



Master de Pédagogie en Science de la Santé

L'encadrement pédagogique clinique en salles de naissances : perception des étudiants sages-femmes et des sages-femmes cliniciennes

Céline JEDNAK – PLUVINAGE

Sage-femme enseignante – Amiens

Sous la supervision de Anne Demeester

Sage-femme

Maître de conférences en sciences de l'éducation

Septembre 2023

*À la mémoire de mes chers parents, j'aurais tant aimé que vous soyez aujourd'hui parmi nous.
Que ce travail participe au repos de votre âme*

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à adresser mes plus vifs remerciements à Mme Anne Demeester, sage-femme et maître de conférences en sciences de l'éducation qui a accepté de superviser ce travail. Merci pour votre expertise, votre grande disponibilité, votre soutien dans les moments difficiles.

Clara, Salomé, Frédéric vous êtes ma force.

Merci également à :

Ma famille et mes amis qui ont toujours cru en moi

Mes collègues enseignantes, soutenantes, accompagnantes tout au long de ce master.

Les étudiantes de l'école de sages-femmes d'Amiens et les sages-femmes cliniciennes qui ont participé à l'étude et sans qui mon travail n'aurait pu aboutir.

Mes collègues du master, promotion 2022-2023 pour leur présence bienveillante chaleureuse et rassurante tout au long de cette année.

Quelle est la perception des étudiants sages-femmes et des sages-femmes cliniciennes sur l'encadrement clinique en salles de naissances des étudiants en maïeutique?

Résumé

Mots clés : étudiants, sages-femmes cliniciennes, encadrement, stage, salles de naissances.

Contexte : De manière ancestrale le métier de sage-femme a toujours été transmis par les pairs. Les sages-femmes cliniciennes jouent un rôle essentiel dans la formation en alternance et dans le développement des compétences des étudiants sages-femmes. Elles ont une méconnaissance de leur rôle de formateur et de leur rôle dans l'apprentissage, se pensant simple évaluateur occasionnel. Les étudiants sages-femmes sont aujourd'hui au cœur de leur formation et expriment une insatisfaction de leur encadrement lors des stages en salles de naissance. Au vu de cette complexité, nous nous sommes demandés, quelle était la perception des étudiants sages-femmes et des sages-femmes de leur encadrement clinique en salles de naissances ?

Méthode : Nous avons mené une étude mixte séquentielle de type explicative à Amiens, comprenant une étude quantitative auprès de 76 étudiants sages-femmes interrogés à l'aide d'un questionnaire. L'approche quantitative exploratoire a permis de confronter la perception des étudiants à celle des sages-femmes cliniciennes. L'approche qualitative débutait par la confrontation du récit de situations vécues en stage par les étudiants. Celle-ci nous a permis de recueillir des données auprès des sages-femmes sur leurs ressentis, leurs pensées et leurs expériences.

Résultats : Plus de 90% des étudiants déclarent avoir vécu une situation idéale d'encadrement lors de leur stage en salles de naissances, se sentant soutenus, écoutés et guidés par les sages-femmes cliniciennes. Mais, plus de la moitié avoue avoir subi un encadrement perçu comme peu acceptable, manquant de retours constructifs permettant l'amélioration de leurs compétences. L'absence de feedback systématique est à déplorer et le sentiment qu'on préfère faire à leur place est très présent. Les 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 l'ignorance du niveau attendu des étudiants. Elles ne se sentent ni soutenues ni valorisées et peu encouragées dans leur mission par leur institution. Elles déplorent une articulation insuffisante entre le milieu académique et le stage.

Conclusion : Cette étude ouvre sur l'hypothèse qu'une formation en pédagogie et en communication aux sages-femmes cliniciennes pourrait contribuer à une amélioration des conditions d'apprentissage en stage des étudiants en maïeutique.

Introduction

« La perception est la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens » (1).

La formation maïeutique est une formation professionnalisante, comprenant un tiers d'enseignement théorique et deux tiers d'enseignement pratique. La formation en alternance associe une formation en milieu académique (cours théoriques, enseignements dirigés, travaux pratiques, enseignement par simulation) et une formation en stages. Vanhulle, Merhan et Ronveaux définissent l'alternance comme un système particulier de formation au sein duquel se succèdent des temps d'apprentissage en institution académique et en milieu professionnel (2) . Le stage clinique permet la mise en situation réelle de travail. Denoux précise que ce dernier est un moment privilégié pour développer les compétences et mener à la professionnalisation (3). Cette conception pédagogique en alternance est selon et d'après les travaux de Malglaive une alternance intégrative (4). Il ne s'agit pas de différencier les différents lieux d'enseignements mais au contraire de créer « des liens entre les lieux de formation » en considérant le stage comme l'application du savoir théorique acquis en cours.

La profession de sage-femme traverse actuellement une période de crise sans précédent, même si on note une augmentation de trois pour cent des sages-femmes en activité depuis 10 ans. L'enquête de l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) estime qu'actuellement, environ 830 postes de sages-femmes sont vacants en France. Une maternité sur 5 présenterait plus de 10 postes à pourvoir.

Lors de l'enquête « Bien-être » de 2018 de l'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF), 2428 étudiants se sont exprimés, représentant plus de la moitié des inscrits. 61% d'entre eux ont déclaré vivre de la maltraitance en stage, dont 15%, des traitements inégalitaires ou discriminatoires. Les sages-femmes cliniciennes étaient jugées responsables dans 50%. Les moments cités les plus stressants de la formation clinique sont la veille du stage, le premier jour et le temps d'évaluation.

L'enquête de la CNEMA sur le taux de remplissage dans la filière maïeutique à la rentrée 2022 révèle que l'ensemble des places n'est pas pourvu même si 85% des places le sont sur la rentrée 2022 (sur le nombre de places agréée par les régions, 80% sur celles affichées par les universités). Alors que le projet de loi de la sixième année vient d'être adopté et qu'un nouveau référentiel de métier vient de paraître, les référentiels de formation et d'évaluation sont encore à l'état de réflexion (5).

Dans le programme de formation initiale, Il est laissé à la liberté des écoles de sages-femmes d'aborder les futures missions d'encadrement des étudiants.

Dans le code de déontologie des sages-femmes, (6) transmettre les connaissances aux plus jeunes générations est défini comme un devoir : « Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs. » Article R.4127-304 du code de la santé publique.

La Haute Autorité de Santé (HAS), en 2018, rédige dans le cadre du développement professionnel continu, une fiche sur l'encadrement en stage et définit la notion de tuteur. La mission des tuteurs,

aussi appelés maîtres de stage, est, 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. Le maître de stage est défini comme l'interlocuteur privilégié de l'étudiant ainsi que son référent professionnel durant le stage. Une démarche réflexive doit être acquise par l'étudiant à partir des situations rencontrées dans la pratique des soins. Un maître de stage doit ainsi tracer ses étapes et mettre en place un suivi des améliorations. Contrairement aux filières en sciences infirmières et sciences médicales, ce statut n'est pas reconnu ni institutionnalisé en maïeutique (7).

Les sages-femmes cliniciennes sont en difficulté pour assurer au quotidien leur mission d'encadrement des étudiants. Les étudiants ont des attentes par rapport à leur encadrement en stage. Il existe des écarts entre les attendus des étudiants et la réalité de leur encadrement en stage.

