processus par lequel des informations sont communiquées à l'étudiant sur son travail dans l'intention de lui offrir l'opportunité d'améliorer sa performance lors des tâches ultérieures. L'objectif est d'informer l'étudiant sur sa progression et lui permettre d'identifier ses besoins en l'accompagnant vers le progrès (39). Un feedback peut être positif s'il renforce l'acte de l'étudiant ou négatif s'il corrige l'étudiant. Selon la façon dont le message est transmis, le feedback peut être efficace (bon feedback) ou inefficace (mauvais feedback). Le feedback efficace aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages, et à améliorer ses performances en comblant les lacunes dans ses connaissances. Il permet également au clinicien de modifier son style et ses contenus d'enseignement pour s'adapter aux besoins individuels de l'étudiant. À l'inverse, un feedback inefficace freine l'étudiant dans la perception de ses erreurs, il peut alors construire des conceptions erronées et développer de mauvaises habitudes.

L'identification trop tardive des faiblesses ralentit la progression de l'étudiant. La qualité de la réalisation d'une tâche particulière peut être abandonnée si elle n'est pas valorisée, sans que l'étudiant n'en ait conscience. Les conséquences négatives sont nombreuses lorsqu'un feedback est procuré de la mauvaise façon, ou lors d'un moment non opportun, ou encore lorsqu'il est procuré par la mauvaise personne. L'art de donner un feedback efficace n'est pas inné, il peut en revanche s'apprendre. Dans la pratique, les professionnels se sentent volontiers mal à l'aise pour faire face aux émotions pouvant apparaître lorsque le feedback est donné. Ils appréhendent de dire à l'étudiant que ses pratiques sont incorrectes, de peur de heurter sa sensibilité. Féliciter l'étudiant peut également paraître complexe chez certains enseignants, ils peuvent se sentir maladroits face à ces paroles. Pour ces raisons, bien des superviseurs évitent inconsciemment d'affronter les exigences requises pour donner un feedback, et choisissent de ne pas en donner du tout. Pourtant la maîtrise de cette tâche requiert une pratique régulière (40).

Plusieurs types de feedback existent. Les feedbacks de vérifications permettent la transmission d'une information concernant la justesse ou l'inexactitude de la réponse. Les feedbacks d'élaboration permettent d'apporter des indices et de guider l'étudiant

vers la réponse correcte. Les feedbacks élaborés, plus complexes que les précédents, sont donnés dans une intention de formation. Ils peuvent correspondre à des informations d'ordre général ou à des informations plus spécifiques tenant compte du contexte et de l'individu. Ils permettent d'encourager l'individu à poursuivre la tâche. Enfin, les feedbacks élaborés de vérification fournissent la réponse juste et les informations expliquant la pertinence des réponses (41).

II. 5. Modèle de rôle

Lors de l'enseignement clinique, le professionnel de santé sert de modèle à l'étudiant. Grâce à l'observation et en s'inspirant de ses savoir-faire et savoir-être, l'étudiant progresse dans son apprentissage. Un modèle constitue « *une personne citée ou choisie à titre d'exemple pour qu'on s'inspire de sa conduite* ». Le rôle est « *une fonction remplie par quelqu'un, attribution assignée à une institution* ». Un modèle de rôle prend donc une place indispensable dans l'apprentissage et la formation des étudiants. Celui-ci se doit d'allier compétences cliniques et techniques, compétences pédagogiques ainsi que qualités humaines. Les bons modèles de rôle ont une approche centrée sur l'apprenant, ils impliquent activement l'étudiant, et ce de façon non menaçante. Ils communiquent efficacement avec l'étudiant et lui donnent un feedback spécifique et approfondi. Ils sont habiles pour expliquer les sujets difficiles et ils portent une attention particulière à la relation professionnel-patient dans leur enseignement. Un encadrant ne possédant pas toutes ces compétences ne constitue pas un bon modèle de rôle, l'étudiant peut alors se retrouver freiné dans son apprentissage (33). En effet, un modèle de rôle silencieux, inflexible ou impatient, ne permet ni la réflexion, ni la remise en question, ni l'exercice de la métacognition, trois points essentiels et nécessaires à l'étudiant pour progresser dans sa formation (42).

Selon un article de 2013 intitulé « *Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants* », les praticiens cliniques ont pour la plupart une représentation très générale de cette notion. Pour certains, être un clinicien enseignant modèle de rôle représente une illusion, du fait de l'association de cette notion à l'atteinte de la perfection. Le modèle de rôle positif est défini dans cet article comme une personne représentant une source d'inspiration et d'émulation en raison de sa manière d'être et de faire au plan professionnel. C'est au contact de plusieurs modèles que l'étudiant va développer ses

compétences et construire son identité professionnelle (43). Scott M. Wright, grâce à son étude intitulée « *Excellence in role modelling* », a élaboré une illustration du modèle conceptuel de l'exercice du modèle de rôle (Annexe IV). Il décrit le modèle de rôle comme un équilibre entre des attributs positifs et les barrières rencontrées lors de cet exercice (44).

L'optimisation des modèles de rôle entre dans la démarche du perfectionnement pédagogique en enseignement clinique. Accroître la conscience du modèle de rôle et aider les enseignants dans leur démarche d'explicitation de la compétence clinique multidimensionnelle contribuent à l'amélioration de l'enseignement clinique auprès des étudiants (42).

II. 6. Le tutorat

« Le Larousse » définit un tuteur comme « *une personne ou chose qui servent d'appui, de soutien, de protection* ».

Le tutorat s'inscrit dans une situation de travail accompagné et personnalisé. Il correspond à une fonction de transmission et d'aide à l'acquisition d'un métier entre un professionnel confirmé et un étudiant novice dans le métier. Le tuteur favorise l'accueil et l'intégration de l'étudiant. Il tient également un rôle essentiel dans la transmission des compétences. Le tutorat est une pratique fondée sur le partage, il exige un esprit d'équipe basé sur les notions d'échange et d'ouverture (45).

Dans les études de sages-femmes, le tutorat est présent sous plusieurs formes. Dès la PACES, le tutorat est proposé aux étudiants. Il est organisé par des étudiants en médecine, pharmacie, sage-femme et odontologie. L'objectif est d'entraîner les étudiants en première année au concours, de les conseiller dans leur organisation, les aider dans leur travail, et également de les soutenir tout au long de l'année. Prend place ensuite le tutorat d'années supérieures, toujours organisé par des étudiants, et dont le but est de venir en aide aux étudiants d'années inférieures. Il tend à se développer dans certaines écoles de sages-femmes mais reste peu présent comparé au tutorat organisé en PACES (46). Le dernier tutorat présent au cours des études de sages-femmes est réalisé en stage. Dans ce cas, le tuteur n'est pas un étudiant mais un professionnel de santé présent sur le lieu de stage.

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans un article rédigé en 2018, développe le sujet de l'encadrement en stage et définit la notion de tuteur. Cette méthode de

formation permet aux professionnels d'entrer dans une action d'évaluation et d'amélioration des pratiques, c'est un véritable statut. Les tuteurs, aussi appelés maîtres de stage, ont pour mission, d'une part, d'accueillir l'étudiant et de l'intégrer sur son lieu d'exercice, et d'autre part, d'assurer sa formation dans son cadre d'exercice. Durant le stage, le maître de stage est l'interlocuteur privilégié de l'étudiant ainsi que son référent professionnel. Le but pour l'étudiant est d'acquérir une démarche réflexive à partir des situations rencontrées dans la pratique des soins. Par questionnements conjoints avec le tuteur, l'étudiant repère les apprentissages à effectuer et sollicite les ressources nécessaires pour élaborer des solutions.

Le développement professionnel continu, qui constitue une obligation pour tout professionnel de santé, a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que l'amélioration des pratiques (47). Le statut de maître de stage, professionnel agréé, rentre dans cette démarche de développement professionnel continu. Plusieurs exigences sont alors attendues. Un maître de stage doit ainsi :

- Analyser ses pratiques en identifiant des questions relatives à la prise en charge de ses patients ;
- Actualiser et acquérir des connaissances ou compétences en cours de stage ;
- Tracer ses étapes et mettre en place un suivi des améliorations.

De plus, le maître de stage est tenu de recevoir au cours de l'année un ou des étudiants, durant au minimum 3 mois consécutifs ou cumulés. Actuellement, ce statut n'est pas reconnu ni institutionnalisé pour les sages-femmes, contrairement aux filières infirmière et médecine. Dans certains établissements, des sages-femmes consacrent ponctuellement une partie de leur activité à ces fonctions. Il s'agit d'initiatives locales dépendantes des choix de l'encadrement des équipes (48).

III. La naissance, un secteur sensible

III. 1. L'accouchement à travers l'Histoire

L'histoire et l'anthropologie nous apprennent qu'à toutes les époques et chez tous les peuples se sont trouvées des femmes qui cherchaient à apporter leur aide à leurs consœurs en couches.

Au moyen-âge, les naissances ont lieu à la maison dans un espace quotidien, l'accouchement se déroulant là où vit la lignée familiale depuis déjà de nombreuses

années. Pour les populations les plus pauvres, les accouchements se font fréquemment dans les étables. La parturiente est assistée par un entourage exclusivement féminin. Une matrone est présente, reconnue par le peuple pour sa grande expérience dans le domaine des naissances. Les matrones apprenaient leur savoir de génération en génération, d'une façon exclusivement orale et empirique (49,50).

Au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, les couches cessent d'être accompagnées uniquement par des femmes, des accoucheurs commencent à voir le jour. Initialement ce sont des chirurgiens que l'on appelle pour délivrer une femme d'un fœtus décédé. Puis ceux-ci commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir pratiquer les accouchements ordinaires afin d'accroître leur exercice. À partir de 1650, les femmes accouchent de plus en plus avec l'aide d'un accoucheur, bien que certaines d'entre elles soient effrayées par ces chirurgiens qu'elles considèrent comme des bouchers et non comme des soignants. Les femmes se retrouvent de plus en plus seules durant le travail, la position d'accouchement leur est imposée par soucis de commodité de l'accoucheur, elles perdent peu à peu leur liberté. En raison de la pratique instrumentale qui voit le jour, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel, il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. Même si les hommes sont de plus en plus nombreux à pratiquer l'obstétrique, les matrones gardent toutefois leur reconnaissance et continuent à pratiquer une majorité des accouchements, particulièrement dans les campagnes.

Durant la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, le pouvoir royal s'efforce de transformer les matrones de campagnes en véritables sages-femmes grâce à une rapide formation médicale, et ce, afin de faire diminuer la mortalité maternelle et infantile. Elles sont en effet jugées incompetentes et responsables des nombreux décès. Cependant, le nombre de matrones bénéficiant de cet apprentissage ne suffit pas à combler les demandes des villes et des campagnes. À l'initiative de Madame Du Coudray, sage-femme diplômée de Paris, des cours itinérants sont alors organisés dans toute la France. De 1759 à 1783, à l'aide de son mannequin de démonstration, elle réalise un enseignement auprès des accoucheuses mais également auprès des futurs démonstrateurs, chirurgiens et médecins.

Pendant les deux premiers tiers du XIX^{ème} siècle, malgré une meilleure formation des soignants et la création d'une école de sages-femmes par Madame Lachapelle (1802), les hôpitaux restent encore perçus comme effrayants. Les naissances dans ces

lieux sont en effet plus dangereuses qu'à domicile, en raison des épidémies de fièvres puerpérales qui déciment les nouvelles accouchées. Suite à cela, des politiques de prévention et d'hygiène sont établies. Une fois mises en application, ces politiques ont permis une baisse radicale de la mortalité maternelle. Peu à peu, l'hôpital cesse alors de faire peur et apparaît comme un lieu aseptisé, où l'on pratique une médecine qui sauve et qui guérit.

Au XX^{ème} siècle, la naissance en milieu médicalisé se répand dans les grandes villes, bien qu'elle représente déjà la majorité des naissances. Les hôpitaux sont devenus des lieux de technicité médicale. À la campagne, les grands hôpitaux modernes n'existent pas, les sages-femmes viennent à domicile ou surveillent les accouchements dans de petites maternités rurales.

Dans l'entre-deux guerres, on observe la coexistence des deux pratiques. La bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchent plus volontiers à domicile, alors que les classes populaires urbaines accouchent en milieu hospitalier. Il n'est pas certain que l'accouchement à domicile soit plus dangereux que l'accouchement à l'hôpital (51). À la veille de la seconde guerre mondiale, en raison de la médicalisation de la naissance, les femmes cessent d'accoucher à domicile et se tournent vers des structures où règnent les médecins (52).

III. 2. Les lieux de naissance actuels

De nos jours, les accouchements en France ont lieu majoritairement dans les hôpitaux publics ou les structures privées. En 2016, 97,4% des naissances ont eu lieu dans un établissement spécialisé. Depuis la mise en œuvre d'une réglementation guidée par des impératifs de santé publique en 1972, le nombre de maternités est en baisse. Celles dont l'activité est faible sont amenées à fermer leur porte, ce qui en conséquence augmente la taille et l'activité dans les maternités restantes. Au nombre de 1369 en 1975 en France métropolitaine, les maternités n'ont cessé de diminuer pour atteindre le nombre de 518 en 2014 (53).

Grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015, la création de maisons de naissance en France a été rendue possible en expérimentation. Neuf maisons de naissance ont été autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans (54). Elles sont contigües à une structure agréée pour l'activité de gynécologie-obstétrique, permettant de transférer rapidement les parturientes en cas de complications

(55,56). Les maisons de naissance sont gérées par des sages-femmes. Elles offrent une prise en charge moins technicisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum, avec un accompagnement global à la naissance (57).

Dans beaucoup de pays, les maisons de naissance sont déjà largement répandues, comme en Allemagne, en Suisse, en Suède, et également au Canada (58).

Les accouchements à domicile sont rares. En 2016, moins d'un pourcent (0,6%) des naissances ont eu lieu hors structure de soins. Les mères ont alors bénéficié, dans neuf cas sur dix, de l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme. Les naissances hors structures spécialisées peuvent être choisies (décision d'accoucher chez soi) ou subies (travail rapide) (53). Les femmes ou couples faisant ce choix seraient pour la plupart dans une recherche d'autonomie, de personnalisation et d'humanisation lors d'un moment de grande intimité (59,60).

