

# AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET ENSEIGNEMENT DE SAGES- FEMMES

*« Notre responsabilité est toujours vers le futur » Jonathan*

*M.Mann,  
Professeur de santé et  
des droits de l'homme*

## INTRODUCTION

### POURQUOI REFORMER LES ECOLES DE SAGES-FEMMES ?

- Le constat : points forts et points faibles des écoles de sages-femmes
- La naissance d'une demande de réforme

### COMMENT DEFINIR UN PARADIGME PEDAGOGIQUE POUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES ?

- Qui doit enseigner les futures sages-femmes ? Les acteurs :  
Les sages-femmes et leurs partenaires
- Comment enseigner ?  
Le contexte et les valeurs fondamentales.

- Qu'enseigner ?
- Avec quoi enseigner et évaluer ?

La stratégie  
 Les connaissances,  
 les procédures  
 Les outils

## CONCLUSION

L'être humain qui est autonome est celui qui s'administre lui-même (Le Robert). Le concept d'autonomie est très bien défini aujourd'hui dans le domaine de la pédagogie. Ainsi Jean Vassilief (44,45) définit **l'autonomie** avec une première condition **la liberté**, c'est à dire que le formé dispose de son espace-temps, qui le mène à prendre conscience de la nécessité de s'interroger sur ce qui fait sens en lui. De là **une deuxième condition, l'authenticité** pour aboutir à un résultat : **la responsabilité**, par l'élaboration et la réalisation d'un projet « *lui-même résultant des choix personnels de l'individu et de ses stratégies d'intégration des contraintes de son environnement.* »

C'est un concept que nous qualifierons de prioritaire. Au cours de l'apprentissage, selon une progression, il est possible de développer une méthodologie permettant d'apprendre à apprendre, de s'auto - évaluer, de savoir se documenter, de s'initier à la recherche.

Pour l'ANFIC le principe d'autonomie dans l'apprentissage est l'axe essentiel du projet de réforme des études de sages-femmes, nous l'exposerons dans les valeurs fondamentales.

Il nous paraît essentiel d'énoncer que **la profession de sage-femme est une profession du lien entre les partenaires impliqués dans la périnatalité (pôle médical, pôle social, pôle psychique)**, ce titre permet d'ancrer une vision de la profession de sage-femme sous de multiples facettes et aussi de relier l'histoire de la profession à l'avenir.

Dans cet exposé nous nous proposons de présenter une réflexion sur un avenir possible de l'enseignement dans la formation des sages-femmes. Ces dernières années, nous avons constaté une évolution des mentalités : des jeunes étudiants, des besoins en santé de notre société ainsi que celle des organisations et des moyens financiers. Les méthodes pédagogiques n'y ont pas échappé. **C'est sur l'hypothèse que la formation modèle profondément une profession que nous fondons les principes exposés ci-après.**

En souhaitant nous éloigner de tout « jargon » pédagogique, nous souhaiterions interpellier nos pairs en faisant la promotion **d'un nouveau paradigme\* pédagogique** pour les sages-

femmes (largement influencé actuellement par les théories de la psychologie cognitive).  
Plusieurs questions émergent :

- |  |  |
|--|--|
| • <b>Qui doit enseigner les futures sages-femmes ?</b> | <b>Les acteurs :</b><br><b>Les sages-femmes,</b><br><b>Les partenaires</b>       |
| • <b>Comment enseigner ?</b>                           | <b>Le contexte et les valeurs</b><br><b>fondamentales</b><br><b>La stratégie</b> |
| • <b>Qu' enseigner ?</b>                               | <b>Les connaissances,</b><br><b>les procédures</b>                               |
| • <b>Avec quoi enseigner et évaluer?</b>               | <b>Les outils</b>  |

*Paradigme : ensemble de pré-supposés scientifiques, de postulats et de croyances, partagés à un moment donné par une communauté, qui fournit à celle-ci un cadre conceptuel pour formuler, comprendre et résoudre des problèmes(35).*