Ainsi, la question suivante se pose, « Quelle est la perception des étudiants sages-femmes et des sages-femmes cliniciennes sur l'encadrement clinique en salles de naissances des étudiants en maïeutique? »

Dans une perspective d'amélioration de l'encadrement des étudiants, nous avons conduit une approche exploratrice pour recueillir la perception des étudiants de leur encadrement. Dans un second temps nous tenterons de faire émerger les besoins des sages-femmes cliniciennes pour optimiser un encadrement qualitatif des étudiants. Nous pressentons qu'il existe des écarts entre les attendus des étudiants et la réalité. L'objectif est de réduire cet écart. La perspective étant de proposer une formation aux sages-femmes cliniciennes pour assurer une supervision qualitative au quotidien.

La salle de naissance est un secteur d'activité à risques où la sage-femme est confrontée en permanence à des situations nécessitant une vigilance à toute épreuve et une organisation rigoureuse pour faire face à des prises de décisions rapides face à des enjeux parfois vitaux du couple mère enfant. La sage-femme doit organiser les priorités tout en préservant les différentes dimensions du soin (8). Les situations médicales sont complexes et relèvent souvent de l'urgence où la sage-femme engage régulièrement sa responsabilité et où la collaboration multi professionnelle est indispensable. Ces constats font de la salle de naissance un milieu peu propice pour accueillir les étudiants dans des conditions favorables à leur apprentissage dont notamment, le développement de leur raisonnement clinique (9).

La sage-femme clinicienne, encadrante, doit pouvoir permettre un apprentissage progressif, dynamique et motivant, en favorisant le questionnement, la réflexivité de l'étudiant. Et surtout, comme le précise Chamberlan, permettre le développement de la compétence professionnelle (10). Elles sont, dès l'obtention de leur diplôme, confrontées au rôle tantôt de tuteur ou de superviseur sans aucune formation obligatoire au tutorat ou à la supervision. Et elles ne connaissent pas pour la plupart le contexte de formation en alternance. Il n'existe à ce jour aucun statut ou temps dédié pour les professionnels cliniciens pour défier le double exercice, clinique et encadrement. Elles sont aujourd'hui face à un double défi, assurer les soins et l'accompagnement du couple mère-enfant ainsi que l'encadrement et la formation des étudiants. A la suite de plusieurs études qualitatives Irby conclut sur la nécessité d'une double compétence clinique et pédagogique pour l'enseignant clinicien expert (11).

L'association nationale de formation initiale et continue des sages-femmes (ANFIC) rappelle dans la charte d'engagement de la maîtrise de stage de 2016, plusieurs qualités indispensables à la sage-femme clinicienne encadrant des étudiants en stage. Celle-ci doit avoir connaissance, du cursus de l'étudiant, l'ayant elle-même suivi ainsi que des compétences indispensables devant être acquises pour l'exercice de la profession. Un encadrement idéal repose sur la disponibilité de l'encadrant et la création d'un environnement propice à l'apprentissage pour l'étudiant. Les situations cliniques doivent être adaptées aux compétences de l'étudiant. L'école, troisième élément de cette triade pédagogique, ayant elle-même le rôle de coordination et de préparation de l'étudiant à l'immersion et à la confrontation du milieu clinique (12).

La communication entre le clinicien, l'étudiant et l'école est indispensable afin de permettre l'expression des besoins de chacun. Houssaye résume les relations entre le clinicien et l'étudiant dans l'acte d'apprentissage sous forme d'un triangle pédagogique composé de 3 éléments (le savoir, l'enseignant et l'étudiant). Les relations (didactique, pédagogique et d'apprentissage) nécessaires à la pédagogie étant représentées par les côtés du triangle (13) (figure 1).

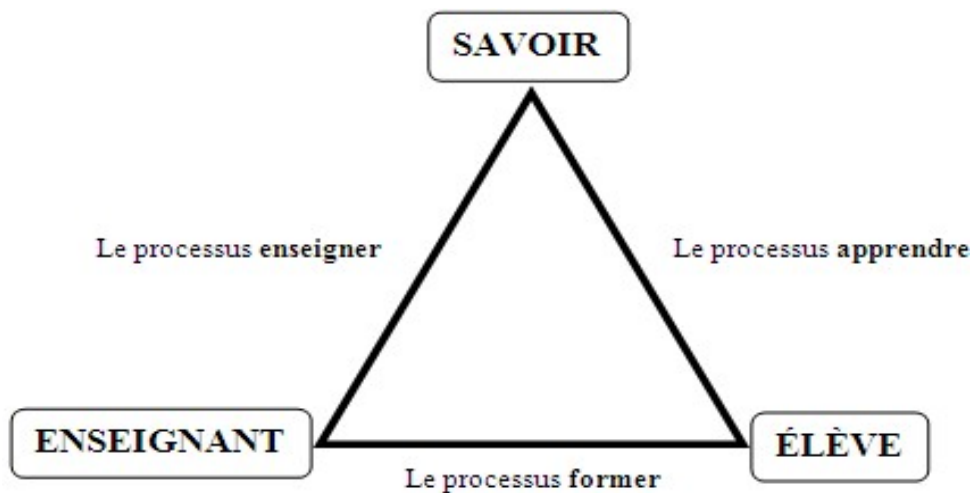


Figure 1 : Triangle pédagogique de Jean Houssaye

L'environnement propice est indispensable au cours de l'apprentissage de l'étudiant. Les marques de soutien et d'encouragement entretiennent le sentiment d'auto efficacité décrit par Bandura. Ce concept s'inscrivant dans la théorie socio cognitive ou 3 facteurs sont en interaction, le comportement, l'environnement et la personne. Le sentiment d'auto efficacité étant les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Celui-ci se nourrit de 4 sources dont la maîtrise personnelle à réaliser certaines tâches, la persuasion par autrui, l'état physiologique et émotionnel et l'apprentissage social basé sur l'observation des pairs dans une situation d'apprentissage (14).

Le processus d'apprentissage en milieu clinique décrit par plusieurs auteurs dont Vierset et al., (2015) s'intéresse simultanément aux rôles du clinicien développant une posture d'accompagnement et aux rôles de l'étudiant stagiaire développant quant à lui une posture d'apprentissage dans un milieu authentique permettant la contextualisation des apprentissages (15). La sage-femme clinicienne dans son rôle de superviseur porte une responsabilité dans le développement de l'étudiant vers la professionnalisation. Elle assume le rôle d'éducateur autant qu'enseignant en prenant en compte de la spécificité de l'étudiant. L'enseignant doit maintenir un équilibre entre : « *confiance et surveillance, compréhension et empathie ; autonomie et soutien ; respect des capacités et orientation et évolution vers l'initiative personnelle et la compétence* » (16).

Au-delà de l'acquisition et l'application technique de connaissances, l'étudiant lors du stage est confronté à des situations complexes nécessitant un apprentissage de la prise de décision en situation de doute, conduite à l'issue d'une réflexion éthique requérant des habiletés de communication et souvent un travail collaboratif. La formation clinique est essentiellement axée sur le raisonnement clinique, ce qui laisse les autres domaines, la communication la réflexion éthique ou le professionnalisme perçues de façon implicite, sans réelle préparation ni appréhensions systématiques. La sage-femme clinicienne, lors du stage influence l'étudiant, le plus souvent de manière informelle ou cachée. L'étudiant novice dans son observation va interagir avec les différents éléments que sont la patiente, la sage-femme clinicienne et le contexte.