III. 3. Secteur naissance : impact sur la santé des praticiens

Les professions de santé, de façon générale, constituent une population à risque de développer un burnout. Cette pathologie, dont les définitions sont nombreuses, se caractérise par l'association d'un épuisement professionnel, une dépersonnalisation et la perte du sentiment d'accomplissement personnel. Il est souvent rapproché à la dépression, du fait de la présence de similitudes entre ces deux pathologies. Cependant, le burnout se différencie par le rôle majeur du « travail » dans son développement. En effet, la surcharge de travail et l'épuisement physico-psychique ne permettent pas aux soignants d'exercer dans des conditions idéales. Il existe également le besoin de se rassurer par des exigences formelles, conduisant à une augmentation des tâches administratives et donc du temps devant être libéré pour cela (61).

Dans la certification des établissements de santé (2014), le secteur naissance est intégré aux secteurs d'activités à risque. Cette qualification demande une organisation précise, elle vise la mise en place d'une démarche de qualité et de sécurité des soins dans le secteur naissance pour améliorer en continu les organisations et les pratiques au service des familles. Il s'agit de créer des conditions pour une prise en charge optimale, et notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité évitables de la mère et de l'enfant à naître (62).

Les professionnels travaillant dans ce secteur sont donc soumis à une organisation du travail stressante. La continuité du service nécessite en effet des horaires de travail

atypiques, pouvant engendrer des risques pour la santé. Les effets sont principalement des troubles portant sur le sommeil et la vigilance, sur les systèmes digestif et cardiovasculaire, ou encore sur le neuropsychisme (63). Certaines situations peuvent également avoir un impact sur la santé mentale des professionnels comme la morbi-mortalité périnatale ou les contextes sociaux défavorisés (64).

De nombreuses études se sont intéressées à l'évaluation du bien-être des sages-femmes et des étudiants sages-femmes. La profession est située au cœur de cet événement si important pour les femmes et couples qu'est la naissance d'un enfant. Elle est parfois idéalisée et fascinée pour ses notions d'aide, de soutien et de sécurité apportées envers les femmes en train de donner la vie (65). Cependant, elle peut parfois se révéler émotionnellement difficile. Certaines situations peuvent en effet être traumatisantes et entraîner un stress, de l'anxiété, une dépression, un burnout ou encore un stress post-traumatique (49). Chez les étudiants, une telle situation peut stopper leur progression dans la formation et entraîner une peur vis-à-vis du lieu, du contexte, ou d'une personne (3).

Une enquête nationale, à propos du bien-être des étudiants sages-femmes, a été menée par l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF). Celle-ci a été réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé entre mars et avril 2018, par courrier électronique et sur les réseaux sociaux, à tous les étudiants sages-femmes de France. Avec un total de 2430 réponses sur 4064 étudiants sages-femmes, l'ANESF a mis en évidence les difficultés rencontrées par les étudiants de cette filière, aussi bien sur le plan financier que sur leur vécu et leur santé au cours de cette formation. Les résultats montrent que 80% des étudiants se sentent plus stressés depuis qu'ils sont entrés dans la formation, la raison principale de ce stress étant les stages (31%), suivi des examens (29,9%), et de la quantité de travail (22,8%). Il est également renseigné que les relations avec l'équipe pédagogique et les enseignements sont une source de stress, mais en plus faibles pourcentages (respectivement 11% et 6%). Les étudiants sages-femmes font également face à des traitements inégalitaires (15%), principalement concernant leur statut étudiant (dans plus de 50% des cas). La moitié des auteurs de ces traitements inégalitaires sont des sages-femmes cliniciennes (49,7%), et 37,7% font partie de l'équipe pédagogique. La question de la réorientation a également été abordée dans l'enquête. Dans ce contexte de stress, de traitements inégalitaires et de soucis matériels, 27% des étudiants sages-femmes ont déjà songé à arrêter leur formation, et 20% ont

pensé à suspendre leurs études. Enfin, pour 56,4% d'entre eux la cause est qu'ils « *ne supportaient plus la formation* » (2).

La profession de sage-femme fait face, dans les secteurs naissance, à une activité importante avec parfois un manque de personnel et l'impossibilité de prendre une pause. À cela s'ajoute les nombreux papiers administratifs ou dossiers informatiques à remplir, et l'état de stress général de l'équipe soignante (67). Dans cette situation, comme décrit dans plusieurs articles, les sages-femmes ressentent des difficultés à encadrer les étudiants. La charge de travail, le manque de temps et le nombre important d'étudiants sont les principales causes de ces difficultés. L'absence de formation sur la pédagogie et l'encadrement est également un vecteur de difficultés (68). Certaines sages-femmes révèlent ressentir l'encadrement des étudiants comme une contrainte (69).

Dans ce contexte, il apparaît important d'interroger les sages-femmes à propos du sujet de l'encadrement étudiant. Connaître leurs pratiques, leur vécu et les facteurs influençant l'encadrement pourrait permettre d'envisager des projets d'action concrets, menant à une amélioration des pratiques pour le bien-être des sages-femmes et des étudiants.

MÉTHODE

I. La population de l'étude

La population cible de cette étude concernait les sages-femmes travaillant en salle de naissance en France métropolitaine et en Outre-mer.

I. 1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les sages-femmes :

- exerçant en France métropolitaine et en Outre-mer ;
- exerçant en établissement de santé public ou privé ;
- effectuant plusieurs gardes par an en salle de naissance.

I. 2. Les critères d'exclusion

Le critère d'exclusion retenu était le refus de participation à l'étude.

II. Méthode

II. 1. Volet 1

II. 1. 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive de type transversal.

II. 1. 2. Objectif

L'objectif principal de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes en France concernant l'encadrement des étudiants en salle de naissance.

II. 1. 3. Critère de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de sages-femmes ayant recours à une technique d'encadrement. Ce critère a été appliqué à tous les items présents dans le questionnaire.

II. 1. 4. Déroulement de l'étude et recueil de données

Cette étude s'est déroulée sur une période de six semaines, entre le 23 octobre et le 1^{er} décembre 2019. Un questionnaire informatique a été diffusé par mail, avec l'aide des Conseils de l'Ordre départementaux, auprès des sages-femmes travaillant en salle de naissance, en France métropolitaine et en Outre-mer (Guyane, Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Mayotte). Un texte introductif au questionnaire a été ajouté afin d'informer les sages-femmes des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. À ce mail de diffusion était jointe une lettre d'information (Annexe V).

Le questionnaire de recueil de données a été réalisé avec le logiciel REDCap© (70). Celui-ci était composé de 50 questions organisées en quatre parties. Un questionnaire portait sur les questions d'ordre général. Le second concernait le ressenti de l'encadrement. Le troisième portait sur des questions techniques. La dernière partie développait les axes de progression de l'encadrement (Annexe VI). Plusieurs tests de l'outil de recueil ont été réalisés, avant sa diffusion, afin de s'assurer de sa fonctionnalité.

II. 1. 5. L'analyse statistique des données

Le codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel REDCap© (70) pour les questions fermées. Des questions ouvertes ont été intégrées au questionnaire afin de recueillir au mieux le ressenti des sages-femmes. Plusieurs catégories ont pu être mises en évidence à partir des réponses à ces questions ouvertes, ceci permettant de réaliser un codage des données.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Epi Info (version 7) (71), en retenant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives. Un test Anova a été utilisé pour comparer plusieurs variables qualitatives et quantitatives, à défaut du test de Student qui ne pouvait être réalisé uniquement pour comparer deux variables. Des moyennes et écart-type ont été calculés en attribuant des notes croissantes en fonction des items (exemple : jamais = 0, parfois = 1, souvent = 2, toujours = 3), permettant l'analyse du croisement des variables qualitatives entre elles. Un test de Mann-Whitney a été réalisé lorsque le test Anova indiquait un résultat significatif, permettant d'identifier les catégories significativement différentes.

II. 1. 6. Les aspects éthiques et réglementaires

II. 1. 6. 1. Avis des comités consultatifs

Les directrice et co-directrice de ce mémoire ont donné leur accord pour la diffusion du questionnaire réalisé. Une autorisation du délégué à la protection des données a été recueillie. Les conseils départementaux de France avaient le choix de diffuser ou non le questionnaire.

II. 1. 6. 2. Information et consentement

Une lettre d'information (Annexe V) était jointe au mail de diffusion du questionnaire de recueil de données.

Le consentement reposait sur le choix de participation à l'étude, c'est-à-dire au remplissage du questionnaire.

II. 1. 6. 3. Anonymat

L'ensemble des données recueillies ne permet pas d'identifier les personnes ayant pris part à l'étude. Les sages-femmes ayant participé à l'étude avaient la possibilité de communiquer leur adresse mail afin d'avoir les résultats de l'enquête. Les données brutes sont uniquement accessibles sur un ordinateur personnel. Elles ont été cryptées et sauvegardées sur un disque dur externe, puis seront détruites après leur utilisation.

II. 2. Volet 2

II. 2. 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude à visée étiologique.

II. 2. 2. Objectifs

Les objectifs secondaires de cette étude étaient les suivants :

- Identifier les facteurs pouvant influencer l'encadrement étudiant.
- Appréhender, s'il existe, un lien entre certaines variables (nombre d'années d'exercice, fréquence d'encadrement, présence de cours de pédagogie) et le vécu de l'encadrement étudiant.

II. 2. 3. Critères de jugement

Un des critères de jugement secondaire était le pourcentage de sages-femmes identifiant un facteur comme pouvant influencer l'encadrement d'un étudiant.

Le dernier critère de jugement secondaire concernait le pourcentage de sages-femmes rencontrant des difficultés dans l'encadrement étudiant en fonction (1) du nombre d'années d'exercice, (2) de la fréquence de l'encadrement, et (3) de la présence de cours de pédagogie.

II. 2. 4. Déroulement de l'étude et recueil de données

Les données ont été recueillies et codées de manière identique au volet 1.

II. 2. 5. L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées de manière identique au volet 1.

II. 2. 6. Les aspects éthiques et réglementaires

Ils sont identiques à ceux du volet 1.

RÉSULTATS

I. Taux de participation

Les Conseils de l'Ordre départementaux avaient le choix de transmettre le mail contenant le questionnaire de recueil de données, par conséquent le nombre de sages-femmes ayant eu accès à l'étude est inconnu. De plus, le nombre de sages-femmes travaillant en salle de naissance n'est pas répertorié, et il est par conséquent impossible de réaliser un pourcentage du taux de participation.

Au terme du recueil de données, 870 sages-femmes ont répondu au questionnaire. En revanche, 57 participations, qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion, ont été exclues de l'étude, conduisant à 813 questionnaires exploitables. Parmi ces derniers, 118 questionnaires n'ont pas été complétés en totalité par les sages-femmes ayant participé à l'étude ; ce sont donc finalement 695 questionnaires, soit 80% des réponses, qui ont pu être totalement exploités.

II. Population étudiée

La population de l'étude était composée majoritairement de femmes (96,9%). La moyenne d'âge était de $35,1 \pm 9,2$ ans, l'âge minimum étant de 21 ans et le maximum de 68 ans. Le nombre d'années d'exercices des participantes est exposé en figure 1. Elles avaient en moyenne $11,3 \pm 9,3$ années d'expérience. La répartition selon les régions d'exercice est présentée en figure 2.

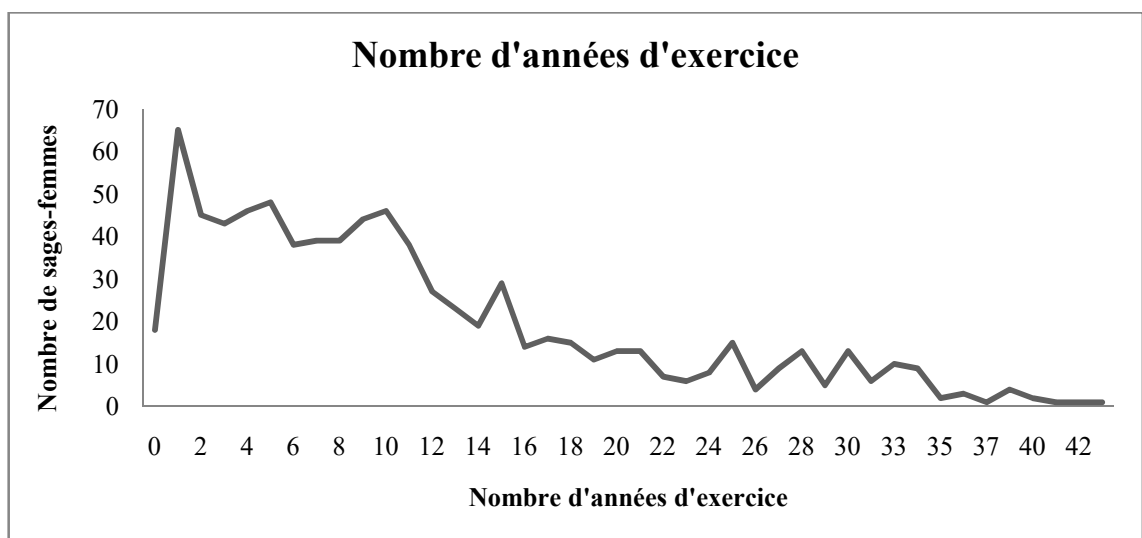


Figure 1 : Nombre de sages-femmes par année d'exercice.