# **POURQUOI REFORMER LES ECOLES DE SAGES-FEMMES ?**

Nous envisagerons d'abord de dresser **un constat** incomplet sûrement, mais fidèle dans ses grandes lignes à la situation pédagogique des écoles :

## **Les points forts des écoles de sages-femmes**

- L'alternance précoce école-stages en milieu professionnel, permettant une immersion totale dans les champs du soin, de la clinique, l'immersion dans des systèmes organisationnels différents, et une responsabilisation importante (37)
- Des groupes d'étudiants restreints (16-32 par promotion) permettant une flexibilité de travail en petits groupes et « d'un accompagnement »\* (39) individuel
- Un enseignement en partenariat (médecins, spécialistes des sciences humaines, juristes...), nécessaire mais pas encore assez équilibré par rapport aux interventions des sages-femmes
- L'initiation à la recherche débutée depuis 1985
- L'organisation d'enseignements post-universitaires par les écoles
- La possibilité d'acquérir les compétences professionnelles dans les milieux clés de l'exercice des sages-femmes (hôpital, clinique, secteur libéral, protection maternelle et infantile)
- La récente réforme des études prévoyant une meilleure transversalité des unités d'enseignement et l'ouverture sur une formation multicentrique (centres périnataux type I, II, III)

## **Les points faibles des écoles de sages-femmes**

- L'enseignement pratiqué n'est pas connu et valorisé
- Les sages-femmes enseignent peu à leurs pairs
- La direction des écoles est bicéphale (médecin Directeur Technique et de l'enseignement et sage-femme Directrice), ce qui pose des questions sur le choix commun des orientations à travers deux logiques professionnelles différentes.
- Cet enseignement est encore basé très majoritairement sur des méthodes traditionnelles, sans mise en exergue systématique des actions novatrices existantes
- Les sages-femmes rapportent des vécus douloureux de leur formation (vécus de stage difficiles)
- De fait, certaines situations d'enseignement favorisent plus la suradaptation qu'une démarche de projet (ou l'étudiant se projette dans l'apprentissage)

- Des moyens en ressources humaines et matérielles souvent encore insuffisants pour le développement de lignes pédagogiques adaptées et novatrices, et par rapport à l'augmentation des quotas dans les écoles depuis les deux dernières années
- A noter la quasi absence d'évaluation des besoins en éducation dans les écoles et des recherches en pédagogie
- L'hospitalo-centrisme entraîne un apprentissage dans des services avec des taux de pathologie importants et des terrains de stage saturés, avec quelquefois un manque d'encadrement

*Accompagnement : le terme est employé avec tous ses sens induits : être écouté, orienté, conseillé, guidé, suivi, conduit, voire dirigé (39).*

Enfin avant d'envisager le champ pédagogique nous dirons quelques mots sur la **naissance du concept de réforme des études de sages-femmes**

## **La naissance d'une demande de réforme**

Pourquoi changer les écoles de sages-femmes ? Pour répondre et pour aider à soutenir les réflexions et la volonté de changement exprimée par les sages-femmes depuis quelques mois maintenant concernant l'amélioration de leur formation. Cette demande est généralisable aux étudiants comme aux professionnels. Les débats engagés pourraient générer une contre-culture (des contre-cultures), « lieu de changement de paradigmes, de changements profonds dans la vision et dans l'agir » (Michel St-Germain, 51).

Deux interrogations sont posées :

1. **Les structures** : un développement du cursus des études de sages-femmes selon un cursus universitaire et la construction d'un corps enseignant adapté au nouveau statut professionnel demandé et à l'université (22). Une demande **d'évolution de carrière** est nettement exprimée avec bien sûr un souhait de valorisation des salaires (57,58,59,60) soulignant la demande de reconnaissance à propos des responsabilités professionnelles (56), mais aussi le désir de créer un corps de sages-femmes diplômées dans des spécialités nécessaires au développement de la profession dans toutes ses dimensions.
2. **Les méthodes pédagogiques et la dynamique du programme** : les mentalités des étudiants ont complètement changé, les nouvelles générations sont plus matures, utilisent de nouveaux moyens de communication, et demandent des modèles d'enseignement et d'apprentissage coopératif. Ceci n'est pas étranger au courant de responsabilisation sociale actuelle de l'individu.