Kilminster définit la supervision clinique comme « Apporter une guidance et un feedback à un étudiant, au sujet de son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une

situation de soins, auprès d'un patient, dans des conditions de sécurité et de manière appropriée » (17).

Informé les étudiants du développement de leurs compétences est indispensable pour favoriser le développement de celles-ci. Le Feedback ou rétroaction a été introduit dans le domaine des sciences de la santé dans les années 70. Il est caractérisé par une boucle courte, caractérisé par l'action, l'observation, l'intégration et la redirection. Il s'agit alors de fournir à l'étudiant un message, basé sur l'observation de la tâche effectuée, dans le but de l'informer tout en lui permettant d'améliorer sa performance ultérieure. Observer et rediriger. Le point de vue de l'enseignant doit être objectif à l'égard des actions réelles et de ses conséquences (18).

Le feedback peut être formatif (tout au long du chemin et vers le but), sommatif (après l'action), efficace (guidant vers le but) ou inefficace. Concernant le comportement de l'étudiant, Il peut être de renforcement et sera dans ce cas positif ou correctif. Ende en 1983, définit le rôle du feedback et donne 6 recommandations pour que celui-ci soit efficace (19).

Dispositif méthodologique

Les objectifs principaux de l'étude sont d'identifier les difficultés des sages-femmes cliniciennes liées à l'encadrement des étudiants sages-femmes lors du stage en salles de naissances, de recueillir la perception respective de leur encadrement, ainsi que du sens donné au stage et de trouver des pistes d'amélioration.

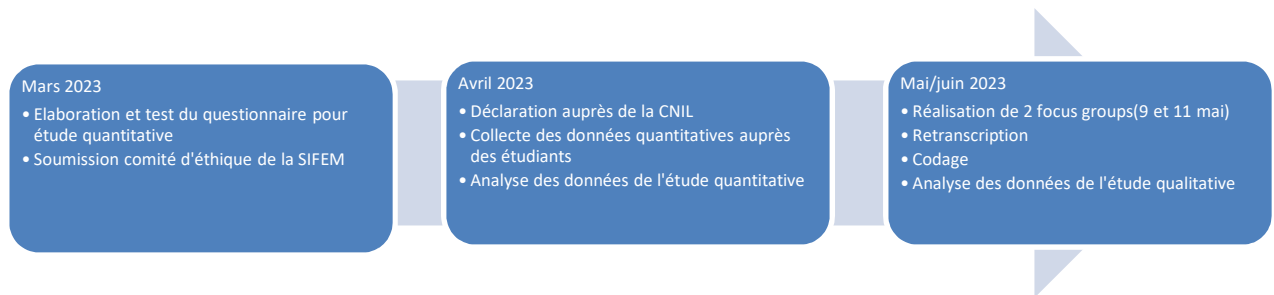


Figure 2 : Frise méthodologique

Nous avons choisi de réaliser une méthode mixte séquentielle de type explicative (figure 2). Celle-ci nous semblant adaptée à notre questionnement et permettant ainsi de confronter les sages-femmes aux « vécus » des étudiants (20,21). L'objectif de cette recherche étant de décrire et d'analyser des données en contextualisant par rapport aux vécus des étudiants pour ancrer dans l'authenticité de la pratique quotidienne.

L'anonymat a été préservé tout au long de la retranscription et une procédure écrite de recueil de consentement a été élaborée et signée par l'ensemble des participants des 2 études (annexe 1). Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été effectuée début avril.

Etude quantitative

Dans un premier temps et dans le cadre d'une approche exploratoire, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive mono centrée, auprès de 76 étudiants en maïeutique de l'école de sages-femmes d'Amiens (SMA3, 4, 5). Le questionnaire a été testé au préalable, auprès d'une étudiante sage-femme de niveau équivalent de l'école de sages-femmes de Clermont Ferrand, permettant ainsi de vérifier la compréhension, la clarté et la pertinence des questions. Il s'agit d'un questionnaire élaboré et modifié en version définitive à la suite du test, par l'auteur (annexe 2). L'approbation du comité d'éthique de la recherche de la SIFEM a été recueillie avant la réalisation de l'étude. La collecte des données a été proposée au moyen de Wooclap (application permettant le vote interactif au moyen d'un smartphone), réalisée en présence de l'enquêteur. Le questionnaire a été construit selon le cadre conceptuel et contenait 17 questions fermées à choix multiples (échelle uniforme quantitative). Les éléments de réponses ont couvert les objectifs de l'étude et portaient sur les principaux thèmes, tels que l'environnement relationnel et pédagogique. Les 2 dernières questions étaient ouvertes et descriptives de 2 exemples de situation. La première, témoin d'une situation jugée peu acceptable d'encadrement et l'autre, à l'inverse, reflétant une situation idéale. Le verbatim de ces 2 dernières questions a été analysé.

Etude qualitative

Dans un second temps, deux groupes de discussion (focus groups) ont été réalisés, permettant ainsi une discussion et faisant surgir un éventail de points de vue au sein de la communauté des sages-femmes cliniciennes (22) . L'approche qualitative a été réalisée en distanciel, au moyen du logiciel zoom. La discussion a été enregistrée et le verbatim intégralement retranscrit pour l'analyse (23). Un guide d'entretien a été rédigé et utilisé pour les 2 focus groups (annexe 5). L'entretien était semi dirigé à l'aide de questions ouvertes, permettant de recueillir des données auprès des sages-femmes sur leurs ressentis, leurs pensées et leurs expériences. Les différents thèmes abordés étaient l'environnement relationnel, le feedback et l'émergence des besoins. Des questions ouvertes venaient alimenter la trame d'entretien pour relancer et stimuler les échanges. Les 2 focus groups débutaient de la même façon par la confrontation de situations vécues en stage par les étudiants et étaient animés par le chercheur (annexe 5).

Les professionnels participant à l'étude étaient des sages-femmes cliniciennes volontaires. La recherche a été faite par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices de 11 maternités de la région Hauts de France sur les 3 départements de l'ex Picardie, accueillant le plus régulièrement des étudiants en stage de salles de naissances. La proposition faite aux sages-femmes cliniciennes ne faisait pas état de l'objectif réel de l'étude mais uniquement de participer à un entretien collectif sur le thème de l'encadrement des étudiants en maïeutique lors de leur stage en salles de naissances. Une fiche de renseignements a été adressée 48h avant l'entretien à chaque participant (annexe 4). Dans l'intérêt, d'une représentativité, d'une homogénéité et d'obtenir des réponses riches en information, aucune restriction quant à l'ancienneté de diplôme, l'âge ou le lieu d'exercice n'a été faite.

Résultats

Pour le respect de la neutralité et de l'anonymat, le terme « sage-femme » est toujours employé au féminin et « étudiant sage-femme » au masculin.

Approche quantitative(annexe3)

Une population totale de 76 étudiants(n=76) de trois niveaux différents de Sciences Maïeutique (SMa3,4 et 5) inscrits à l'école de sages-femmes d'Amiens ont participé à notre étude exploratoire.