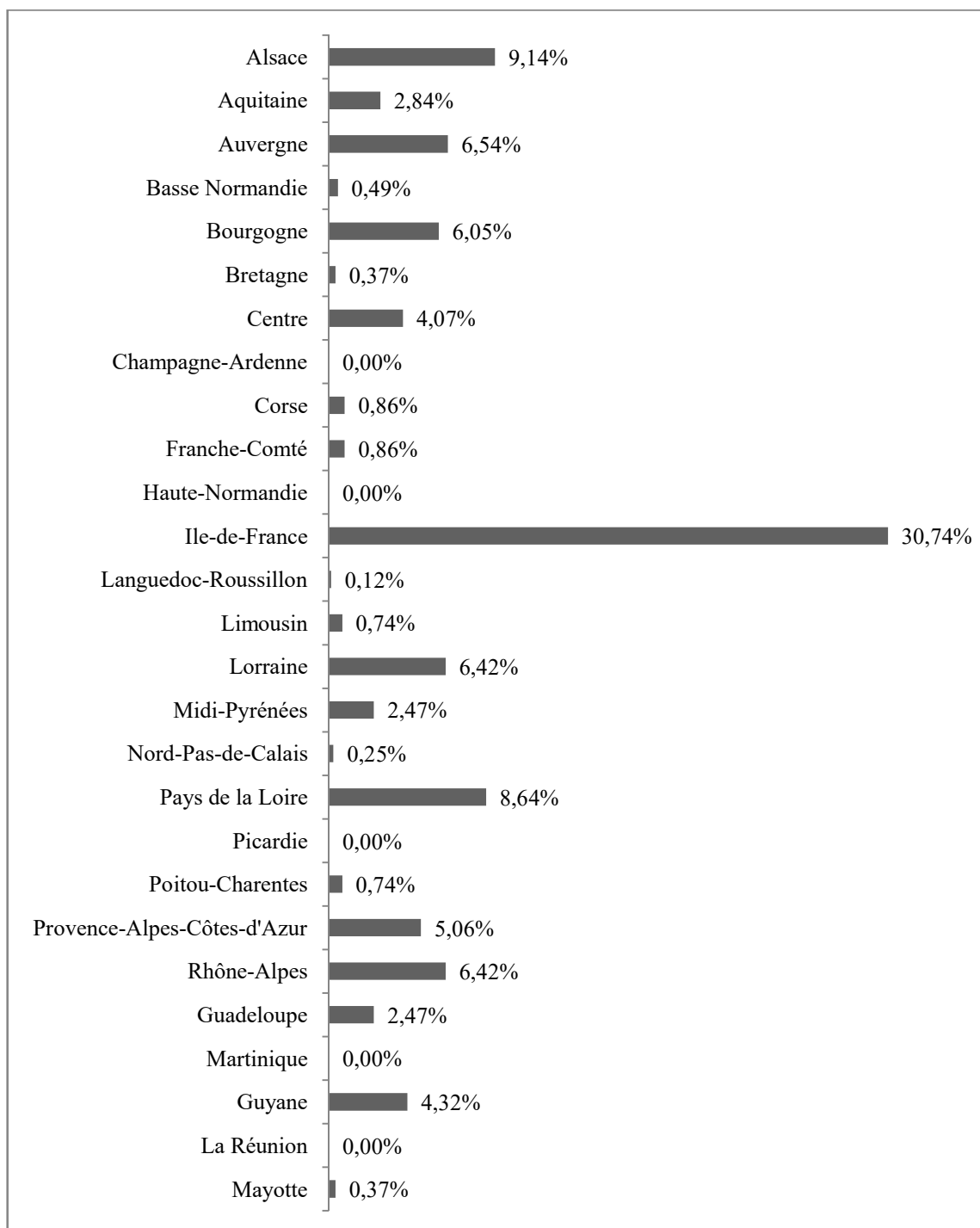


Figure 2 : Pourcentage de sages-femmes selon les lieux d'exercice.

Concernant la fréquence d'encadrement des étudiants (n=810), 62,0% encadreraient peu fréquemment un étudiant (une garde sur quatre ou moins), 27,2% encadreraient fréquemment un étudiant (une garde sur deux environ), et 10,9% encadreraient très fréquemment un étudiant (trois gardes sur quatre ou plus).

III. Volet 1

Si les sages-femmes en avaient la possibilité, 10,5% (n=705) refuseraient d'encadrer un étudiant. Parmi les commentaires laissés en rapport à cette question, 24 se rapportaient au manque de temps pour encadrer un étudiant face à la charge de travail du service.

Les pratiques des sages-femmes, présentées dans le tableau I, montrent que la majorité des professionnelles questionnaient toujours ou souvent (84,4%) l'étudiant en début de garde sur ses acquis, les points qu'il souhaiterait améliorer et ses potentielles difficultés. La principale raison pour laquelle l'étudiant n'était pas questionné à chaque début de garde était le manque de temps (66,9%). Une majorité de sages-femmes (70,2%) consacrait toujours un moment de discussion avec l'étudiant en fin de garde.

Tableau I : Description des pratiques des sages-femmes sur l'encadrement.

Questionnement de l'étudiant en début de garde, n = 705	Effectifs (%)
Toujours	300 (42,6)
Souvent	295 (41,8)
Parfois	100 (14,2)
Jamais	10 (1,4)
Raisons du non-questionnement systématique de l'étudiant en début de garde, n = 405	
Vous ne trouvez pas cela nécessaire	7 (1,7)
Vous n'y pensez pas	153 (37,8)
Par manque de temps	271 (66,9)
Vous estimez que c'est à l'étudiant de faire cette démarche	120 (29,6)
Autre	19 (4,7)
Réalisation d'un feedback après un sondage urinaire évacuateur, n = 705	
Toujours	202 (28,7)
Seulement si l'étudiant est demandeur	94 (13,3)
Seulement si le temps le permet	76 (10,8)
Seulement si l'acte n'a pas été réalisé correctement	448 (63,6)
Jamais	2 (0,3)
Autre	23 (3,3)
Réalisation d'un feedback après un accouchement, n = 705	
Toujours	496 (70,4)
Seulement si l'étudiant est demandeur	69 (9,8)
Seulement si le temps le permet	49 (7,0)
Seulement si quelque chose n'a pas été réalisée correctement	167 (23,7)
Jamais	0 (0)
Autre	13 (1,8)

Tableau I bis : Description des pratiques des sages-femmes sur l'encadrement.

Présence d'un moment de discussion en fin de garde, n = 705	Effectifs (%)
Toujours	495 (70,2)
Lorsque l'étudiant est demandeur	87 (12,3)
Lorsque le temps le permet	168 (23,8)
Lorsque l'étudiant a éprouvé des difficultés au cours de la garde	115 (16,3)
Jamais, cela n'est pas nécessaire	0 (0)
Jamais, le rapport de stage écrit est suffisant	0 (0)
Jamais, c'est au responsable de l'encadrement de se charger de cela	0 (0)
Autre	9 (1,3)

Facteurs pouvant modifier l'encadrement, n = 705	
La fatigue	256 (36,3)
Le stress	205 (29,1)
La charge de travail	600 (85,1)
Le profil de l'étudiant sage-femme (caractère, attitude)	593 (84,1)
Les soucis personnels	56 (7,9)
Autre	17 (2,4)

Encadrement ayant amené à modifier les pratiques des sages-femmes, n = 705	
Oui	421 (59,7)
Non	284 (40,3)

Les sages-femmes ayant coché la réponse « autre » à la question identifiant les raisons du non-questionnement systématique de l'étudiant en début de garde mettaient en avant le fait de ne pas interroger l'étudiant si elles l'avaient déjà encadré (1,4%), ou si une collègue l'avait déjà encadré et avait transmis son avis (0,6%).

Parmi les réponses « autre », le niveau de l'étudiant était un facteur identifié à dix reprises comme pouvant modifier l'encadrement d'un étudiant sage-femme (1,4%).

IV. Volet 2

IV. 1. Point de vue des sages-femmes sur l'encadrement étudiant

IV. 1. 1. Difficultés rencontrées

À la question portant sur la rencontre de difficultés pour encadrer les étudiants sages-femmes en stage (n=722), la réponse était « jamais » pour 8,6% des sages-femmes, « parfois » pour 80,6%, « souvent » pour 9,8% et « toujours » pour 1,0% des professionnelles. Ci-dessous, le tableau II présente les difficultés des enquêtées.

Tableau II : Difficultés rencontrées lors de l'encadrement.

Difficultés d'encadrement, n = 660	Effectifs (%)
Difficultés à laisser les étudiants en autonomie	337 (51,1)
Difficultés de communication avec les étudiants	109 (16,5)
Difficultés à appréhender le niveau des étudiants	446 (67,6)
Autre	84 (12,7)

Parmi les réponses autres que celles indiquées ci-dessus, ont été retrouvées 18 fois les notions du comportement et de la motivation de l'étudiant (2,7%), et 34 fois le manque de temps dû à la charge de travail (5,2%).

IV. 1. 2. Facteurs influençant l'encadrement

Pour 83,6% des sages-femmes (n=721), l'encadrement d'un étudiant sage-femme est plus aisé avec l'expérience de la pratique du métier ; 10,3% ne trouvaient pas cela plus aisé.

Le tableau III expose les facteurs pouvant altérer la démarche d'encadrement d'un étudiant. Le manque de temps dû à une forte activité du service était principalement identifié comme un tel facteur (79,6%).

Tableau III : Facteurs pouvant altérer la démarche d'encadrement.

Facteurs, n = 722	Effectifs (%)
Aucun	34 (4,7)
Le nombre trop élevé d'étudiants	138 (19,1)
Le manque de connaissance en pédagogie	159 (22,0)
Le manque d'outils pédagogiques	131 (18,1)
Le manque d'attrait pour la transmission des connaissances	52 (7,2)
Le manque de temps (trop forte activité du service)	575 (79,6)
Le manque de confiance en soi	88 (12,2)
L'absence d'un lieu dédié spécifiquement au dialogue ente l'étudiant et l'encadrant	86 (11,9)
Autre	58 (8,0)

Le principal facteur identifié à 31 reprises par les sages-femmes ayant coché la réponse « autre » était le manque de motivation et d'investissement de l'étudiant (4,3%).

IV. 1. 3. Ressenti sur l'encadrement

Par rapport au ressenti de l'encadrement, décrit dans le tableau IV, les sages-femmes se sentaient, pour la grande majorité, assez compétentes pour encadrer un étudiant sage-femme.

Tableau IV : Le sentiment de compétence face à une situation.

Effectifs (%)	Pas du tout compétent·e	Peu compétent·e	Compétent·e	Assez compétent·e	Très compétent·e
Encadrer un étudiant sage-femme n=722	6 (0,8)	49 (6,8)	241 (33,4)	330 (45,7)	96 (13,3)
Formuler une évaluation sur un étudiant n=722	6 (0,8)	125 (17,3)	268 (37,1)	263 (36,4)	60 (8,3)
Formuler un feedback après un acte réalisé par l'étudiant n=721	2 (0,3)	49 (6,8)	249 (34,5)	318 (44,1)	103 (14,3)
Transmettre ses connaissances aux étudiants n=721	2 (0,3)	36 (5,00)	224 (31,1)	338 (46,9)	121 (16,8)

Il a été demandé aux sages-femmes de citer des mots en rapport avec leur ressenti sur l'encadrement étudiant, ces mots étant détaillés dans le tableau V.

Tableau V : Ressenti de l'encadrement étudiant.

Mots sur le ressenti de l'encadrement, n=721	Effectifs (%)
Transmission, transmettre	198 (27,5)
Chronophage, temps	181 (25,1)
Difficile, difficultés	99 (13,7)
Enrichissant, enrichissement	78 (10,8)
Patience	78 (10,8)
Intérêt, intéressant	69 (9,6)
Bienveillance	61 (8,5)
Confiance	58 (8,0)
Responsabilité, responsabilisant, responsabilisation	50 (6,9)
Pédagogie	49 (6,8)
Partage	43 (6,0)
Rigueur	41 (5,7)
Important, importance	36 (5,0)
Échange, échanger	34 (4,7)
Plaisant, plaisir	31 (4,3)
Apprendre, apprentissage	28 (3,9)
Accompagner, accompagnement	27 (3,7)
Valorisant, valorisation	24 (3,3)
Aide, aidant, aider	23 (3,2)
Autonomie	21 (2,9)
Compagnonnage	20 (2,8)
Contrainte, contraignant	19 (2,6)
Stimulant	19 (2,6)
Agréable	18 (2,5)
Écoute	18 (2,5)
Expérience	18 (2,5)
Stress, stressant	18 (2,5)
Charge de travail supplémentaire, activité importante	17 (2,4)
Savoirs, savoir-être, savoir-faire	17 (2,4)
Disponibilité, disponible	16 (2,2)
Nécessaire, nécessité	16 (2,2)
Devoir	15 (2,1)
Gratifiant	15 (2,1)
Remise en question	14 (1,9)
Empathie	14 (1,9)
Exigence, exigeant	14 (1,9)
Formateur	14 (1,9)
Communication	13 (1,8)
Essentiel	13 (1,8)
Actualisation des connaissances/pratiques	12 (1,7)
Complexe, compliqué	12 (1,7)
Réciprocité, mutualité, bilatéralité	11 (1,5)
Explication, expliquer	10 (1,4)
Respect	10 (1,4)

L'une des questions portait sur le rôle des sages-femmes cliniciennes, ce dernier était majoritairement considéré comme essentiel par rapport à la formation des étudiants sages-femmes (n= 722, 79,6%).

Le degré d'accord avec des affirmations avait été demandé aux sages-femmes cliniciennes, il est présenté dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI : Accord avec les affirmations.

n= 722	Pas du tout	Pas	Sans	Plutôt	Tout à fait
Effectifs (%)	d'accord	d'accord	opinion	d'accord	d'accord
Les sages-femmes cliniciennes constituent un modèle de rôle pour les étudiants.	2 (0,3)	3 (0,4)	16 (2,2)	276 (38,2)	425 (58,9)
Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes.	1 (0,1)	19 (2,6)	20 (2,8)	216 (29,9)	466 (64,5)
Le fait d'encadrer un étudiant peut se révéler comme une contrainte.	13 (1,8)	134 (18,6)	109 (15,1)	361 (50,0)	105 (14,5)
L'encadrement étudiant procure un enrichissement professionnel pour la sage-femme.	3(0,4)	18 (2,5)	94 (13,0)	375 (51,9)	232 (32,1)

La possibilité d'émettre un commentaire par rapport à ces questions avait été laissée aux sages-femmes. La majorité des commentaires portait sur la justification du sentiment de contrainte. La notion de charge de travail trop élevée ou plus élevée lors de l'encadrement (18 fois), et la notion du comportement et de la motivation de l'étudiant (sept fois), étaient les raisons de ce ressenti.