**Le large mouvement de grève a fait surgir des opinions et des débats.** Des questions nouvelles ont été posées : les responsables (direction des services et des écoles) doivent s'appliquer à y réfléchir pour participer à la définition de nouveaux objectifs et à des projets pour la profession. A noter qu'une réflexion collégiale est souhaitable pour prévenir l'émergence de conflictualités locales et le risque d'entériner des inégalités entre les centres de formation. En réponse nous pouvons espérer la construction de projets négociés et contractualisés (B. Charlot,30) basés sur des valeurs fondamentales, ainsi que la mise en place d'une **évaluation** nous permettant, dans le suivi de la réforme, de corriger des erreurs potentielles et de continuer d'adapter l'enseignement aux besoins professionnels et communautaires (avec entre autre la création d'une instance d'évaluation).

A travers ces interrogations L'ANFIC entend:

**Des demandes de changement**, sans nier les immenses qualités de l'apprentissage professionnel actuel, les points faibles de nos écoles se heurtent à l'évolution sociale (des étudiants, des enseignants, des usagers, des concepts de santé et de leur gestion) et aux développements scientifiques (14, 15,23) (la multiplication des connaissances médicales et le développement de la pédagogie médicale dans le courant général de réforme de l'éducation). Il en résulte que l'on ne peut plus apprendre comme il y a quelques décennies (32,43). Nous y reviendrons.

Enfin nous constatons :

**1. La participation des étudiants sages-femmes à la véritable « révolution mentale » qui est de conduire « sa formation ». Les étudiants expriment leurs besoins et pour cela depuis quelques années ils ont reconstruit leur voie associative et de fait leur droit et leurs forces d'expression**, par le biais de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes et de ses revendications: création de passerelles (équivalence du diplôme d'auxiliaire de puériculture pour les étudiants sages-femmes ayant validé leur première année d'étude, point obtenu, 9), accès à la maîtrise de science et de biologie médicale (obtenu aussi, 3, 11), un nouveau mode de recrutement (par PCEM 1 – réforme en cours – 12, 19) et le statut étudiant en attente. En effet, le constat du stress intense quelquefois des études, peut laisser la place à des innovations dont le point de départ est d'accepter que les étudiants sont susceptibles de conduire leur formation, ce qui est pour J. Beillerot « un véritable signe de révolution mentale : comment celui qui ne sait pas peut-il savoir ce qu'il doit savoir et comment ? » (47).

**2. L'impact des évolutions scientifiques :**

- la multiplication des connaissances dans tous les champs
- le développement d'une médecine de pointe, très technicisée
- l'émergence de problématiques éthiques et enfin,

- l'évolution de la pédagogie médicale basée sur des études scientifiques, qui aujourd'hui en France s'illustre par la réforme de plusieurs centres universitaires, centrée sur les besoins des étudiants et les formes d'apprentissage permettant de dynamiser les potentiels des apprenants. Ceci en essayant de garantir un investissement au delà de la formation initiale. Cette évolution repose largement sur les travaux des sciences cognitives (32, 43).

Face à tant de changements nous voyons bien le besoin d'établir un **projet de qualité optimale** des études de sages-femmes.

Bien sûr les voies de réforme seront « multiformes » et susceptibles de nouvelles mutations. Nous n'échapperons pas non plus totalement aux phénomènes de résistance.