Tableau 1 : Environnement relationnel

	N=76	(%)
Aviez-vous un tuteur identifié chargé de votre accueil pour cette garde?		
Oui	12	(15,79)
Non	58	(76,32)
Non répondu	6	(7,89)
Aviez-vous l'impression que la personne qui vous encadrait connaissait vos objectifs de stage lors de cette garde?		
Toujours	4	(5,26)
Le plus souvent	30	(39,47)
Parfois	31	(40,79)
Jamais	7	(9,21)
Non répondu	4	(5,26)
Aviez-vous défini des objectifs personnels avec la sage-femme en début de cette garde?		
Oui	22	(28,95)
Non	47	(61,84)
Non répondu	7	(9,21)
Aviez-vous l'impression d'un environnement bienveillant à votre égard lors de cette garde?		
Toujours	22	(28,95)
Le plus souvent	19	(25,00)
Parfois	27	(35,53)
Jamais	1	(1,32)
Non répondu	7	(9,21)
Comment définiriez-vous votre relation avec la sage-femme qui vous encadrait lors de cette garde? (Plusieurs réponses possible)		
Hiérarchique	24	(16,55)
Confiante	31	(21,38)
Autoritaire	13	(8,97)
Bienveillante	37	(25,52)
Indifférente	15	(10,34)
Tolérante	25	(17,24)
En cas de difficultés rencontrées, avez-vous eu le sentiment de pouvoir en parler avec la sage-femme ?		
Toujours	14	(18,42)
Le plus souvent	23	(30,26)
Parfois	25	(32,89)
Jamais	12	(15,79)
Non répondu	2	(2,63)

La relation avec la sage-femme encadrante a été décrite également comme, **pas confiante, malaisante, rassurante, stressante, pédagogue.**

Tableau 2 : Environnement pédagogique

	N=76	(%)
Pendant la garde, étiez-vous systématiquement accompagné dans la réalisation de vos gestes professionnels (actes, soins, accompagnement, ...) ?		
Toujours	0	(0,00)
Le plus souvent	16	(21,05)
Parfois	57	(75,00)
Jamais	1	(1,32)
Non répondu	2	(2,63)
Les tâches confiées correspondaient-elles à votre niveau de compétence ?		
Toujours	32	(42,11)
Le plus souvent	32	(42,11)
Parfois	11	(14,47)
Jamais	0	(0,00)
Non répondu	1	(1,32)
Est-ce que la sage-femme qui vous encadrait a favorisé la mise en lien théorie-pratique ?		
Toujours	6	(7,89)
Le plus souvent	21	(27,63)
Parfois	29	(38,16)
Jamais	18	(23,68)
Non répondu	2	(2,63)
Avez-vous eu le sentiment qu'elle ne vous laissait pas faire, qu'elle préférait faire à votre place ?		
Toujours	4	(5,26)
Le plus souvent	11	(14,47)
Parfois	38	(50,00)
Jamais	21	(27,63)
Non répondu	2	(2,63)
Si elle l'a fait vous a-t-elle expliqué pourquoi ?		
Oui	27	(35,53)
Non	30	(39,47)
Non répondu	19	(25,00)
Avez-vous eu un temps d'échanges avec la sage-femme qui vous encadrait en fin de garde?		
Toujours	16	(21,05)
Le plus souvent	30	(39,47)
Parfois	15	(19,74)
Jamais	12	(15,79)
Non répondu	3	(3,95)
La sage-femme vous a-t-elle donné un feedback*à la suite de la prise en charge d'une patiente ou de la réalisation d'un soin ?		
Toujours	10	(13,16)
Le plus souvent	32	(42,11)
Parfois	18	(23,68)
Jamais	15	(19,74)
Non répondu	1	(1,32)
Appréhendez-vous votre bilan de stage ?		
Oui	21	(27,63)
Non	51	(67,11)
Non répondu	4	(5,26)
Selon vous, les appréciations du bilan de stage traduisent-elles fidèlement vos compétences (relationnelles, techniques et connaissances)?		
Toujours	11	(14,47)
Le plus souvent	47	(61,84)
Parfois	14	(18,42)
Jamais	1	(1,32)
Non répondu	3	(3,95)

Tableau 3 : Lien école/stage

Comment qualifieriez-vous l'existence du lien entre l'école et le stage ?	N=76	(%)
Exceptionnel	1	(1,32)
Suffisant	25	(32,89)
Insuffisant	43	(56,58)
Absent	5	(6,58)
Non répondu	2	(2,63)

Tableau 4 : Analyse des situations vécues en stage

Depuis le début de vos gardes, avez-vous vécu une situation que vous jugez peu acceptable en stage et directement lie à un défaut d'encadrement ?	N=76	(%)
Oui	45	(59,21)
Non	25	(32,89)
Non répondu	6	(7,89)
A l'inverse, avez-vous en mémoire une situation en garde témoignant d'un encadrement idéal ?		
Oui	69	(90,79)
Non	1	(1,32)
Non répondu	6	(7,89)

Analyse et discussion

Bienveillante, confiante et tolérante, 3 vertus évoquées par les étudiantes permettant l'instauration d'un climat pédagogique bienveillant même si une certaine hiérarchie indispensable transparaît dans l'enquête réalisée auprès des étudiants Il semblerait qu'en cas de difficultés, l'étudiant se sent en confiance pour se confier auprès des sages-femmes cliniciennes. Dans une large majorité des cas, l'absence de tuteur est formulée (tableau 1). Il est à noter que depuis 2 ans, le tutorat a été initié de manière informelle uniquement au sein du centre hospitalier universitaire.

Il semblerait exister une méconnaissance des objectifs de stage des sages-femmes cliniciennes qui ne prennent pas le temps en début de garde d'un temps d'échange pour objectiver clairement avec l'étudiant les objectifs attendus (tableau 1). Cette méconnaissance peut entraîner plusieurs problèmes. Le stagiaire peut ne pas savoir par où commencer ou ne pas être en mesure d'atteindre les objectifs fixés par l'école. Cela peut conduire à une baisse de la motivation et de l'engagement, ainsi qu'à une perte de temps et d'efficacité. De plus, cela peut également créer une frustration et une insatisfaction chez le l'étudiant, qui peut se sentir sous-utilisé ou surchargé de travail. Certains étudiants semblent avoir une perception plus négative de leur encadrement, se sentent ignorés, délaissés ou mal accompagnés. Dans ce cas, les étudiants peuvent se sentir perdus dans leur parcours académique, manquer de confiance en eux et trouver difficile de progresser. Un manque de communication, de disponibilité de la part des sages-femmes peut contribuer à cette perception

négative. L'étude de McCarthy révèle l'expression du sentiment de l'étudiant, de ne pas être soutenu, d'être ignoré, non désiré, de se sentir rejeté voir exploité par les sages-femmes cliniciennes (24).

L'accompagnement et le feedback de l'étudiant est indispensable dans le développement des compétences et pourtant celui-ci n'est pas décrit comme systématique (18). Le feedback, d'après Archer, « permet d'utiliser des informations recueillies lors de performances observées pour promouvoir un développement positif et souhaitable » (25). Il ne suffit pas de faire un feedback pour que celui-ci soit efficace. Son efficacité est amoindrie s'il est perçu comme menaçant pour l'estime de soi. Il est donc important de cibler sur des actions ou des comportements spécifiques pouvant être modifiés et non sur la personnalité (26)(tableau 2). Le lien entre l'école et le lieu de stage dans la majorité des réponses est qualifié d'insuffisant. Pourtant ces 2 environnements d'apprentissage sont indissociables et indispensables au développement des compétences de l'étudiant (tableau 3).