IV. 2. Influence du nombre d'années d'expérience

Le tableau VII, ci-dessous, montre que le nombre d'années d'expérience des professionnelles influence significativement le niveau des difficultés rencontrées par les sages-femmes ($p < 0,001$). Elles avaient ainsi tendance à rencontrer moins de difficultés lors de l'encadrement d'un étudiant lorsqu'elles avaient un nombre plus élevé d'années d'expérience. Pour les sages-femmes qui rencontraient toujours des difficultés, les résultats indiquent cependant que le nombre d'années d'expérience ne joue pas.

Tableau VII : Rencontre de difficultés en fonction du nombre d'années d'expérience.

	Nombre d'années d'expérience	
	n=721	p-value
	Moyenne \pm écart-type	
Rencontre de difficultés		
Jamais	15,1 \pm 10,4 ^a	<0,001
Parfois	11,3 \pm 9,2 ^b	
Souvent	7,9 \pm 7,3 ^c	
Toujours	12,1 \pm 2,8 ^{a, b, c}	

* Les moyennes qui partagent une lettre ne sont pas significativement différentes à $p < 0,05$ (test de Mann-Withney).

Le nombre d'années d'expérience des sages-femmes influence aussi significativement ($p < 0,001$) leur sentiment de compétence pour encadrer un étudiant, formuler une évaluation, formuler un feedback et transmettre ses connaissances (tableau VIII). Les sages-femmes se sentaient ainsi plus compétentes lorsque leur nombre d'années d'expérience était plus élevé. Dans le détail toutefois, il apparaît que lorsqu'elles se sentaient « pas du tout compétentes », il n'y avait pas de lien significatif avec le nombre d'années d'expérience.

Tableau VIII : Le sentiment de compétence en fonction du nombre d'années d'expérience.

	Nombre d'années d'expérience n=721 moyenne ± écart-type	p-value
Encadrement		
Pas du tout compétent·e	11,0± 11,8 ^{a, b, c, d}	
Peu compétent·e	5,0±5,9 ^a	
Compétent·e	10,3±9,1 ^b	<0,001
Assez compétent·e	12,0±8,8 ^c	
Très compétent·e	14,8±10,3 ^d	
Formuler une évaluation		
Pas du tout compétent·e	8,7±11,8 ^{a, b, c, d}	
Peu compétent·e	6,7±6,4 ^a	
Compétent·e	11,0±9,2 ^b	<0,001
Assez compétent·e	13,0±9,4 ^{c, d}	
Très compétent·e	15,1±9,7 ^{c, d}	
Formuler un feedback		
Pas du tout compétent·e	16,5±19,1 ^{a, b, c, d}	
Peu compétent·e	6,9±7,5 ^a	
Compétent·e	10,8±8,9 ^{b, c}	<0,001
Assez compétent·e	11,5±9,0 ^{b, c}	
Très compétent·e	14,0±10,2 ^d	
Transmettre ses connaissances		
Pas du tout compétent·e	16,5±19,1 ^{a, b, c, d}	
Peu compétent·e	5,7±6,6 ^a	
Compétent·e	10,7±8,9 ^{b, c}	<0,001
Assez compétent·e	11,3±9,1 ^{b, c}	
Très compétent·e	13,9±9,9 ^d	

* Les moyennes qui partagent une lettre ne sont pas significativement différentes à $p < 0,05$ (test de Mann-Whitney).

IV. 3. Influence de la fréquence d'encadrement

Il n'est pas noté de différence statistiquement significative entre la rencontre de difficultés selon la fréquence d'encadrement des étudiants ($p=0,25$), comme l'expose le tableau IX.

Tableau IX : Rencontre de difficultés en fonction de la fréquence d'encadrement.

	Encadrement peu fréquent n=455 Effectifs (%)	Encadrement fréquent n=187 Effectifs (%)	Encadrement très fréquent n=80 Effectifs (%)	p-value
Rencontre de difficultés				
Jamais (0)	39 (8,6)	19 (10,2)	4 (5)	
Parfois (1)	371 (81,5)	147 (78,6)	64 (80,0)	
Souvent (2)	39 (8,6)	21 (11,2)	11 (13,8)	
Toujours (3)	6 (1,3)	0 (0)	1 (1,3)	
Moyenne \pm écart-type	1,0 \pm 0,5	1,0 \pm 0,5	1,1 \pm 0,5	0,25

La fréquence d'encadrement influence significativement (tableau X) le sentiment de compétence pour encadrer ($p=0,02$), pour formuler une évaluation ($p=0,01$), pour formuler un feedback ($p=0,002$), et pour transmettre ses connaissances ($p=0,01$). Les sages-femmes avaient tendance à se sentir plus compétentes lorsqu'elles encadraient plus régulièrement des étudiants.

Tableau X : Sentiment de compétence en fonction de la fréquence d'encadrement.

	Encadrement peu fréquent n=455 Effectifs (%)	Encadrement fréquent n=187 Effectifs (%)	Encadrement très fréquent n=80 et n=79 Effectifs (%)	p-value
Encadrement				
Pas du tout compétent·e (1)	2 (0,4)	4 (2,1)	0 (0)	
Peu compétent·e (2)	32 (7,0)	12 (6,4)	5 (6,3)	
Compétent·e (3)	166 (36,5)	55 (29,4)	20 (25)	
Assez compétent·e (4)	211 (46,4)	79 (42,3)	40 (50)	
Très compétent·e (5)	44 (9,7)	37 (19,8)	15 (18,8)	
Moyenne ± écart-type	3,6±0,8 ^a	3,7±0,9 ^{b, c}	3,8±0,8 ^{b, c}	0,02
Formuler une évaluation				
Pas du tout compétent·e (1)	3 (0,7)	2 (1,1)	1 (1,3)	
Peu compétent·e (2)	81 (17,8)	32 (17,1)	12 (15)	
Compétent·e (3)	193 (42,4)	55 (29,4)	20 (25)	
Assez compétent·e (4)	147 (32,3)	78 (41,7)	38 (47,5)	
Très compétent·e (5)	31 (6,8)	20 (10,7)	9 (11,3)	
Moyenne ± écart-type	3,3±0,9 ^a	3,4±0,9 ^{b, c}	3,5±0,9 ^{b, c}	0,01
Formuler un feedback				
Pas du tout compétent·e (1)	0 (0)	2 (1,1)	0 (0)	
Peu compétent·e (2)	35 (7,7)	10 (5,4)	4 (5,1)	
Compétent·e (3)	176 (38,7)	52 (27,8)	21 (26,6)	
Assez compétent·e (4)	192 (42,2)	87 (46,5)	39 (49,4)	
Très compétent·e (5)	52 (11,4)	36 (19,3)	15 (19,0)	
Moyenne ± écart-type	3,6±0,8 ^a	3,8±0,9 ^{b, c}	3,8±0,8 ^{b, c}	0,002
Transmettre ses connaissances				
Pas du tout compétent·e (1)	0 (0)	2 (1,1)	0 (0)	
Peu compétent·e (2)	26 (5,7)	7 (3,7)	3 (3,8)	
Compétent·e (3)	161 (35,4)	41 (21,9)	22 (27,9)	
Assez compétent·e (4)	200 (44,0)	99 (52,9)	39 (49,4)	
Très compétent·e (5)	68 (15,0)	38 (20,3)	15 (19,0)	
Moyenne ± écart-type	3,7±0,8 ^a	3,9±0,8 ^b	3,8±0,8 ^{a, b}	0,01

* Les moyennes qui partagent une lettre ne sont pas significativement différentes à $p < 0,05$ (test de Mann-Withney).

IV. 4. Influence des cours de pédagogie

D'après les données, 89,4% (n=810) des sages-femmes n'avaient reçu aucun cours de pédagogie durant leurs études, alors que 8,8% en avaient reçu et 1,9% ne se souvenaient plus. Pour 56,3% (n=71) des sages-femmes ayant reçu ces enseignements, ils avaient parfois apporté une aide lors de leur exercice professionnel, pour 8,5% ils avaient souvent apporté de l'aide, et pour 35,2% ces cours n'avaient apporté aucune aide. Les cours de pédagogie étaient jugés comme insuffisants pour 63,4% (n=71) des sages-femmes en ayant bénéficié.

Les sages-femmes ayant reçu ces cours avaient en moyenne $2,9 \pm 5,1$ ans d'expérience, contre $12,2 \pm 9,2$ ans en moyenne pour celles n'en ayant pas bénéficié. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$).

Les tableaux XI et XII exposent respectivement la rencontre de difficultés et le vécu de l'encadrement selon la présence de cours de pédagogie durant la formation initiale des sages-femmes.

Tableau XI : Rencontre de difficultés en fonction de la présence de cours de pédagogie durant les études.

	Cours pédagogie n=60 Effectifs (%)	Absence de cours n=650 Effectifs (%)	p-value
Rencontre de difficultés			
Jamais (0)	3 (5)	59 (9,1)	
Parfois (1)	47 (78,3)	524 (80,6)	
Souvent (2)	10 (16,7)	60 (9,2)	
Toujours (3)	0 (0)	7 (1,1)	
Moyenne \pm écart-type	$1,1 \pm 0,5$	$1,0 \pm 0,5$	0,14

Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative pour la rencontre de difficultés entre les sages-femmes ayant bénéficié de cours de pédagogie durant leurs études et celles n'en ayant pas reçu ($p=0,14$).

Tableau XII : Sentiment de compétence en fonction de la présence de cours de pédagogie durant les études.

	Cours pédagogie n=60 Effectifs (%)	Absence de cours n=650 Effectifs (%)	p-value
Encadrement			
Pas du tout compétent·e (1)	2 (3,3)	4 (0,6)	
Peu compétent·e (2)	8(13,3)	37 (5,7)	
Compétent·e (3)	23 (38,3)	216 (33,2)	
Assez compétent·e (4)	22 (36,7)	303 (46,6)	
Très compétent·e (5)	5 (8,3)	90 (13,9)	
Moyenne ± écart-type	3,3±0,9	3,7±0,8	0,002
Formuler une évaluation			
Pas du tout compétent·e (1)	1 (1,7)	5 (0,8)	
Peu compétent·e (2)	19 (31,7)	104 (16,0)	
Compétent·e (3)	18 (30,0)	245 (36,7)	
Assez compétent·e (4)	20 (33,3)	239 (36,8)	
Très compétent·e (5)	2 (3,3)	57 (8,8)	
Moyenne ± écart-type	3,1±0,9	3,4±0,9	0,008
Formuler un feedback			
Pas du tout compétent·e (1)	1 (1,7)	1 (0,2)	
Peu compétent·e (2)	7 (11,7)	41 (6,3)	
Compétent·e (3)	20 (33,3)	223 (34,4)	
Assez compétent·e (4)	21 (35,0)	293 (45,2)	
Très compétent·e (5)	11 (18,3)	91 (14,0)	
Moyenne ± écart-type	3,6±1,0	3,7±0,8	0,37
Transmettre ses connaissances			
Pas du tout compétent·e (1)	1 (1,7)	1 (0,2)	
Peu compétent·e (2)	6 (10,0)	29 (4,5)	
Compétent·e (3)	19 (31,7)	202 (31,1)	
Assez compétent·e (4)	27 (45,0)	304 (46,8)	
Très compétent·e (5)	7 (11,7)	113 (17,4)	
Moyenne ± écart-type	3,6±0,9	3,8±0,8	0,04

De façon significative, les sages-femmes ayant bénéficié de cours de pédagogie durant leurs études se sentent plus compétentes pour encadrer ($p=0,002$), pour formuler une évaluation sur un étudiant ($p=0,008$), et pour transmettre leurs connaissances ($p=0,04$), par rapport aux sages-femmes n'ayant pas bénéficié de ces cours. En revanche, les cours de pédagogie n'influencent pas significativement le sentiment de compétence sur la formulation d'un feedback ($p=0,37$).

V. Progression de l'encadrement étudiant

Concernant le questionnaire relatif à la progression de l'encadrement, 68,1% (n=695) des sages-femmes souhaitaient des outils ou des aides pour améliorer ou approfondir le sujet de l'encadrement clinique étudiant. Parmi les raisons du souhait de ces aides, il était retrouvé la notion d'amélioration (15,9%), la nécessité de connaître les acquisitions théoriques et le niveau attendu en fonction de l'année d'étude de l'étudiant (13,3%), le manque de connaissances en pédagogie (11,8%) et la volonté de mieux former les étudiants (10,4%).

Une des questions portait sur les formes d'aides souhaitées par les sages-femmes désirant des aides (tableau XIII).

Tableau XIII : Formes d'aides souhaitées.

Formes d'aides, n = 473	Effectifs (%)
Cours	85 (18,0)
Discussion entre professionnels	101 (21,4)
Discussion entre professionnels et étudiants	219 (46,3)
Discussion avec les enseignants de l'école	288 (60,9)
Document écrit	234 (49,5)
Autre forme d'aide	11 (2,3)

Parmi les autres formes d'aides souhaitées, on retrouvait la notion de formation (à quatre reprises), l'encadrement par les enseignants dans les services, et une réponse mettait en avant la nécessité de créer des feuilles d'évaluation de stage plus concrètes et représentatives.

Le statut de maître de stage intéresserait 304 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, soit 43,7%.

DISCUSSION

I. Atteinte de l'objectif

Le but de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes en France concernant l'encadrement des étudiants en salle de naissance. Grâce aux 813 questionnaires recueillis, les pratiques ont pu être décrites précisément et certaines difficultés rencontrées lors de l'encadrement ont été mises en évidence.

L'analyse des réponses a également permis de répondre aux objectifs secondaires. Les facteurs influençant l'encadrement étudiant ont été identifiés. Un lien entre le nombre d'années d'exercice et le vécu de l'encadrement étudiant a pu être démontré. Une relation a également été mise en évidence entre la fréquence de l'encadrement d'un étudiant et le vécu de ce dernier.

De plus, certains pourcentages et certaines analyses ont été réalisés afin de faire progresser l'encadrement étudiant.

II. Faiblesses et forces de l'étude

II. 1. Points faibles

Le choix de la méthode de ce mémoire peut être discuté. En effet, un recueil de données par questionnaire peut paraître trop peu exhaustif. Une étude qualitative aurait pu être plus appropriée, afin de décrire au mieux le ressenti des sages-femmes. Ce choix de méthode s'explique par le souhait de réaliser une étude à grande échelle, et l'existence, dans la littérature, d'études réalisées par des entretiens sur le sujet. Les résultats ont donc d'avantage de puissance, mais peuvent être moins explicites sur l'évaluation du ressenti.