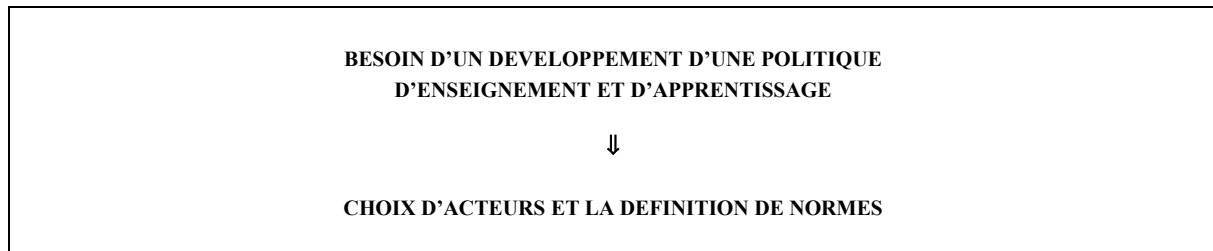
Se définir sur **un courant pédagogique** nous entraînera vers des choix de formation pour les enseignants et dans l'avenir nous l'espérons sur des choix architecturaux (salles adaptées aux petits groupes) des centres d'enseignement selon la pédagogie envisagée (49), telle **la pédagogie différenciée** : méthode d'enseignement s'efforçant de s'adapter aux différences individuelles dans les procédures d'apprentissage en utilisant des moyens et un conseil méthodologique diversifiés. **Actuellement le mode pédagogique dominant des écoles de sages-femmes** est le mode traditionnel avec 80 à 90% de **cours magistraux** pour le temps passé à l'école, et l'apprentissage sur le terrain (**les stages**).

La réforme ne pourra pas être menée sans une étude des **coûts** de nos propositions auprès des responsables politiques et institutionnels (49, 51).

# COMMENT DEFINIR UN PARADIGME PEDAGOGIQUE POUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES ?

## Qui doit enseigner les futures sages-femmes ?

Tableau I



## Les acteurs : les sages-femmes et leurs partenaires

A la suite des travaux de la profession et des travaux du Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes, l'ANFIC a projeté : les normes souhaitables pour composer un corps enseignant spécifique. Nous en reprenons ici les grands traits :

### Bases de propositions :

- Les enseignants sages-femmes pourront tous accéder à une **activité clinique, selon leurs choix et leurs missions (temps de mandat) (32)**
- La profession de sage-femme recouvre une **expertise professionnelle** (l'obstétrique eutocique) et doit développer un corps enseignant autonome (dans le sens que les sages-femmes s'auto-enseignent) pour l'enseignement de toutes les connaissances spécifiques de la sage-femme
- Les **compétences partagées** orientées sur la pathologie (enseignement nécessaire au dépistage des risques) et sur les domaines spécialisés seront enseignés en partenariat par les professionnels concernés, les médecins, les professionnels spécialisés en psychologie, sociologie, droit...
- Nous préconisons une **professionnalisation pédagogique des enseignants** d'après les recommandations du cercle des experts en pédagogie médicale du CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression



Française), ces propositions s'étendant à tous les acteurs dans le champ de la santé (30) :

***Formation pédagogique de niveau 1*** : compétence minimale à toute personne ayant accès à l'enseignement nécessitant 2 à 3 jours de formation

***Formation pédagogique de niveau 2*** : il s'agit d'être capable de planifier, réaliser et évaluer une activité de formation, nécessitant au minimum 15 journées de formation

***Formation pédagogique de niveau 3*** : enseignants possédant une connaissance approfondie en pédagogie (formation de formateurs, animation pédagogique, développement d'innovations, recherche pédagogique), nécessitant un minimum de 3 mois à temps plein de formation

Cette professionnalisation est déjà en cours.

Cette professionnalisation s'appuie sur le développement scientifique des sciences de l'éducation qui place au centre des actions de formation : la **pédagogie active, axée sur les besoins de l'étudiant** et basée sur les découvertes en psychologie de l'apprentissage.

La mise en place d'une réflexion sur la formation d'une profession doit se faire en tenant compte de son **environnement**, des **objectifs de périnatalité** et des besoins en santé des bassins de population, ce qui amène au questionnement sur la démographie des sages-femmes. Une augmentation du numerus clausus dans les écoles se poursuit depuis deux ans, seulement les moyens pédagogiques sont à leurs limites maximales (personnel enseignant, locaux...). Une évaluation ministérielle des moyens d'accueil a été faite, des moyens financiers devraient être alloués (Conseil de Perfectionnement novembre 2001).