Les informations recueillies par notre étude quantitative confirment que les étudiants sont insatisfaits de leur encadrement et se caractérise par un manque ou une absence, d'objectif définis en début de garde, de tuteur clairement identifié, d'accompagnement lors de la réalisation de certains actes et de mise en lien entre la pratique et la théorie. Selon Marsollier, la considération des connaissances, de la spécificité et de la particularité de l'étudiant, par le professionnel contribue à éveiller l'intérêt et agit sur la motivation de ce dernier (27).

Plus de 90% des étudiants déclarent avoir vécu une situation idéale d'encadrement lors de leur stage en salles de naissances, se sentant soutenus, écoutés et guidés par les sages-femmes cliniciennes. Mais, plus de la moitié avoue avoir subi un encadrement perçu comme peu acceptable, manquant de retours constructifs permettant l'amélioration de leurs compétences (tableau 4). Les récits des étudiants ont argumenté des résultats qualitatifs que nous avons confrontés aux sages-femmes.

Approche qualitative

Présentation du groupe de discussion

Nous avons pu réaliser deux focus group, chacun respectivement de quatre et de huit sages-femmes cliniciennes. La moyenne d'âge des sages-femmes cliniciennes était de 34 ans (pour un âge moyen national de 41 ans) Elles exerçaient toutes dans des maternités de la région, accueillant des étudiants en stage régulièrement. Les trois niveaux de maternités étaient représentés. Leur expérience professionnelle était en moyenne de 11 années (de un à 29 ans) avec un encadrement d'étudiants débutant pour la plupart dès leurs premières années d'exercice et réalisait de manière régulière. Même si la profession de sage-femme est à représentation fortement féminine (99%), nous avons un homme dans notre échantillon. A l'exception d'une personne, l'ensemble de l'échantillon a déclaré n'avoir reçu aucune information relative au mission d'encadrement de la part de son institution lors de l'entretien de recrutement.

L'introduction à la discussion débutait par une confrontation des récits de situations des étudiants aux professionnels. Une importance a été donnée aux verbatim des deux récits des étudiants en recherchant une interprétation du sens des éléments, de leur fréquence et de leur association. Nous avons pu analyser 55 situations jugées peu acceptables et 72 qualifiées d'idéales pour les étudiants. Certains ayant fait le choix de ne pas répondre à cette question.

Tableau 5 : verbatim

Interprétation du verbatim négatif	Nombre d'apparition
Prends la place de	
Travail empêché	13
Manque de communication	18
Livrée à elle même	15
Sur-responsabilisation	16
Dévalorisation	17
Absence de feedback	18
Absence d'encadrement	13
Humiliation	23
Malveillance	9
Refus d'encadrement	12
Manque de reconnaissance	4
Réduite aux tâches ingrates	7
	2
Interprétation du verbatim positif	
Confiance	35
Feedback	45
Accompagnement	36
Ecoute	14
Responsabilisation	45
Personnalisation	6
Disponibilité	15
Bienveillance	26
Facilitation	4
Autonomie	45
Intégration	12
Reconnaissance	1

La perception

Les difficultés

La totalité des sages-femmes, à l'exception d'une seule précise qu'à aucun moment, lors de leur entretien de recrutement, n'a été fait mention de leur future mission d'encadrement. Pourtant les sages-femmes interviewées étaient majoritairement de la fonction publique hospitalière ou la recherche, la formation et les soins font partis des missions du service public (28).

Les sages-femmes sollicitées déclarent à l'unanimité ne pas être étonnées des récits des étudiants (tableau 5). Elles évoquent même un étonnement par rapport au peu de négatif. Et réagissent sur la reproduction et le manque d'évolution des pratiques en précisant « *je crois que j'aurais à peu près répondu la même chose que ce que je vois là sur les points négatifs durant mon encadrement d'étudiante* ». Elles jugent par contre inadmissible la possibilité de dévaloriser un étudiant face à une patiente. La majorité des justifications face au « travail empêché », à la « sur-responsabilité », et à « l'absence d'encadrement » « *tu iras plus vite à le faire toi-même, pour te rendre disponible plus rapidement* » est un sentiment de contrainte lié à une charge de travail importante et un manque de temps. Les situations difficiles comme la mort foetale in utéro, la grande prématurité ou l'urgence vitale sont décrites comme des situations rendant l'encadrement difficile. « On leur donne le choix » mais « on a tendance à ne pas les impliquer ». La gestion de l'urgence de la pathologie et du couple semble une charge émotionnelle importante incompatible avec la gestion d'un étudiant. Le surnombre et la fréquence de la présence des étudiants engendreraient une lassitude par rapport à l'encadrement d'étudiants. « *Quand j'ai trop d'étudiants sur des gardes d'affilée, j'en ai marre en fait* ». La présence d'étudiants peut également être perçue comme une « *frustration* » et une intrusion dans la relation que la sage-femme établit avec la parturiente et le couple.

La complexité des relations humaines et de la communication est évoquée à plusieurs reprises, « On reste des humains qui encadrent des humains ». La communication inappropriée d'un étudiant ou son manque de motivation peuvent entraîner des malentendus, des conflits et une rupture de confiance dans la relation d'encadrement. « *Donc oui je n'ai pas envie d'encadrer quelqu'un qui ne va pas s'adapter à la patiente ou qui va rester dans sa théorie et c'est compliqué même pour nous* » et surtout « *Ça m'énerve parce que du coup, j'ai plus confiance en étudiant* ».

Les difficultés liées à l'encadrement sont nombreuses et ont largement été évoquées lors des entretiens. Les difficultés relationnelles sont fréquentes. Elles peuvent être de plusieurs ordres. Certaines évoquent les différences de valeurs et de perspectives de certaines de leurs collègues par rapport à l'encadrement et qui vont « donc un peu éviter les étudiants » et se rendre indisponible pour les étudiants.

Le manque de temps, de disponibilité et la fatigue entraînent une négligence et un mécontentement par rapport à la qualité de l'encadrement donné. Les étudiants « *sont un peu victimes de l'activité des salles* ». « *On n'a pas la disponibilité qu'on voudrait avoir parfois, et c'est un peu notre faute* ». Si « *elles sont livrées à elles-mêmes, C'est vraiment un manque de temps* ». « *Quand on a beaucoup d'activités franchement, encadrer un élève c'est plus difficile, ça va plus vite qu'on fasse nous-mêmes* » et « *La charge de travail nous donne l'impression de pas l'avoir fait comme il fallait* ».

Les sages-femmes souffrent d'un manque de reconnaissance, ne se sentent pas suffisamment valorisées pour leur contribution, le travail et l'effort que nécessite l'encadrement. Elles regrettent que

l'encadrement ne soit « *pas forcément pris en compte* » dans leur travail. bien qu'il s'agisse d' « *une charge de travail supplémentaire* » ou d'un « *Jeu d'équilibristes* », leurs institutions ne les « *impliquent pas* ».