Le mode de diffusion du questionnaire n'a pas permis de calculer le taux de réponses global, ne connaissant pas le nombre de sages-femmes ayant eu accès au questionnaire ni le nombre de sages-femmes pouvant être incluses dans l'étude.

Un biais de sélection existe puisque seules les personnes volontaires ont participé à l'enquête. De plus, certaines participantes n'ont pas complété le questionnaire entièrement, et il est possible que des professionnelles aient répondu plusieurs fois.

On peut supposer également que les réponses recueillies soient celles des sages-femmes les plus intéressées par le sujet de l'encadrement étudiant, le questionnaire étant rempli sur la base du volontariat.

Des sages-femmes ne répondant pas aux critères d'inclusions ont pu accéder au questionnaire. Malgré le rappel de ces critères dans le texte introductif du recueil de données, certaines ont tout de même pu répondre (sages-femmes ne travaillant pas en salle de naissance).

Ce mémoire étant réalisé par une étudiante sage-femme, il se peut qu'un biais d'enquêteur ou de subjectivité ait été induit en rédigeant le questionnaire. Pour limiter ce biais, la possibilité d'émettre un commentaire après de nombreux items a été mise en place, ainsi que les réponses « autre » avec un espace de texte laissé sur plusieurs questions.

Certaines formulations de questions ont pu être interprétées de façon différente par rapport au sens souhaité. C'est pour cette raison que l'une des questions, du fait de son ambiguïté, n'a pas été analysée. En effet, il était demandé aux sages-femmes si leur attitude était homogène et/ou identique en fonction des étudiants. La question peut être interprétée de plusieurs façons, selon le ressenti du lecteur. L'homogénéité peut signifier apporter le même encadrement ou s'investir de manière identique dans l'accompagnement de l'étudiant. Cependant, un investissement identique peut s'adapter aux besoins de l'étudiant, et par conséquent, l'attitude n'est pas considérée comme étant homogène.

Un biais de mémorisation peut être présent à propos de certains thèmes, notamment celui portant sur la présence de cours de pédagogie durant les études. Certains enquêtés ont pu oublier la présence de ces cours durant leur formation à l'école de sages-femmes.

II. 2. Points forts

L'encadrement étudiant est un thème concernant une grande majorité de sages-femmes et faisant partie inhérente de leur métier. C'est probablement la raison pour laquelle il y a eu un fort intérêt pour l'étude de la part des professionnelles, permettant le recueil d'un nombre important de questionnaires.

Malgré de nombreuses enquêtes concernant le bien-être des étudiants, très peu ont été retrouvées dans la littérature sur l'encadrement du point de vue des professionnels

encadrants. Il semblait donc intéressant d'interroger les sages-femmes sur ce sujet, en lien direct avec le bien-être étudiant.

Un questionnaire informatif semblait être la méthode la plus appropriée afin d'obtenir un grand nombre de retours. Le temps nécessaire pour répondre était d'environ dix minutes, permettant de recueillir une quantité suffisante de données pour l'analyse, sans que cela ne soit trop long pour les enquêtées.

Le questionnaire a été envoyé par mail à tous les Conseils de l'Ordre départementaux de France, permettant une large diffusion de l'enquête. Les réponses recueillies et analysables étaient au nombre de 813. Aucune relance n'a été réalisée devant le nombre élevé de réponses et du fait de la puissance de l'enquête.

Cette étude regroupe des réponses de participantes travaillant dans différentes maternités. Elles sont à la fois de type I, de type II et de type III, en France métropolitaine et dans les territoires d'Outre-mer.

III. Analyse des résultats

III. 1. Comparaison à la population générale

Les données démographiques publiées par le CNOSF (2015 et 2017) ont été utilisées afin d'effectuer une comparaison de notre étude à la population nationale des sages-femmes (72,73).

III. 1. 1. Sexe

Le pourcentage d'hommes dans cette étude est de 3,1%, ce qui est proche du pourcentage d'hommes exerçant ce métier en France qui est de 2,6%.

III. 1. 2. Âge moyen

En France, l'âge moyen des sages-femmes en activité est de 40,3 ans. Les sages-femmes hospitalières ont en moyenne 39,2 ans, les sages-femmes salariées exerçant dans un établissement privé : 40,8 ans, et les sages-femmes travaillant dans les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) : 39,4 ans. L'âge moyen de la population de l'étude est de $35,1 \pm 9,2$ ans.

III. 1. 3. Région

Un tableau a été réalisé afin de comparer le pourcentage de sages-femmes ayant répondu au questionnaire en fonction de leur région d'exercice, au pourcentage de sages-femmes exerçant dans les régions.

Tableau XIV: Comparaison des régions d'exercice avec la population générale.

	Étude n=810 Effectifs (%)	France n=28932 Effectifs (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	105 (13,0)	3709 (12,8)
Bourgogne-Franche-Comté	56 (6,9)	1153 (4,0)
Bretagne	3 (0,4)	1312 (4,5)
Centre-Val-De-Loire	33 (4,1)	893 (3,1)
Corse	7 (0,9)	117 (0,4)
Grand-Est	126 (15,6)	2514 (8,7)
Guadeloupe	20 (2,5)	263 (0,9)
Guyane	35 (4,3)	194 (0,7)
Hauts-de-France	2 (0,3)	2211 (7,6)
Ile-de-France	249 (30,7)	4590 (15,9)
La Réunion	0 (0,0)	529 (1,8)
Martinique	0 (0,0)	309 (1,1)
Mayotte	3 (0,4)	156 (0,5)
Normandie	4 (0,5)	1316 (4,6)
Nouvelle-Aquitaine	35 (4,3)	2175 (7,5)
Occitanie	21 (2,6)	2412 (8,3)
Pays de la Loire	70 (8,6)	1433 (5,0)
Provence-Alpes-Côte-D'azur	41 (5,1)	2134 (7,4)

La méthode de diffusion du questionnaire permet d'expliquer l'hétérogénéité des pourcentages entre les différentes régions. En effet, le mail contenant le questionnaire a été envoyé aux différents Conseils départementaux pour qu'il soit transmis aux sages-femmes cliniciennes. Certains n'ont pu accéder à cette demande, par conséquent certaines régions sont moins représentées que d'autres dans notre étude. Il est important de noter que les données du CNOSF regroupent tous les professionnels exerçant en France et non uniquement les professionnels exerçant en salle de naissance comme dans cette étude.

III. 1. 4. Fréquence d'encadrement

Une majorité des sages-femmes ayant répondu au questionnaire encadrait peu fréquemment un étudiant (62,0%), un pourcentage plus faible encadrait fréquemment un étudiant (27,2%) et seulement un dixième des sages-femmes encadrait très fréquemment un étudiant (10,9%). La fréquence d'encadrement est directement liée au fait que certaines maternités sont rattachées à une école de sages-femmes et donc reçoivent un plus grand nombre d'étudiants (33).

III. 2. Discussion sur le volet 1, pratique des sages-femmes

Une des pratiques essentielles en pédagogie, selon Thierry Pelaccia, est la rétroaction (ou feedback). Cet outil pédagogique, au cœur de la supervision clinique, aide l'étudiant à s'améliorer en lui donnant des informations nécessaires pour sa progression. Elle prend la forme d'un dialogue entre le superviseur et l'étudiant, alliant communication, confiance et respect mutuel. Ce processus est essentiel pour l'étudiant, afin qu'il puisse atteindre ses objectifs précédemment déterminés avec l'encadrant (39). La majorité des sages-femmes de notre étude interroge toujours ou souvent les étudiants en début de garde sur leurs acquis, sur les points qu'ils souhaiteraient améliorer et leurs potentielles difficultés (84,4%). C'est donc le moment le plus opportun pour apprécier le niveau de l'étudiant, évaluer ses besoins, et fixer des objectifs d'apprentissage à atteindre. Par ailleurs, un moment de discussion en fin de garde est également, pour une majorité des sages-femmes, toujours accordé (70,2%). Ce temps permet l'élaboration d'une évaluation constructive. L'étudiant peut ainsi se situer dans son apprentissage et trouver des stratégies pour progresser.

Deux questions portaient sur les feedbacks réalisés après un sondage évacuateur pour un étudiant en DFGSMa2 (deuxième année d'étude), et après un accouchement pour un étudiant en FASMa2 (cinquième année d'étude). Le feedback était majoritairement réalisé seulement si le sondage n'a pas été réalisé correctement (63,6%), et toujours après un accouchement (70,4%). L'utilité du feedback systématique après une tâche a été analysée par Martha Wagner Alibali dans une étude publiée en 1999. Cette professeure de psychologie retrouve une efficacité des feedbacks dits « élaborés » (expliqués plus amplement dans la revue de la littérature), en comparaison à aucun feedback. En revanche, pour les autres types de feedbacks, il n'a pas été observé d'amélioration (74).

Veloski *et al.* avaient également démontré l'impact positif du feedback sur la performance clinique des étudiants (75). Les feedbacks systématiques après une tâche, s'ils sont réalisés dans les règles de l'art, pourraient donc être bénéfiques aux étudiants dans leur apprentissage.

Une sage-femme sur dix refuserait d'encadrer un étudiant si cela lui était possible, principalement à cause du manque de temps lié à la charge de travail. De plus, les principaux facteurs identifiés comme pouvant modifier l'encadrement étudiant sont la charge de travail (85,1%), et le profil de l'étudiant, son caractère ou son attitude (84,1%). Ces données se rapprochent du travail de Catherine Gaudin, intitulé « *L'encadrement des étudiants sages-femmes en salle de naissance* », rapportant des difficultés sur l'encadrement dû à la charge de travail et au manque de temps. Le comportement de l'étudiant semble un critère important pour les professionnels interrogés (69).

Le manque de temps, mis en cause dans de nombreux points de ce mémoire, peut s'expliquer par l'activité importante et grandissante dans les hôpitaux imputable à la diminution du nombre de maternités (76), par le déficit en personnels dans certains établissements (77), par l'augmentation des tâches administratives et par l'urgence des besoins du patient dans ce secteur d'activité à risque (63).

Six sages-femmes sur dix (59,7%) ont déjà modifié leurs propres pratiques suite à l'encadrement d'un étudiant. En effet, la mutualité et la réciprocité de cette discipline peuvent procurer aux sages-femmes un enrichissement professionnel et les conduire à modifier leur façon d'exercer (76).

III. 3. Discussion sur le volet 2

III. 3. 1. Discussion sur le point de vue des sages-femmes

III. 3. 1. 1. Les difficultés et facteurs influençant l'encadrement

Un mémoire réalisé en 2012 par Isabelle Desnoyer, étudiante sage-femme, avait pour sujet : « *Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage* » (33). Cette étude rapporte des pourcentages similaires sur la rencontre de difficultés lors de l'encadrement. Les jeunes diplômées enquêtées rapportaient rencontrer parfois des difficultés pour 77,9% d'entre-elles, contre 80,6% pour notre étude. Elles sont 10,6% à rencontrer toujours ou souvent des difficultés,

contre 10,8% pour notre enquête, et 10,6% n'ont jamais de difficulté contre 8,6% dans nos résultats. Malgré des populations différentes, les difficultés restent présentes pour une majorité de sages-femmes dans les deux études. De plus, dans notre enquête, les mots exprimés à propos du ressenti de l'encadrement rapportent la notion de « difficulté » pour 13,7%, pouvant être rapprochée des mots « contraignant » (2,6%), « stressant » (2,5%) et « compliqué » (1,7%).

Les causes des difficultés se rapprochent également des facteurs influençant l'encadrement dans notre étude, le manque de temps étant le principal pour 66,6% des jeunes diplômées, contre 79,6% de notre population. Les mots recueillis lors de notre enquête à propos du ressenti de l'encadrement, démontrent également la notion du manque de temps en citant les mots « chronophage » et « temps » pour 25,1% des enquêtées, « charge de travail/activité importante » pour 2,4%, et « disponibilité » pour 2,2%.

Des difficultés à appréhender le niveau des étudiants (67,6%) et à les laisser en autonomie (51,1%) sont soulevées dans nos résultats. Une des explications pourrait correspondre aux nombreuses modifications des études de sages-femmes et du programme de formation. En effet, certaines professionnelles ne connaissent plus le programme d'enseignement ; elles ne savent donc pas ce que l'étudiant apprend, ni le moment de sa formation où il doit savoir effectuer un acte en particulier. Par conséquent, elles pourraient éprouver des difficultés à laisser l'étudiant en autonomie du fait de la non-connaissance de leur niveau. Un manque de communication entre terrain de stage et école de sage-femme pourrait également être à l'origine de ces difficultés, comme le décrit Catherine Gaudin dans son article (69).

Murielle Bertrand, sage-femme enseignante à Nancy, décrit dans son étude, « *L'amélioration du bien-être des étudiants en stage* », les mêmes difficultés rencontrées par les enseignants cliniciens ; l'absence de formation pour assurer un encadrement et l'absence d'éléments factuels concernant les acquisitions théoriques et pratiques effectives de l'étudiant (68).

III. 3. 1. 2. Le ressenti de l'encadrement

Un mémoire d'une étudiante sage-femme, Charlotte Vincent, portant sur la place de l'étudiant lors des situations de deuil périnatal a été réalisé en 2018. Les sages-femmes interrogées par entretien durant cette étude partagent leur plaisir d'encadrer, le

fait que ce soit agréable, stimulant et enrichissant. Ces mots correspondent à ceux des sages-femmes de notre étude, qui avaient la possibilité de partager ce que l'encadrement leur procure : « enrichissement » (10,8%), « intéressant » (9,6%), « plaisir » (4,3%), « valorisant » (3,3%), « stimulant » (2,6%), « agréable » (2,5%) et « gratifiant » (2,1%). Plusieurs mots se rapportent à la vision de nos enquêtés sur ce qu'est l'encadrement : « transmettre » (27,5%), « responsabilité » (6,9%), « pédagogie » (6,8%), « partage » (6,0%). Ces derniers sont identiques au vocabulaire retrouvé dans les entretiens de Charlotte Vincent (78).