**Une période de mesures transitoires** doit être étudiée pour permettre aux écoles actuelles (écoles initiales et école de cadres), de réaliser une réforme en profondeur du système d'enseignement. Cette réforme doit s'initialiser après une réflexion et des adaptations sur les statuts actuels des personnels (**validation des acquis professionnels par exemple**).

Tout le **corps des sages-femmes est concerné par la réforme des études** de sages-femmes. L'ensemble des sages-femmes doit pouvoir accéder à une information complète sur ces propositions et sur les travaux en cours. L'histoire de nos écoles est complexe, leur fonctionnement a beaucoup évolué depuis l'introduction du nouveau programme en 1985 et de l'écriture d'un mémoire. La naissance de nouvelles capacités et l'évolution des mentalités ont transformé le monde étudiant, pour aboutir aujourd'hui aux demandes actuelles.

Ceci s'est opéré au moment de la mise en place de **la réforme du contenu du programme des études** réalisée sous l'égide de l'Association Nationale des Enseignantes Françaises et de l'Association des Directeurs Techniques et d'Enseignement (réforme à laquelle tous les

représentants des associations et des syndicats de la profession ont participé dans le cadre du comité de pilotage). Cette réforme est discutée au Conseil de perfectionnement des sages-femmes depuis décembre 2000 – elle prévoit un cursus d'études divisé en deux « phases » de 2 ans, les compétences à atteindre et les modalités d'évaluation. Les associations d'enseignement doivent maintenant établir un calendrier de travail sur les méthodes pédagogiques.

D'autre part, depuis l'introduction de la **recherche** dans les écoles de sages-femmes en 1985, il s'est développé un vaste champ d'études et une richesse de propositions qui à ce jour sont très peu exploités.

Soulignons enfin qu'un certain nombre de sages-femmes (chiffre non connu à ce jour), possèdent des diplômes universitaires : Maîtrise, DEA ; DIU, DU.

**Trois types d'enseignants peuvent être proposés dans le cadre de la demande de réforme :**

**1. Les dirigeants des unités d'enseignement :**

- Sages-femmes gestionnaires des unités d'enseignement (niveau pédagogique 2 ou 3 recommandé)
- Sages femmes experts en pédagogie (niveau 3)

**2. Les sages-femmes enseignantes possédant un domaine d'expertise et prenant une fonction permanente d'enseignement après avoir accédé à :**

- une maîtrise
- ou un DEA, ou un DESS, (niveau pédagogique 2 recommandé, niveau 1 obligatoire)

Ex : santé publique, biologie, droit, psychologie, économie de la santé... Ces sages-femmes assureraient l'enseignement dans leur spécialité et l'encadrement en stage si cela se présentait. Cette évolution professionnelle est désormais possible entre autre grâce à l'accès à la maîtrise de sciences biologiques et médicales pour les sages-femmes (3,11).

**3. Les sages-femmes praticiennes** pouvant assurer des cours ou un encadrement en stage : hospitalières, territoriales, libérales maîtres de stage (niveau pédagogique 1 recommandé).

Le nouveau programme veut éviter l'hospitalo-centrisme, les sages-femmes de tous les secteurs devraient donc être amenées à enseigner et/ou à encadrer les étudiants. Ces interventions seraient basées sur la **motivation personnelle**.

Toutes les sages-femmes participant à l'enseignement devraient être rémunérées (cours, travaux dirigés, groupes de raisonnement clinique et le secteur libéral).

L'enseignement par des sages femmes possédant un DU ou un DIU devrait être facilité (Ex : échographie, grossesses pathologiques, diagnostic anténatal, protection maternelle et infantile...).

Ces propositions doivent entraîner à terme de :

- Revoir le statut du personnel des écoles : des acteurs de direction et d'enseignement. Les rôles de chacun doivent être redéfinis. Avec l'objectif pour les écoles de l'appropriation de l'enseignement par les sages-femmes dans leur domaine d'expertise. Les champs de leurs actions doivent être réexaminés.
- Etudier la place de l'expertise médicale pour l'enseignant sage-femme. L'exercice négocié d'une activité clinique et/ou de recherche - en dehors des évaluations pratiquées dans les stages auprès des étudiants, doit être statué.
- Etudier la position des enseignants possédant le Certificat Cadre sages-femmes ou d'autres diplômes doit aussi être reconsidérée.