Les sages-femmes évoquent le « *manque de formation* », et l'« *absence d'outils* ». Elles insistent sur l'aide précieuse « *de l'expérience* ». Elles tentent de reproduire ce qu'elles ont vécu comme encadrement idéal pendant leurs études sachant que « *ça fait partie de tes attributions* ». Mais pour elles, « *ce n'est pas inné* ». Il existe une certaine résilience ou elles tentent de « *de faire au mieux* » « *avec les outils* » qu'elles ont à leur disposition. La formation initiale « *forme à faire notre métier* » mais ne « *forme pas à être des encadrants* ». En l'absence de formation les sages-femmes évoquent l'intention « *d'endosser le rôle d'encadrant* » mais avec « *des difficultés pour y arriver* ». Elles observent le compagnonnage entre pairs des étudiants avec une certaine « *frustration* » et « *déception* ». Ce dernier mettant en péril « *le couple* » qu'elles forment avec l'étudiant.

La création d'un climat d'apprentissage

Les sages-femmes semblent attentives à l'accueil réservé aux étudiants. Elles adoptent une attitude bienveillante vis-à-vis de l'étudiant dès le début de la garde. « *Ça les met plus à l'aise quand on va vers elle* ». Une grande majorité de sages-femmes s'attelle en début de garde à orienter les étudiants vers la physiologie et à leur proposer des situations adaptées à leur niveau d'études. Les objectifs des étudiants sont pris en compte afin d'adapter l'encadrement à ceux-ci. Beaucoup d'entre elles ont évoqué le souvenir de leurs propres études et l'accueil qui leur était réservé lors de la découverte d'un nouveau stage et de ce fait, elle « *accueille cette étudiante comme j'aurais aimé être accueillie, ou comme j'aimerais être accueillie dans une nouvelle équipe* ». Le climat d'apprentissage semble une priorité pour les sages-femmes.

Finalité du stage et le sens donné

Les sages-femmes ont à cœur de susciter pendant le stage la passion, la vocation et d'inculquer la valeur de la profession. Il faut « *qu'elle comprenne à quoi ressemble la journée d'une sage-femme au quotidien. Je pense que c'est comme ça que je les aide* ». « *Le stage, c'est vraiment l'occasion de montrer aux étudiantes la passion qu'on a pour ce notre façon de travailler et de donner cette envie d'accompagner les gens* ».

Elles sont persuadées que certaines dimensions ne peuvent être soumises à un enseignement théoriques uniquement. « *La bienveillance, ils ne l'apprennent pas à l'école, l'empathie avec la patiente, donc j'ai vraiment l'impression d'avoir un rôle là-dedans* ». « *L'intimité des patientes, toutes ces choses, c'est à nous de leur apprendre* ». Le stage serait un moment de révélation, « *ça me plaît ou ça ne me plaît pas* ».

La professionnalisation

L'encadrement apparait comme différent en fonction du niveau d'études. Les sages-femmes précisent qu'elle « *professionnalise en dernière année, on sait que d'un point de vue technique, les gestes techniques, ils sont acquis, on insiste sur la professionnalisation* ». « *On ne fait pas la même chose avec une élève en 5e année et/ou une élève en 2e année* ». « *On est plus dans l'encadrement, à mon sens, avec les étudiants de dernière année déjà ceux sont des pré collègues où on est dans une discussion de prise en charge, on n'est plus dans un apprentissage technique de gestes, donc, c'est une autre façon encore de les encadrer* », même si « *Elles n'ont pas la responsabilité, la responsabilité, c'est nous qui l'avons* » leur laisser de l'autonomie permettrait de leur donner confiance, « *les laisser faire des choses*

en autonomie tout en restant en garde-fou derrière, même pour elle, je trouve que ça leur donne confiance » et participe à la construction de l'identité professionnelle. La professionnalisation intègre une dimension éthique et déontologique et passe également par l'acquisition de compétences relationnelles et communicationnelles, indispensables pour établir une relation de confiance avec les patientes.

La transmission

Le terme de « *transmission* » ou de « *passage de relais* » a été évoqué à de nombreuses reprises. Tantôt pour signifier le rôle ou la tâche relative à l'encadrement. Mais aussi dans le but d'assurer la continuité et la fluidité dans l'accomplissement de leur « *mission* », tout en évoquant le caractère « *valorisant* » de celle-ci. Le plus important est cité par un grand nombre d'interviewés est de « *de transmettre notre passion* » et « *d'exprimer notre amour pour notre travail* ».

Elles trouvent de la satisfaction dans l'encadrement en observant « *la progression* » de l'étudiant. Ce serait le témoin d'un encadrement de qualité, un retour sur investissement. D'où l'intérêt pour la totalité des sages-femmes de l'identification d'un tuteur et de travailler régulièrement avec les mêmes étudiantes.

Le feedback

Le feedback est perçu par les sages-femmes comme une action pédagogique indispensable pour l'apprenant et l'enseignant. « *C'est indispensable* ». Elles le définissent comme une information donnée à l'étudiant à la suite d'une observation nécessaire à l'étudiant pour ajuster ou modifier son action « *C'est un retour d'expérience* » « *J'explique, point par point les dangers de ce qui est fait et pourquoi, qu'est-ce qu'il faudrait faire de mieux* » Par contre, elles avouent ne pas le faire de manière systématique « *Pas systématiquement* », « *C'est au cas par cas sur certaines gardes* » et surtout, elles estiment qu'il n'est pas indispensable « *Si tout s'est bien passé, il y a pas besoin d'y revenir* ». Il serait donc indispensable pour soulever les points négatifs.

Elles avouent que la bienveillance est nécessaire sans « *dévalorisation* », pour rendre compte à l'étudiant de ses erreurs, « *Sans être dans le négatif, sans être dans : c'était pas bien, t'es pas bien, t'as pas bien travaillé* », « *Mais je trouve qu'il est encore plus important, mine de rien, dans le négatif et que ce soit fait en bonne intelligence, pas que ce soit du cassage en règle et pas consigné par écrit* ». Et pourtant, elles se disent en difficulté quand « *c'est sur un comportement, j'ai plus de mal à expliquer à l'étudiante* » ou pour évoquer des points négatifs.

Celui-ci doit être rapide, « *Effectivement ça ne dure pas 3 h* », « *pas pour chaque acte, non, je n'imagine pas faire un feedback après chaque sondage* », mais « *Peut-être après chaque accouchement au moins* » et traditionnellement en fin de garde, si la disponibilité et le temps le permettent. Il débute en général par une question, « *Effectivement la traditionnelle question* » mais « *quand on peut, quand on a le temps* ».

Le feedback permet à l'étudiant une auto régulation, d'exprimer ce qu'il sait ou ne sait pas et pourquoi, communiquant ainsi à l'encadrant les informations nécessaires pour adopter de nouvelles stratégies.

Le manque de relation école/maternité

Le « *manque* » de « *relation* » entre le milieu académique (l'école) et le stage (les encadrants) fait particulièrement défaut et engendre divers problèmes évoqués par les sages-femmes. Un « *manque* » de coordination, de suivi et de soutien a été évoqué. Elles ont visiblement besoin d'une affirmation de « *l'importance de leur rôle* ». Les sages-femmes enseignantes ont pour elles un « *rôle primordial* » dans l'existence de ce lien.