Thierry Pelaccia, déjà cité précédemment, note dans ses travaux l'importance, en supervision clinique, d'un climat bienveillant et d'une mise en confiance de l'étudiant (39). Ces mots font également sens pour plusieurs sages-femmes de notre enquête : la « bienveillance » est rapportée pour 8,5% des sages-femmes et la « confiance » pour 8,0% d'entre elles.

Les sages-femmes sont en très grande majorité d'accord avec le fait qu'elles constituent un modèle de rôle pour les étudiants (97,1%). Comme le montre l'article « *Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants* » de Côté *et al.*, les praticiens ont une représentation assez générale de la notion de modèle de rôle. Cette étude, publiée en 2013, démontre qu'au fil des rencontres organisées entre professionnels, et animées par l'auteur principal (Luc Côté), les participants ont développé une meilleure compréhension de cette notion. Ils ont ainsi pu progressivement personnaliser leur représentation du modèle de rôle qu'ils voulaient démontrer auprès de leurs étudiants. Cette démarche a été ressentie de manière positive et bénéfique par les encadrés (43). Il aurait été intéressant d'interroger les sages-femmes sur leurs connaissances à propos de ce sujet.

Elles sont également en accord sur leur devoir qu'est de contribuer à la formation des étudiants (94,5%), cette notion étant inscrite dans le Code de déontologie des sages-femmes (4).

Catherine Gaudin, sage-femme enseignante déjà citée précédemment, a réalisé en 2011 une étude concernant « *L'encadrement des étudiants sages-femmes en salle de naissance* ». Parmi les 16 sages-femmes cliniciennes interrogées, six d'entre elles qualifient l'encadrement comme une contrainte (69). Ces résultats peuvent être rapprochés de notre étude, puisque la moitié des enquêtés sont plutôt d'accord avec le

fait qu'encadrer un étudiant peut être une contrainte, principalement lorsque la charge de travail est trop élevée ou lorsque l'étudiant montre peu d'intérêt. Cependant, 13 sages-femmes sur les 16 sollicitées répondent que l'encadrement constitue un enrichissement. Ces résultats sont similaires aux nôtres. En effet, plus de huit sages-femmes sur dix sont en accord avec le fait que l'encadrement procure un enrichissement professionnel (84,1%).

III. 3. 2. Discussion sur l'analyse selon le nombre d'années d'exercice, et selon la fréquence d'encadrement

Les trois quarts de notre population ont entre zéro et quinze années d'expérience dans le métier de sage-femme. L'étude a recueilli peu de questionnaires de personnes ayant plus de 25 ans d'expérience (10%). Ce résultat peut en partie être expliqué par le fait qu'après 25 ans d'ancienneté, trois sages-femmes sur dix ne sont plus en activité, et huit sur dix ne le sont plus après 40 ans d'exercice. De plus, depuis plusieurs années le nombre de diplômées augmente du fait de la progression du numérus clausus (79). Des hypothèses complémentaires pour expliquer cette distribution peuvent être émises : un manque d'intérêt pour le sujet, peu ou pas de difficultés à encadrer, ou la forme du questionnaire (informatique) pouvant ne pas être adaptée.

Les difficultés rencontrées tendent à diminuer avec le nombre d'année d'exercice, et le sentiment de compétence à s'améliorer avec ce dernier sur différents points essentiels de l'encadrement étudiant. L'expérience semble donc jouer un rôle important en pédagogie clinique, celle-ci s'apprenant majoritairement sur le terrain. Il paraît donc cohérent que la pratique permette d'améliorer ses compétences, comme c'est le cas dans plusieurs domaines. Alain Baudrit, dans son article intitulé « *Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ?* » indique qu'une asymétrie en termes de connaissance et de compétence est indispensable à l'exercice du tutorat. Il exprime le fait qu'il paraît logique que les étudiants soient supervisés par des personnels expérimentés et dont les compétences professionnelles sont avérées (80). Cependant, le nombre d'années d'expérience ne rentre pas en facteur influant pour les sages-femmes de notre étude qui rencontrent toujours des difficultés ou qui se sentent « pas du tout compétentes ».

Les sages-femmes encadrant plus fréquemment avaient tendance à se sentir plus compétentes pour encadrer, formuler une évaluation, formuler un feedback et

transmettre leurs connaissances. Selon un article rédigé par les frères, Stuart E. et Hubert Lederer Dreyfus, il existe cinq niveaux de développement de la compétence. Plus le niveau de compétence est élevé et plus la personne aura les capacités nécessaires à l'exercice de l'enseignement. Les niveaux sont graduellement : novice, débutant avancé, compétent, efficient, et enfin expert. Les novices sont dans un processus d'apprentissage. Une fois les compétences acquises il est possible d'exercer. Enfin, les experts ont le niveau de compétence nécessaire à l'enseignement (81). Ainsi, il faut un certain niveau de compétence pour l'enseignement ; il apparaît donc cohérent que le sentiment de compétence s'améliore avec la fréquence d'encadrement. Cependant, les difficultés rencontrées dans l'encadrement ne sont pas corrélées à la fréquence d'encadrement des étudiants.

III. 3. 3. Discussion sur l'analyse selon la présence de cours de pédagogie

Moins d'une sage-femme sur dix aurait reçu des cours de pédagogie durant ses études (8,8%). Ce faible taux peut être en partie imputé à un biais de mémorisation. En effet certaines participantes peuvent ne pas s'être souvenues de la présence de ces cours durant leur cursus (bien que la réponse « *je ne sais pas* » leur ait été proposée), leur nombre d'années d'exercice étant parfois important.

Les sages-femmes ayant bénéficié de ces cours ont une moyenne d'années d'expérience plus faible que celles n'en ayant pas bénéficié ($p < 0,001$). Cette différence est explicable par l'apparition récente des cours de pédagogie dans certaines écoles, auparavant totalement absents des enseignements.

La notion de pédagogie n'étant pas clairement inscrite dans les textes de lois régissant la formation initiale en maïeutique, le choix est laissé aux équipes pédagogiques des écoles de sages-femmes d'inclure ou non des enseignements portant sur la pédagogie dans leurs Modalités de Contrôle des Connaissances (MCC). Ces enseignements peuvent être réalisés sous différentes formes : apports théoriques, mises en situation, groupes de parole, sensibilisation interactive, etc. (6,33). Deux tiers des sages-femmes ayant reçu ces cours approuvent l'aide apportée par ceux-ci durant leur exercice (64,8%), ce qui signifie que pour un tiers des enquêtés (35,2%) ces cours sont jugés comme n'ayant pas apporté d'aide. Par conséquent, il est possible de se questionner à propos de leur réelle utilité. Il paraîtrait intéressant de les améliorer afin d'apporter de l'aide à un effectif plus important de sages-femmes. De plus, 63,4% des

sages-femmes trouvent ces cours insuffisants. Ces résultats peuvent être mis en relation avec ceux du mémoire de fin d'étude d'Isabelle Desnoyer, portant sur « *Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage* ». En effet, dans cette étude, 16 sages-femmes sur les 35 (45,7%) ayant reçu ces cours n'en sont pas satisfaites, et 12 sur 35 (34,3%) ne les ont pas trouvés adaptés (33).

Cependant, les analyses statistiques prouvent de manière significative que les sages-femmes ayant bénéficié de cours de pédagogie durant leurs études se sentent plus compétentes pour encadrer un étudiant et pour formuler une évaluation, ce qui valide leur utilité.

IV. Projet d'action et ouverture

IV. 1. Projet d'action

Suite aux nombreuses demandes et à la nécessité de faire progresser l'encadrement étudiant, les résultats de ce mémoire seront transmis aux Conseils départementaux, au CNOSF, et aux enquêtées qui l'ont demandé (en commentaire à la fin du questionnaire de recueil de données). L'objectif est d'améliorer l'encadrement clinique, de le faciliter pour les professionnels encadrants, d'améliorer le ressenti des sages-femmes sur l'encadrement, et d'améliorer le bien-être étudiant.

Les sages-femmes sont, pour une majorité (68,1%), en demande d'aide et d'outils afin d'améliorer et d'approfondir le sujet de l'encadrement étudiant. Ce travail a permis de montrer les axes de progression possibles sur le sujet de l'encadrement, certaines actions peuvent donc être envisagées.

IV. 1. 1. Améliorer les connaissances des sages-femmes dans le domaine de la pédagogie clinique

Des connaissances en pédagogie semblent indispensables à l'exercice de l'encadrement étudiant. Les cours de pédagogie durant les études permettent de se sentir plus compétent dans certains domaines de l'encadrement. Il semblerait donc primordial de généraliser ces cours à toutes les écoles de sages-femmes, afin que tous les étudiants en bénéficient. Il paraît également important de les élargir ou de les approfondir et d'apporter ainsi d'avantage d'aide à l'exercice de la profession dans le domaine de l'encadrement, d'autant plus que cette discipline est une obligation déontologique (4).

Un document écrit, une formation ou l'intégration de ce sujet dans un programme de formation continue pour les sages-femmes pourrait combler ce manque de connaissances en pédagogie et être bénéfique pour leur pratique.

IV. 1. 2. Promouvoir la communication au profit de l'encadrement étudiant

De nombreuses sages-femmes mettent en avant leur manque de connaissances sur le niveau devant être atteint par l'étudiant et sur les enseignements théoriques étudiés en cours. Pour améliorer cela, des réunions régulières entre l'équipe pédagogique des écoles de sages-femmes et les sages-femmes cliniciennes pourraient être organisées. Ce temps rendrait possible la présentation des objectifs de stage des étudiants en fonction de leur année d'étude, ainsi qu'une liste des différents cours et travaux pratiques réalisés. Idéalement, ces réunions auraient lieu avant chaque période de stage et pour chaque année d'étude. Cependant, en raison de la charge de travail supplémentaire que cela impliquerait, ces informations pourraient être transmises aux sages-femmes cliniciennes par mail, à défaut de réunions. Ainsi, ces dernières se tiendraient à la fréquence plus raisonnable d'une fois par semestre. Elles permettraient de réduire ce manque de connaissances sur la formation des étudiants et amélioreraient la communication entre l'équipe pédagogique et les sages-femmes sur le terrain. Ces réunions permettraient également de répondre aux différentes questions, de soulever les points à améliorer sur les lieux de stages, ou au contraire de mettre en avant les points positifs.

Des discussions entre professionnels encadrant sur le terrain de stage et les étudiants pourraient être organisées, toujours dans un projet d'amélioration de l'encadrement.

IV. 1. 3. Permettre l'élaboration d'un statut de maître de stage en maïeutique

Le manque de temps pour l'encadrement pourrait être amélioré en libérant du temps aux sages-femmes encadrantes. Cependant, les services font souvent face à une forte activité et une lourde charge de travail ; le manque de personnel ne permettrait sans doute pas aux professionnels d'accorder plus de temps aux étudiants. Le statut de

maître de stage ou celui de tuteur, déjà en place dans l'enseignement clinique d'autres filières médicales, pourrait permettre de pallier à ce manque (48). Ce statut est en cours de développement par l'ANESF, avec l'aide de plusieurs organismes rassemblant des sages-femmes et des étudiants sages-femmes. Il serait basé sur le volontariat et déclinable en fonction des modes d'exercices des sages-femmes. Cette démarche inclurait une formation en pédagogie médicale conforme aux exigences du développement professionnel continu. Une rémunération et la libération de temps seraient attribuées afin d'accomplir au mieux les missions imposées par ce statut (82).

IV. 2. Étude à envisager

Cette étude interrogerait uniquement les sages-femmes travaillant en salle de naissance et encadrant les étudiants. Il paraîtrait intéressant de recueillir le point de vue des sages-femmes travaillant dans les autres secteurs, comme les services de suites de couches, les hospitalisations de grossesses, les consultations, l'exercice libéral, etc. Il semblerait judicieux d'étudier les différences entre le secteur hospitalier et le secteur libéral.

Il serait également pertinent d'interroger les professionnels n'encadrant pas d'étudiant, afin d'identifier les raisons pour lesquelles ils ne le font pas et leur ressenti sur le sujet.

Il semblerait aussi intéressant de réévaluer le ressenti des sages-femmes à distance de la mise en place des projets d'action, afin d'évaluer leur l'impact. L'avis des étudiants, ainsi que leurs ressentis pourraient être intéressant à recueillir suite aux actions réalisées.

CONCLUSION

Ces dernières années, les nombreuses études portant sur le bien-être des étudiants ont dénoncé les difficultés que ceux-ci rencontrent, tant sur le plan financier, que sur celui de la santé physique et mentale. Ce mémoire a donc été réalisé dans un projet d'amélioration du bien-être étudiant et du bien-être des sages-femmes. Le sujet de l'encadrement étudiant, constituant une obligation déontologique pour la profession, est donc inhérent à la pratique du métier de sage-femme. Le secteur naissance étant un secteur d'activité à risque souvent appréhendé par les étudiants, cette étude s'est portée uniquement au questionnement des sages-femmes travaillant dans ce service.

L'analyse des résultats a permis de décrire les pratiques globales d'encadrement des sages-femmes et de mettre en exergue les difficultés rencontrées. Celles-ci sont principalement dues au manque de temps car la supervision et la transmission des savoirs sont très chronophages, ainsi qu'au manque de connaissances sur la formation actuelle au sein des écoles. Il y a donc un manque de communication entre équipes pédagogiques et équipes sur les lieux de stages. Les faibles connaissances en pédagogie sont également pointées du doigt, les sages-femmes étant en demande de formation sur ce sujet. Un statut de maître de stage ou de tuteur, inclus dans le processus d'une formation continue, pourrait permettre d'amoinrir les difficultés rencontrées.

Un nombre d'années d'expérience plus élevé et la fréquence d'encadrement plus importante améliorent le sentiment de compétence des sages-femmes sur l'encadrement et diminuent la rencontre de difficultés.

Les cours de pédagogie, présents dans quelques écoles de France, ne sont pas suffisants pour réduire les difficultés rencontrées lors de cet exercice. En revanche, ils permettent d'améliorer le sentiment de compétence sur l'encadrement étudiant en comparaison aux sages-femmes n'ayant pas reçu ces cours. Il paraît donc essentiel d'approfondir ces enseignements et de les étendre à toutes les écoles de France.