## **Comment enseigner ?**

### **Le contexte :**

- **La sage-femme**

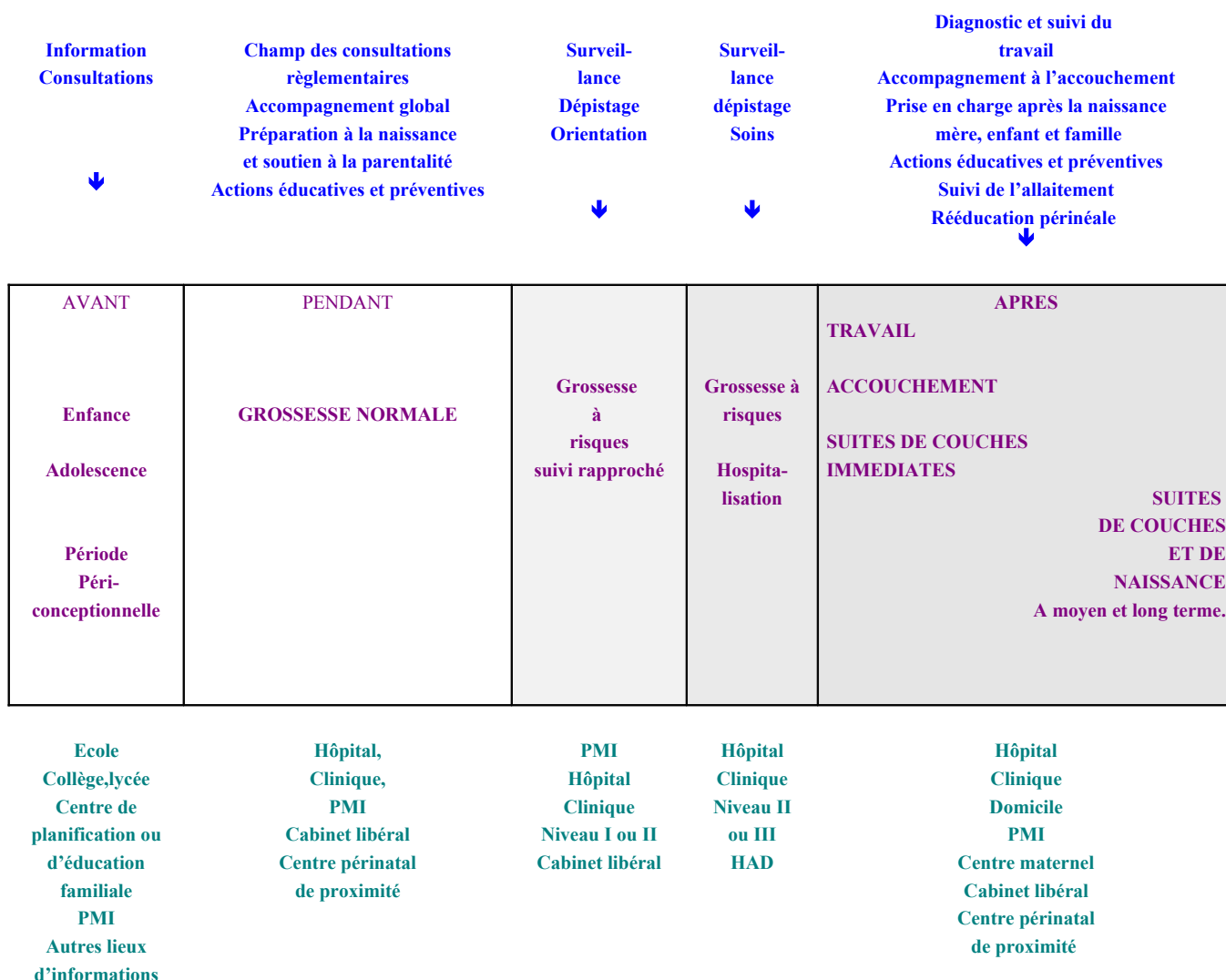
La pratique médicale d'aujourd'hui revient aux mains de professionnels de plus en plus spécialisés du fait des connaissances scientifiques croissantes (32). Ce reflet est vrai pour la pratique de la sage-femme, comme par exemple dans le champ de l'échographie et du diagnostic anténatal.