Pistes d'amélioration suggérées

Les participantes proposent « *une rencontre annuelle* » avec l'équipe pédagogique de l'école pour responsabiliser les sages-femmes cliniciennes peu investies dans l'encadrement. Elles mettent en avant le besoin de communication et d'échanges d'informations réguliers, soit « *en visio ou par téléphone* », avec les sages-femmes enseignantes surtout en cas de difficultés repérées chez un étudiant. L'école semble être perçue comme l'autorité décisionnelle et sanctionnante en cas de difficultés. C'est la recherche de soutien et de collaboration pour renforcer leur « *crédibilité* » auprès de l'étudiant et valoriser leur rôle dans la formation des étudiants. Une sage-femme a évoqué la présence d'une sage-femme enseignante en horaire de jour, « *8/16h* » au bloc obstétrical. La reconnaissance dont elles ont tant besoin semble pour elles passer par une identification clairement définie de « *tuteur* ». Les sages-femmes réclament pour l'optimisation de l'encadrement, le suivi et l'individualisation de l'étudiant reposant sur l'existence d'un couple « *sage-femme/étudiant* », nécessitant un calque du planning de la sage-femme et de l'étudiant, permettant ainsi de vérifier la progression de l'étudiant. La nomination dans chaque établissement d'une « *sage-femme référente* » disponible pour les étudiantes semble également être une piste d'amélioration. Le « *besoin de formation* » a clairement été évoqué, soit un abord dans la formation initiale où un apport en formation continue. Elles souhaitent pouvoir améliorer leur « *feedback* » et avoir la possibilité « *de le faire rapidement* » à l'aide nouveaux outils et savoir mieux communiquer avec l'étudiant. Pour l'accueil de l'étudiant, elles proposent la rédaction d'un livret, pour faciliter l'intégration et la familiarisation de celui-ci. Selon les sages-femmes, l'étudiant pourrait consigner dans un carnet l'ensemble de ses actes, dans le but « *d'avoir une preuve* » de la progression et de l'évolution de ses apprentissages et de les « *quantifier* ».

Discussion

Limites de l'étude

Il existe un biais de recrutement dans notre étude quantitative. Bien que les étudiants se soient déclarés spontanément, ils sont tous issus de l'école de sages-femmes d'Amiens ou le chercheur est lui-même enseignant. Dans un souhait de conséquences éventuelles, on peut penser que les étudiants volontaires n'ont pas voulu décevoir l'enquêteur. De même, on peut penser que les sages-femmes cliniciennes volontaires pour le *focus group* sont des sages-femmes intéressées par le sujet de l'encadrement. L'existence d'un biais de mémorisation peut être présent sur certains thèmes, tels qu'une formation en pédagogie lors du cursus initial où l'information relatif aux missions d'encadrement lors de l'entretien de recrutement. Rappelons que certains de nos interviewés avaient plus de 15 ans de diplôme.

Notre étude quantitative monocentrique ne permet pas une généralisation des résultats.

Les points forts

La confrontation du point de vue des étudiants aux sages-femmes cliniciennes réalisant un encadrement régulier d'étudiants est un point fort et original. L'approche exploratoire quantitative a permis de contextualiser notre propos, de mesurer la perception des étudiants et de soumettre les sages-femmes à celle-ci. Cela renforce la validité et la fiabilité des résultats.

Cette étude met en exergue les difficultés liées à l'encadrement avec toute la complexité des compétences que celui-ci requiert. Il apparaît important de travailler sur la communication et sur la formation. L'absence de tuteur a clairement été identifiée par les étudiants et les sages-femmes.

Bien que cette étude mette en avant une perception positive de l'encadrement aussi bien du point de vue des étudiants que des sages-femmes cliniciennes, elle met en exergue les difficultés liées à l'encadrement avec toute la complexité des compétences que celui-ci requiert. Le clinicien expert, d'après Chamberland, se caractérise par la double compétence, la compétence clinique et la compétence pédagogique. La sage-femme clinicienne, dans son contexte d'exercice professionnel influence l'apprentissage de l'étudiant avec qui elle est en contact. Elle est un modèle de rôle pour l'étudiant (10). La discussion sera orientée sur des propositions d'actions.

Les sages-femmes évoquent différentes raisons pour répondre aux insatisfactions des étudiants comme des difficultés liées à la communication, au manque de temps et de disponibilité, à la fatigue, ou de la lassitude. La salle de naissance et ses activités régulières relevant de l'urgence est un frein à un encadrement optimal (17).

Plus de 20 ans après l'étude réalisée par Demeester, le constat est le même et les choses ne changent pas. Les sages-femmes de notre étude en sont conscientes. Les professionnels ne semblent pas plus engagés dans leur mission d'encadrement et cette dernière n'est pas valorisée. Elles expriment clairement un besoin de reconnaissance tant de leurs institutions que de l'école. Les objectifs de stages sont souvent méconnus et mal renseignés par l'école. Quant aux étudiants, ils subissent la surcharge de travail des sages-femmes et sont encore trop souvent accueillis comme des petites mains à qui l'on donne des consignes peu précises ou à qui l'on confie des tâches subalternes (29).

Dans la formation en alternance, il est attendu du clinicien qu'il joue un rôle prépondérant dans la formation de l'étudiant. Celui-ci n'est pas un simple encadrant mais un formateur (30). Il semblerait

que les sages-femmes confondent leur rôle de formateur et celui d'accompagnant. L'accompagnement, qui « dans une tradition culturelle de transmission des pratiques et, avec elle, une idée de continuité » ne suffit pas à rendre les tuteurs légitimes dans leur mission d'encadrement (31).

Le feedback, outil indispensable à la supervision clinique a largement été évoqué lors de nos 2 études (32). Ce temps d'échange essentiel à l'étudiant lui permet de fixer des objectifs à atteindre pour la progression de ses apprentissages et l'aide à mettre des stratégies en place pour s'améliorer. Les sages-femmes évoquent leur difficulté parfois à donner celui-ci et surtout le manque d'outils pour pouvoir le faire plus rapidement et efficacement. La bienveillance est indispensable pour progresser par l'intermédiaire de l'analyse des points forts et des points faibles conduisant à des recommandations concrètes pour la pratique future.

La légitimité et la reconnaissance dont les sages-femmes expriment le besoin sembleraient inévitablement passer par la formation et l'amélioration de la communication inter institutionnelle. En effet, il semblerait qu'il manque clairement de communication entre les sages-femmes de terrain, les sages-femmes enseignantes et l'école. Diffuser les valeurs pédagogiques et les bénéfices du stage clinique sont les missions de l'école. Il semble nécessaire de renforcer les liens existants entre l'école et les maternités accueillants des étudiants et pas uniquement le Centre Hospitalier Universitaire(CHU), pour faire preuve de cohésion.

Une formation en pédagogie semble nécessaire. Celle-ci pourrait soit être incluse dans la formation initiale rendu possible à l'aube de la mise en place de la sixième année dans le cursus maïeutique ou dans le cadre de la formation continue à caractère obligatoire au moins au Centre Hospitalier Universitaire. Elle permettrait d'initier et de renforcer la méthodologie de l'enseignement en milieu clinique, les techniques d'apprentissage du geste (grille de feedback, approche du raisonnement clinique, grilles d'évaluation formative, portfolio ...). La responsabilisation des sages-femmes cliniciennes dans leur mission d'encadrement passe également par la formalisation d'un statut de maître de stage et de clinicienne formatrice. Comme le précise Baudrit, les étudiants doivent être supervisés par des professionnels expérimentés et dont les compétences professionnelles sont avérées (33). L'étude de Otti menée au Benin met en valeur aussi le manque de compétences en méthodologie d'enseignement clinique de l'encadrement en stage (34).