Enfin, des actions pouvant permettre une progression de l'encadrement peuvent être mises en place comme la diffusion des résultats et la mise en place de formations. La communication entre étudiants, sages-femmes cliniciennes et sages-femmes enseignantes demande à être améliorée par la mise en place de réunions ou de moments de discussion de façon plus régulière. Le maître de stage en maïeutique est un statut à promouvoir afin de faciliter l'encadrement et améliorer le ressenti des sages-femmes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Belghith F, Ferry O, Patros T, Tenret E. Enquête sur les conditions de vie des étudiant·e·s [Internet]. Observatoire de la vie Étudiante (OVE). 2016 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/enquete/enquete-conditions-de-vie/>
2. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). Enquête bien-être étudiant [Internet]. anesf.com. 2018 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/enquete-bien-etre/dossier-de-presse/>
3. Davies S, Coldridge L. « No Man's Land »: an exploration of the traumatic experiences of student midwives in practice. Midwifery [Internet]. 2015 [cité 5 déc 2018];31(9):858-64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.001>
4. Article R4127-304. Code de la santé publique (2012).
5. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). La formation initiale [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2016 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
6. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. JORF n°0074 (2013).
7. Arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre de places offertes, pour l'année universitaire 2018-2019, pour l'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme. JORF n°0303 (2017).
8. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. JORF n°0266 (2009).
9. Décret n° 2019-1126 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès au premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. JORF n° 0257 (2019).
10. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Suppression de la Première Année Commune aux Etudes de Santé : les nouvelles modalités d'études de santé publiées [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. 2019 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid146432/suppression-de-la-paces-les-nouvelles-modalites-d-etudes-de-sante-publiees.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid146432/suppression-de-la-paces-les-nouvelles-modalites-d-etudes-de-sante-publiees.html)
11. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. JORF n°0184 (2011).
12. Décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieu hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique. JORF n°0236 (2016).

13. Article L4151-7-1. Code de la santé publique (2009).
14. Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa). Intégration des écoles de sages-femmes à l'université [Internet]. cnema.fr. 2017 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://cnema.fr/cnema/2017/03/02/position-2-integration-des-ecoles-de-sages-femmes-a-luniversite/>
15. Leymarie M-C. Intégration universitaire des écoles de sages-femmes. La revue Sage-femme. 2010;9(4):211-8.
16. CNOSEF. Formation des sages-femmes à l'université : le Gouvernement s'engage, la profession prend acte [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2018 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/formation-des-sages-femmes-a-luniversite-le-gouvernement-sengage-la-profession-prend-acte/>
17. Appert L, Blandre J, Dos Santos R. L'intégration universitaire [Internet]. anesf.com. 2018 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/2019/01/13/lintegration-universitaire-engagement-n31-mai-2018/>
18. Morin C, Leymarie M-C. Parcours universitaires des sages-femmes enseignantes et directrices des écoles de sages-femmes en France : enquête descriptive. Pédagogie Médicale [Internet]. 2016 [cité 26 mars 2020];17(3):157-72. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2016/04/pmed150054/pmed150054.html>
19. Article L4151-1. Code de la santé publique (2016).
20. Article L4151-2. Code de la santé publique (2016).
21. Article L4151-4. Code de la santé publique (2016).
22. Article L4151-3. Code de la santé publique (2004).
23. Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), CNOSEF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2010 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
24. Arrêté du 17 mai 2016 fixant la liste des diplômes ouvrant accès aux fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, sous l'autorité du directeur d'une structure de formation en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. JORF n°1119 (2016).
25. CNEMa. Statut des sages-femmes enseignantes en maïeutique [Internet]. cnema.fr. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://cnema.fr/cnema/2017/03/24/position-3-statut-des-sages-femmes-enseignantes-en-maieutique/>
26. Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. JORF du 25 février 1984.

27. Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires. JORF n°22 (1990).
28. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. JORF n°0176 (2008).
29. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les enseignants-chercheurs des disciplines de santé : définition [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. 2018 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24656/les-enseignants-chercheurs-des-disciplines-de-sante.html>
30. ANESF. Le statut des sages-femmes enseignant.e.s [Internet]. anesf.com. 2016 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/2019/01/13/8368/>
31. Merlet P, Garnie Y, Vinciguerra M, Cuq M-L, Lambrechts C, Karoubi L. Le petit Larousse illustré. Paris: Larousse; 2005.
32. Skinner BF. About Behaviorism. New York: Knopf Doubleday Publishing Group; 2011.
33. Desnoyer I. Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012.
34. Da Costa J. BPMN 2.0 pour la modélisation et l'implémentation de dispositifs pédagogiques orientés processus. [Internet] [Mémoire : Master of Science in Learning and Teaching Technologies]. [Genève]: Université de Genève; 2014 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://tecfa.unige.ch/tecfa/mal/tt/memoire/Dacosta2014.pdf>
35. Shorey S, Kowitlawakul Y, Devi MK, Chen H-C, Soong SKA, Ang E. Blended learning pedagogy designed for communication module among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. Nurse Educ Today [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2019];61:120-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.011>
36. Chamberlain M. Challenges of clinical learning for student midwives. Midwifery. 1997;13(2):85-91.
37. Ministère de l'Education nationale. Pédagogie du projet [Internet]. Educnet. 2011 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/libre/qualification/q3a.php>
38. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. Pédagogie Médicale [Internet]. 2011 [cité 25 mai 2019];12(4):223-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1051/pmed/20111109>

39. Pelaccia T. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? [Internet]. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2018 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=MK93DwAAQBAJ&printsec=copyright&hl=fr&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false
40. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 2003 [cité 25 mai 2019];4(3):184-91. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2003/03/pmed20034p184.pdf>
41. Bosc-Miné C. Caractéristiques et fonctions des feed-back dans les apprentissages. *L'année psychologique* [Internet]. 2014 [cité 29 mars 2020];114:315-53. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2014-2-page-315.htm>
42. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 2005 [cité 26 mai 2019];6(2):98-111. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2005015>
43. Côté L, Perry G, Cloutier P-H. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. 2013;14(4):241-53.
44. Wright SM, Caresse JA. Excellence in role modelling : insight and perspectives from the pros. *CMAJ* [Internet]. 2002 [cité 26 mai 2019];167(6):638-43. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC122026/>
45. Fredy-Planchot A. Reconnaître le tutorat en entreprise. *Revue française de gestion*. 2007;33(175):23-32.
46. ANESF. Tutorat d'années supérieures [Internet]. anesf.com. 2018 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/la-formation/les-etudes/tutorat/tutorat-dannees-superieures/>
47. Haute Autorité de Santé (HAS). Démarche et Méthodes de DPC [Internet]. [has-sante.fr](http://has.sante.fr). 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc
48. HAS. L'encadrement de stages, la maîtrise de stage, le tutorat [Internet]. [has-sante.fr](http://has.sante.fr). 2018 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat
49. Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2001.
50. Salvat M. L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale. In: *L'enfant au Moyen Âge : Littérature et civilisation* [Internet]. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014 [cité 8 mai 2019]. p. 87-106. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pup/2704>

51. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). ADSP. 2007;(61/62):22-8.
52. Léonard E. Evolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2015 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233045/document>
53. Bellamy V. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes [Internet]. insee.fr. 2017 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024>
54. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Les maisons de naissance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
55. Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. JORF n°0176 (2015).
56. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. JORF n°0284 (2013).
57. HAS. Maisons de naissance : élaboration du cahier des charges [Internet]. has-sante.fr. 2014 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_rapport_elaboration_maisons_naissance_190914.pdf
58. Wood RJ, Mignone J, Heaman MI, Robinson KJ, Roger KS. Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. *Midwifery*. 2016;39:12-9.
59. Hauck Y, Nathan E, Ball C, Hutchinson M, Somerville S, Hornbuckle J, et al. Women's reasons and perceptions around planning a homebirth with a registered midwife in Western Australia. *Women and Birth* [Internet]. 2018 [cité 5 mai 2019]; Sous presse. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.017>
60. Pineau F. Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal ? [Mémoire : Sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
61. Robbe-Kernen M, Kehtari R. Les profession de santé face au burnout ; facteurs de risque et mesures préventives. *Rev Med Suisse*. 2014;10(443):1787-92.
62. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance [Internet]. has-sante.fr. 2014 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
63. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Hôpitaux et cliniques [Internet]. inrs.fr. 2017 [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/hopitaux-cliniques.html>

64. Garel M, Étienne É, Blondel B, Dommergues M. Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. *La Revue Sage-Femme*. 2008;7(3):113-7.
65. Carolan M, Kruger G. Undertaking midwifery studies : commencing students' views. *Midwifery* [Internet]. 2011 [cité 9 déc 2018];27(5):642-7. Disponible sur: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(09\)00127-2/abstract](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(09)00127-2/abstract)
66. Oates J, Topping A, Arias T, Charles P, Hunter C, Watts K. The mental health and wellbeing of midwifery students : an integrative review. *Midwifery* [Internet]. 2019 [cité 26 mars 2019];72:80-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.007>
67. Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2019];30(8):926-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010>
68. Bertrand M. L'amélioration du bien-être des étudiants en stage : pourquoi et comment ? *Vocation Sage-femme*. 2012;11(97):26-31.
69. Gaudin C. L'encadrement des étudiants sages-femmes en salle de naissance. *Vocation Sage-femme*. 2011;10(91):23-5.
70. Université Vanderbilt. REDCap (Research Electronic Data Capture) [Internet]. 2004 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://redcap.chu-clermontferrand.fr/>
71. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epi Info [Internet]. Atlanta; 2015 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/epiinfo/support/fra/fr_downloads.html
72. CNOF. Données démographiques de la profession [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2017 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
73. CNOF. La démographie de la profession [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2015 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
74. Alibali MW. How children change their minds : strategy change can be gradual or abrupt. *Dev Psychol* [Internet]. 1999 [cité 17 mars 2020];35(1):127-45. Disponible sur: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.127>
75. Veloski J, Boex J, Lindem M, Evans A, Wolfson D. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical teacher* [Internet]. 2006 [cité 20 mars 2020];28(2):117-28. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590600622665>
76. Fresson J, Rey S, Vanhaesebrouk A, Vilain A, Blondel B, Bonnet C, et al. Les maternités en 2016 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. *Etudes & résultats* [Internet]. 2017 [cité 17 mars 2020];(1031):1-8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1031.pdf>

77. Holcman R. L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel. *Journal d'Economie Médicale*. 2007;25(5-6):307-17.
78. Vincent C. Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de deuil périnatal. Etude qualitative, prospective et multicentrique menée auprès de professionnels de santé de la région Hauts-de-France [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Lille]: Université catholique de Lille; 2018 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172398/document>
79. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes et résultats*. 2012;(791):1-8.
80. Baudrit A. Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ? *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2012 [cité 11 avr 2020];111(4):6-12. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-6.htm>
81. Dreyfus SE, Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. *Distribution* [Internet]. 1980 [cité 11 avr 2020];1-22. Disponible sur: file:///C:/Users/TSD/AppData/Local/Temp/A_Five-Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involv.pdf
82. ANESF. Le bien-être : constats et perspectives pour les étudiant·e·s sages-femmes [Internet]. anesf.com. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/bien-etre-etudiant-e-s/cqsa-et-contribution/>

ANNEXES

Annexe I - Article 2 de l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.

« Pour être admis à s'inscrire en première année des études de santé, les candidats doivent justifier :

- *Soit du baccalauréat ;*
- *Soit du diplôme d'accès aux études universitaires ;*
- *Soit d'un diplôme français ou étranger admis en dispense ou équivalence du baccalauréat en application de la réglementation nationale ;*
- *Soit d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes, conformément aux dispositions de l'article L. 613-5 du code de l'éducation. »*

Annexe II - Annexe de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

« La formation permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour :

- 1. Décider des actions adaptées au soutien, au maintien, et/ou à la restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum ;*
- 2. Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un événement en cours ;*
- 3. Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel ;*
- 4. Réguler le rapport au temps et répondre à l'urgence et à ses exigences de délais, d'organisation et de priorités d'actions ;*
- 5. Composer avec l'incertitude et l'inéluctable inhérents à son champ d'activités ;*
- 6. Analyser, de façon pluriprofessionnelle, les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables ;*
- 7. S'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ;*
- 8. Organiser et gérer dans son environnement professionnel les ressources humaines, logistiques, financières et administratives mises à disposition ;*
- 9. Communiquer efficacement dans un contexte pluriprofessionnel ;*
- 10. S'engager dans une démarche de développement professionnel continu, comprenant la transmission de son art. »*

Annexe III – Le triangle pédagogique de Jean Houssaye.

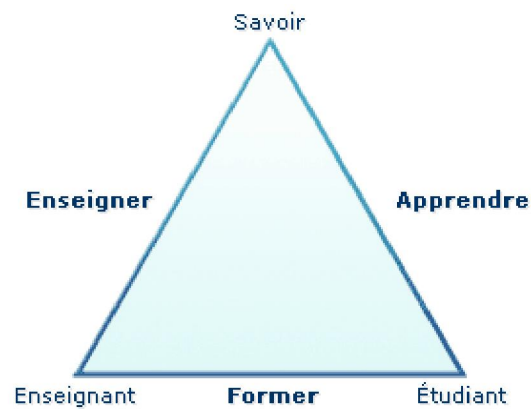


Figure 1 : Le triangle pédagogique de Jean Houssaye

Annexe IV – Modèle conceptuel de l'exercice du modèle de rôle par Scott M. Wright.

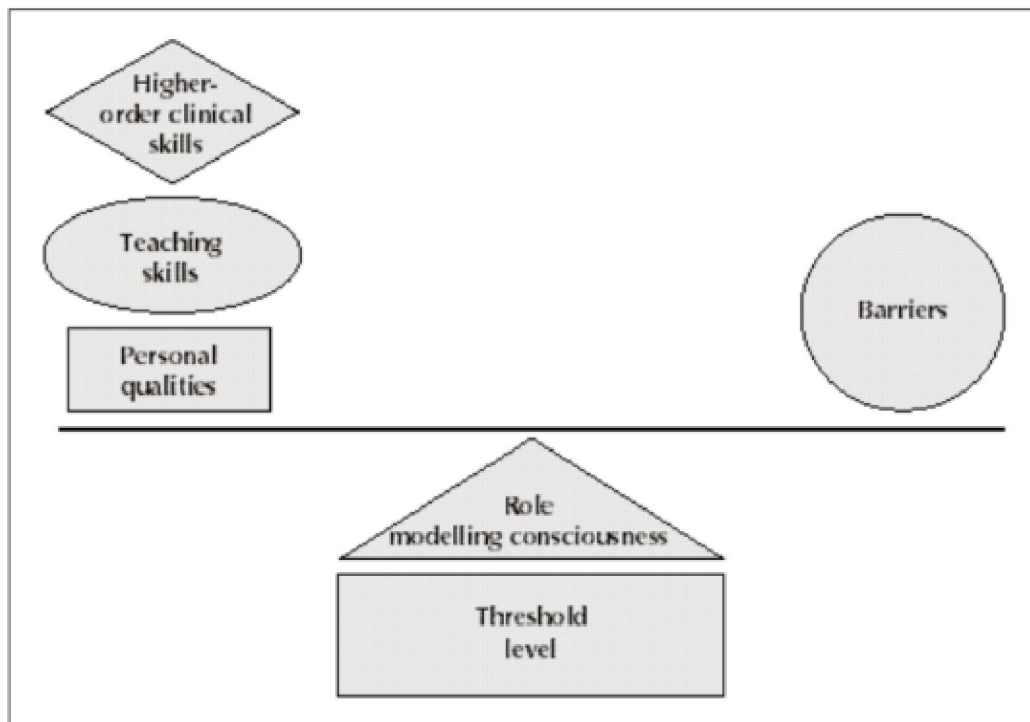


Fig. 1: Illustration depicting a conceptual model for role modelling, wherein barriers to role modeling are balanced by a variety of positive attributes.

Annexe V – Lettre d'information

Lettre d'information

L'encadrement étudiant en salle de naissance, point de vue des sages-femmes

Investigateurs :

- CARRIAS Florine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de _____

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail : _____

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Ressenti des sages-femmes par rapport à l'encadrement étudiant en salle de naissance »

Une étude sur le ressenti des sages-femmes par rapport à l'encadrement étudiant en salle de naissance est engagée au sein des centres hospitaliers et cliniques de France. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de _____.

1. Pourquoi cette étude

De nombreuses études, récentes ou plus anciennes, mettent en avant le mal-être des étudiants et le domaine de la maïeutique n'est pas épargné. Les stages constituent la principale raison du stress des étudiants sages-femmes, le stress des examens arrivant en deuxième position. Cependant les études portant sur le point de vue des sages-femmes concernant l'encadrement étudiant sont peu nombreuses pour le moment.

2. L'étude en pratique

Les données seront recueillies par un auto-questionnaire en ligne distribué par mail.

Le questionnaire sera anonyme et les données pourront être transmises à _____. Aucune autre personne n'aura accès aux données recueillies.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 janvier 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite par mail à l'adresse suivante : _

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pouvez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Florine CARRIAS, étudiante sage-femme : _____

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, _____.

Annexe VI – Questionnaire recueil de données.

Questions générales

Bonjour,

Actuellement étudiante en 5ème année d'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'encadrement étudiant en salle de naissance.

Afin de répondre aux objectifs de mon travail, j'ai réalisé ce questionnaire dont le temps de remplissage est estimé à environ 10 minutes. Les sages-femmes travaillant dans le secteur salle de naissance et encadrant des étudiants peuvent répondre à ce questionnaire.

Je vous remercie du temps que vous pourrez consacrer à ce questionnaire, et ainsi de l'aide apportée à ce travail.

Très cordialement, et en vous souhaitant une bonne journée.

Florine CARRIAS

Vous êtes : Un homme
 Une femme

Quel âge avez-vous ? _____

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de sage-femme ? (en nombre d'années complètes) _____

Combien de temps avez-vous exercé en maternité de type I ? (Précisez en année(s) ou en mois) _____

Combien de temps avez-vous exercé en maternité de type II ? (Précisez en année(s) ou en mois) _____

Combien de temps avez-vous exercé en maternité de type III ? (Précisez en année(s) ou en mois) _____

Dans quelle région exercez-vous actuellement ?

- Alsace
- Aquitaine
- Auvergne
- Basse Normandie
- Bourgogne
- Bretagne
- Centre
- Champagne-Ardenne
- Corse
- Franche-Comté
- Haute Normandie
- Ile-de-France
- Languedoc-Roussillon
- Limousin
- Lorraine
- Midi-Pyrénées
- Nord-Pas-de-Calais
- Pays de la Loire
- Picardie
- Poitou-Charentes
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- Rhône-Alpes
- Guadeloupe
- Martinique
- Guyane
- La Réunion
- Mayotte

A quelle fréquence encadrez-vous des étudiants sages-femmes ?	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Peu fréquemment (1 garde sur 4 ou moins) <input type="radio"/> Fréquemment (2 gardes sur 4) <input type="radio"/> Très fréquemment (3 gardes sur 4 ou plus)
Durant vos études, avez-vous bénéficié de cours sur l'encadrement étudiant / la pédagogie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Ces cours vous ont-ils apporté de l'aide lors de votre exercice ?	<input type="radio"/> Oui, souvent <input type="radio"/> Oui, parfois <input type="radio"/> Non
Ces cours vous ont-ils paru suffisants ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

A propos du ressenti de l'encadrement

Vous sentez-vous assez compétent(e) pour :					
	Pas du tout compétent(e)	Peu compétent(e)	Compétent(e)	Assez compétent(e)	Très compétent(e)
Encadrer un étudiant sage-femme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formuler une évaluation sur un étudiant sage-femme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formuler un feedback (retour) après un acte réalisé par l'étudiant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmettre vos connaissances aux étudiants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trouvez-vous que l'encadrement d'un étudiant sage-femme en salle de naissance est plus aisé avec l'expérience de la pratique de sage-femme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Citer 3 mots (ou plus) qui qualifient votre ressenti par rapport à l'encadrement d'un étudiant sage-femme ?	_____
Rencontrez-vous des difficultés pour encadrer les étudiants sages-femmes en stage ?	<input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Jamais
Quelles sont-elles ?	<input type="checkbox"/> Difficultés à laisser les étudiants en autonomie <input type="checkbox"/> Difficultés de communication avec les étudiants <input type="checkbox"/> Difficultés à appréhender le niveau des étudiants <input type="checkbox"/> Autre(s)
Développez :	_____

Quel(s) facteur(s) peuvent altérer votre démarche d'encadrement d'un étudiant ?

- Aucun
- Le nombre trop élevé d'étudiants
- Le manque de connaissances en pédagogie
- Le manque d'outils pédagogiques
- Le manque d'attrait pour la transmission des connaissances
- Le manque de temps (trop forte activité du service)
- Le manque de confiance en soi
- L'absence d'un lieu dédié spécifiquement au dialogue entre l'étudiant et l'encadrant
- Autre(s)

Autre(s), précisez :

Comment considérez-vous le rôle des sages-femmes cliniciennes par rapport à la formation des étudiants sages-femmes ?

- Essentiel
- Important
- Peu important
- Inutile

Que pensez-vous des affirmations suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les sages-femmes cliniciennes constituent un modèle de rôle pour les étudiants. (Un modèle de rôle est une personne qui dans le cadre de son exercice professionnel, influence l'apprentissage de l'apprenant avec qui il est en contact)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait d'encadrer un étudiant peut se révéler comme une contrainte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'encadrement étudiant procure un enrichissement professionnel pour la sage-femme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires à exprimer à propos de ce tableau ?

Questions techniques

Si vous en aviez la possibilité, refuseriez-vous d'encadrer les étudiants ?

- Oui
 Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

Est-ce que le fait d'encadrer un étudiant sage-femme vous a déjà amené à modifier vos propres pratiques ?

- Oui
 Non

Avez-vous un commentaire à apporter à cette question ?

Questionnez-vous l'étudiant en début de garde sur ses acquis, les points qu'il souhaiterait améliorer, ses potentielles difficultés ?

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

Si vous ne questionnez pas l'étudiant à chaque fois, pour quelle(s) raison(s) ?

- Vous ne trouvez pas cela nécessaire
 Vous n'y pensez pas
 Par manque de temps
 Vous estimez que c'est à l'étudiant de faire cette démarche
 Autre(s)

Pour quelle(s) autre(s) raison(s) ne questionnez-vous pas l'étudiant à chaque fois ?

Vous encadrez un étudiant en 3ème année (2ème année d'école de sages-femmes). Vous l'observez réaliser un sondage urinaire évacuateur (lors de la surveillance d'une femme en travail physiologique). Prenez-vous le temps, a posteriori, de revenir sur l'acte réalisé par l'étudiant ?

- Toujours
 Seulement si l'étudiant est demandeur
 Seulement si le temps le permet
 Seulement si l'acte n'a pas été réalisé correctement
 Jamais
 Autre(s)

Developpez

Vous encadrez un étudiant en 5ème année (4ème année d'école de sages-femmes). Vous l'observez réaliser un accouchement (sans difficulté ni complication). Prenez-vous le temps, a posteriori, de revenir sur l'accouchement réalisé par l'étudiant ?

- Toujours
 Seulement lorsque l'étudiant est demandeur
 Seulement lorsque le temps le permet
 Seulement lorsque quelque chose n'a pas été réalisé correctement
 Jamais
 Autre(s)

Developpez

En fin de garde, consacrez-vous un moment de discussion avec l'étudiant, pour revenir sur ses acquisitions, les points sur lesquels doivent porter ses efforts, les éléments positifs et négatifs ?

- Toujours
 Lorsque l'étudiant est demandeur
 Lorsque le temps le permet
 Lorsque l'étudiant a éprouvé des difficultés au cours de la garde
 Jamais, cela n'est pas nécessaire
 Jamais, le rapport de stage écrit est suffisant
 Jamais, c'est au responsable de l'encadrement des étudiants de se charger de cela
 Autre(s)

Développez

Avez-vous une attitude identique/ homogène en fonction des différents étudiants sages-femmes que vous encadrez ?

- Oui
 Non

Quel(s) facteur(s) peut/peuvent modifier votre encadrement ?

- La fatigue
 Le stress
 La charge de travail
 Le profil de l'étudiant sage-femme (caractère, attitude)
 Les soucis personnels
 Autre(s)

Développez

Pour la progression de l'encadrement

Souhaiteriez-vous des aides/ outils pour améliorer/ approfondir le sujet de l'encadrement clinique étudiant ?

- Oui
 Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

Sous quelle(s) forme(s) souhaiteriez-vous que l'aide/les aides soi(en)t :

- Cours
 Discussion entre professionnels
 Discussion avec professionnels et étudiants
 Discussion avec les enseignant(e)s de l'école de sages-femmes
 Document écrit
 Autre(s)

Développez

Dans le cas où un statut de maître de stage serait créé, seriez-vous intéressé(e) pour acquérir ce statut ? (Un maître de stage est un/une sage-femme professionnel(le) clinicien(ne) volontaire, ayant pour mission de transmettre son savoir et de contribuer auprès des étudiants, et des structures d'enseignement, à l'acquisition des compétences en maïeutique, en vue du Diplôme d'Etat de sage-femme)

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Je vous remercie pour votre participation à cette étude. N'hésitez pas à laisser un commentaire. Si vous souhaitez recevoir les résultats vous pouvez laisser votre adresse mail.

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif de cette étude a été de décrire les pratiques des sages-femmes concernant l'encadrement des étudiants en salle de naissance. Ces travaux ont permis d'identifier les facteurs influençant l'encadrement, et d'appréhender un lien potentiel entre le nombre d'année d'exercice, la fréquence de l'encadrement ou la présence de cours de pédagogie et le vécu de ce dernier.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive transversale, ainsi qu'une étude à visée étiologique ont été réalisées. Une enquête en ligne a été diffusée, grâce aux conseils départementaux de France métropolitaine et d'Outre-mer.

Résultats : Parmi les 813 réponses analysées, 91,4% des sages-femmes cliniciennes se heurtent à des difficultés lors de l'encadrement, principalement en rapport avec le manque de temps, le manque de connaissances en pédagogie, et la non-connaissance du niveau attendu des étudiants. Ces difficultés s'amointrissent avec l'augmentation du nombre d'année d'expérience, en même temps que le sentiment de compétence s'améliore. Ce dernier est aussi lié à la fréquence d'encadrement et aux cours de pédagogie en formation initiale.

Discussion : Les principales difficultés formulées concordent avec celles de la littérature. Dans le domaine de la pédagogie, les notions de feedback, de supervision et de modèle de rôle apparaissent indispensables à l'exercice de l'enseignement clinique.

Conclusion : Plusieurs projets d'action pourraient être développés afin d'améliorer l'encadrement : accroître les connaissances des sages-femmes en pédagogie clinique, promouvoir la communication entre étudiants, sages-femmes cliniciennes et sages-femmes enseignantes, et mettre en place un statut de maître de stage en maïeutique.

Mots clés : Encadrement étudiant, Sages-femmes, Pédagogie, Formation clinique.

ABSTRACT

Background : This study aimed at describing the practices of midwives regarding the supervision of students in the delivery room. This work has allowed the identification of a potential connection between the number of years in practice, the frequency of supervision or presence of educational courses, and coaching experience.

Study design : A descriptive cross-sectional study, and an etiological one, were carried out. An online survey was disseminated, thanks to the Departemental Boards of France and the DOM.

Results : Among the 813 responses analyzed, we found 91,4% of clinical midwives go on difficulties during coaching, mainly due to lack of time, lack of educational knowledge, and lack of knowledge of the expected level of students. Difficulties decrease with the rise of the number of years of practice, while self-efficacy is improved. Self-efficacy is also related to the number of years of practice, the frequency of supervision, and educational courses in initial training.

Discussion : Difficulties raised by midwives are in agreement with those reported from literature. In the field of pedagogy, the concept of feedback, supervision and role modelling appears to be essential for the practice of clinical teaching.

Conclusion : Several projects could be developed to improve coaching : enlarge the knowledge of midwives in clinical pedagogy, promote communication between students, clinical midwives and midwives' teachers, and create a supervisor statute in midwifery.

Keywords : Supervision of students, midwives, teaching method, clinical training.