Bien qu'ayant une méconnaissance de leur rôle de formateur et de leur rôle dans l'apprentissage des étudiants (35). La crédibilité d'un clinicien formé aurait un impact positif permettant de développer un modèle de rôle positif source d'inspiration et d'émulation pour les futurs professionnels.

Conclusion

Les résultats de nos 2 études ont confirmé nos hypothèses d'insatisfaction mutuelle. L'absence de valorisation des missions d'encadrement et le manque d'information relative à cette mission ont des conséquences négatives à la fois pour les étudiants et les sages-femmes. La perception des étudiants de leur encadrement est relativement positive et joue un rôle essentiel dans leur engagement et leur motivation. Les sages-femmes cliniciennes ont la volonté de « bien faire » et le souci d'exemplarité face à l'étudiant mais réclament une reconnaissance de la part des institutions. Le manque de temps et de disponibilité impacte la qualité de leur encadrement. Finalement la perception négative des étudiants et des sages-femmes semble souvent soumise aux aléas fonctionnels d'un service d'urgence comme le bloc obstétrical.

Le climat pédagogique évoqué est plutôt bienveillant. Les difficultés qui persistent aujourd'hui sont les mêmes qu'évoquées il y a 20 ans. En 2023, l'étudiant est au cœur de sa formation, il réagit et s'exprime. Une posture adaptée de l'étudiant semble avoir un impact dans la relation avec la sage-femme et concourir à la motivation de l'encadrant.

Le renforcement des liens inter institutionnels (école – lieux de stage) pourrait être un levier d'action pour améliorer la qualité de l'encadrement et la communication entre les cliniciens et les étudiants.

Le clinicien joue un rôle prépondérant dans la formation en alternance sur le développement des compétences et de la réflexivité de l'étudiant. L'impact positif qu'à le clinicien sur l'étudiant quant à sa manière d'agir et sa professionnalisation fait de lui un modèle de rôle. Cette étude ouvre sur l'hypothèse qu'une formation en pédagogie et en communication aux sages-femmes cliniciennes pourrait contribuer à une amélioration des conditions d'apprentissage en stage des étudiants en maïeutique.

Bibliographie

1. Bonnet C. Les trois étapes de la perception. In: Le cerveau et la pensée. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2014. p. 213-21. (Synthèse; vol. 2e éd.).
2. Merhan F, Ronveaux C, Vanhulle S. Alternances en formation. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2007. 7-45 p. (Raisons éducatives).
3. Denoux S. Apprendre en stage : situation de travail, interactions et participation. Éducation et socialisation. 2014;(35).
4. Malglaive G. Enseigner à des adultes: Travail et pédagogie. Presses Universitaires de France; 2015. 247 p.
5. Référentiel professionnel, situations cliniques et compétences [Internet]. CNP Maïeutique; 2023. Disponible sur: <http://cnp-sf.fr/wp-content/uploads/2023/05/Fiches-CNPSF-2022-03-23-8.pdf>
6. Ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>
7. L'encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat [Internet]. HAS; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat
8. Gonthier S, Ducher M, Fauvel JP. Comment évaluer le stress ? Conception d'un questionnaire par analyse lexicométrique destiné à évaluer le stress chez les sages-femmes. 2005;11(2):121-9.
9. Demeester A, Eymard C, Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. Revue française de pédagogie. 2012;181(4):43-54.
10. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005;6(2):98-111.
11. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. Academic Medicine. 1994;69(5):333.
12. Charte d'engagement maîtrise de stage en maïeutique [Internet]. ANFIC; 2016. Disponible sur: https://www.anfic-sages-femmes.fr/offres/file_inline_src/176/176_P_1473_5c7a6e3134b61_9.pdf
13. Houssaye J. Le triangle pédagogique: les différentes facettes de la pédagogie. 2e éd. Issy-les-Moulineaux [S.l.]: ESF éditeur le Café pédagogique; 2015. (Pédagogies).
14. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle: Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. L'Orientation scolaire et professionnelle. 2004;(33/3):475-6.
15. Vierset V, Frenay M, Bédard D. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur. 2015;31(2).

16. Phaneuf P. L'apprentissage/enseignement en milieu clinique. *Prendre soin*. 2012;31:1-33.
17. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*. 1 janv 2007;29(1):2-19.
18. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):184-91.
19. Ende J. Feedback in Medical Education-Reply. *JAMA*. 1984;251(10):1277.
20. Corbière M, Larivière N. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. PUQ; 2020. 738 p.
21. Pinard R, Potvin P, Rousseau R. Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*. 2004;24:58.
22. Dawson S, Manderson L, Tallo VL. Le manuel des groupes focaux. Boston, Ma: International Nutrition Foundation for Developing Countries; 1995. 102 p. (Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales).
23. Morgan DL, Krueger RA. Analyzing and Reporting Focus Group Results. SAGE; 1998. 164 p.
24. McCarthy B, Trace A, O'Donovan M, Brady-Nevin C, Murphy M, O'Shea M, et al. Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2018;61:197-209.
25. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback: Effective feedback in health professional education. *Medical Education*. 2010;44(1):101-8.
26. Bynum WE. Filling the feedback gap: the unrecognised roles of shame and guilt in the feedback cycle. *Med Educ*. 2015;49(7):644-7.
27. Marsollier C. Investir la relation pédagogique : Repères pour l'éthique de l'enseignement. *Chronique Sociale*; 2012.
28. Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. 2014-1585 2014.
29. Demeester A. Application de la démarche de résolution de problème: encadrement des élèves sages-femmes en salle de naissance. [Bobigny]: Paris XIII; 2001.
30. Menaut H. Tutorat et formations paramédicales: penser l'accompagnement tutorial. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2013. (Perspectives en éducation & formation).
31. Paul M, Fabre M. La démarche d'accompagnement: repères méthodologiques et ressources théoriques. 2e éd. revue et augmentée. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck supérieur; 2020. (Perspectives en éducation & formation).
32. Côté L, Laurin S, Sanche G. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2018. 81-109 p. (Guides pratiques).

33. Baudrit A. Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ? : Recherche en soins infirmiers. 2012;N° 111(4):6-12.
34. Otti A, Pirson M, Piette D. Perception des encadrants de stage du processus de gestion et de la qualité de l'encadrement pédagogique clinique en sciences infirmières et obstétricales au Bénin: Recherche en soins infirmiers. 2016;N° 123(4):77-88.
35. Davies S, Coldridge L. 'No Man's Land': An exploration of the traumatic experiences of student midwives in practice. Midwifery. 2015;31(9):858-64.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information et recueil de consentement

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude quantitative

Annexe 3 : Résultats étude quantitative et analyse du verbatim des 2 questions ouvertes

Annexe 4 : Questionnaire pré entretien collectif

Annexe 5 : Trame d'entretien étude qualitative

Annexe 6 : Codage des focus groups