La sage-femme est néanmoins le professionnel de santé clé en ce qui concerne la surveillance de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et des suites de naissance (Loi 1982). Le champ spécifique de la sage-femme est la prise en charge globale de la mère, de l'enfant et de la famille, du pré au postnatal. C'est à dire qu'elle doit:

1. Assurer la prévention, l'information et l'éducation des familles à travers des programmes d'actions consensuels dans les domaines de la sexualité, de la fécondité, de l'infertilité et de la reproduction
2. Participer à la sécurité physique et psychologique du couple et de leur(s) enfant(s) lors de la préparation à la naissance en pré, per et postnatal et dans tous ses autres actes professionnels
3. Assurer le dépistage et le diagnostic des situations à risque médical, psychique et social afin d'orienter les patientes vers une structure d'accueil et /ou un niveau de soin adapté
4. Pratiquer les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals pour la mère et l'enfant selon ses compétences, dans le respect de la physiologie
5. Collaborer avec les équipes obstétrico - pédiatriques et l'ensemble des acteurs de santé dans les domaines de la reproduction, de la périnatalité et de la petite enfance
6. Participer à des programmes de recherche et d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins
7. Participer aux actions de formation et d'encadrement des étudiants, des sages-femmes et/ou des autres professionnels

Les champs d'intervention médico-psycho-sociaux de la sage-femme dans le champ de la périnatalité peuvent se résumer sur un **schéma temporel** :

Tableau II Schéma temporel des champs d'interventions des sages-femmes



- **La périnatalité**

L'autonomie et la déontologie professionnelles sont réglementées dans le cadre du Code de la Santé Publique\*(*article 415-1 du Code de la Santé publique*) et du Code de Déontologie des sages-femmes.

La place de la sage-femme s'inclut dans la dynamique du Plan de Périnatalité défini par le Ministère chargé de la Santé en 1994 :

☒ Pour l'amélioration du suivi pré, per et post-natal des mères et des nouveau-nés en fonction de leurs facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociale

☒ Au cœur de l'adaptation des lieux de naissance aux risques obstétricaux et pédiatriques par la création de réseaux ( avec ses pairs, avec les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les anesthésistes et l'ensemble des autres acteurs du champ de la périnatalité (5). En privilégiant les contacts avec les médecins généralistes, les puéricultrices, les associations de soutien des familles et les usagers). De nombreux liens sont à construire.

La zone de compétences partagées (suivi de la grossesse avec les médecins, allaitement maternel avec les pédiatres et les puéricultrices, rééducation périnéale avec les kinésithérapeutes, par exemple) et le nécessaire consensus entre les professions attachées au domaine de la périnatalité demande l'établissement de **référentiels des compétences sages-femmes, structurés et négociés** pour être acceptés et utilisables de façon dynamique (l'ANFIC a réalisé dans cet esprit un travail sur l'enseignement et l'accompagnement de l'allaitement). Les critères de ces référentiels doivent pouvoir être discutés, sans toutefois risquer d'aboutir à un profil-type de professionnel, mais au contraire mener à « une démarche participative où les systèmes de valeurs qui animent le métier pourront être débattus »(26).

De plus il faut insister sur l'intermédiation nécessaire, entre les différentes logiques professionnelles (hôpital, clinique, protection maternelle et infantile, exercice libéral). Elle est devenue l'essence du nouveau schéma d'organisation de la santé en réseaux, en application des recommandations des pouvoirs publics avec les institutions de référence. Par exemple, la sage-femme :

☒ Prend en charge les consultations obstétricales dans les trois dimensions médicale, psychologique et sociale

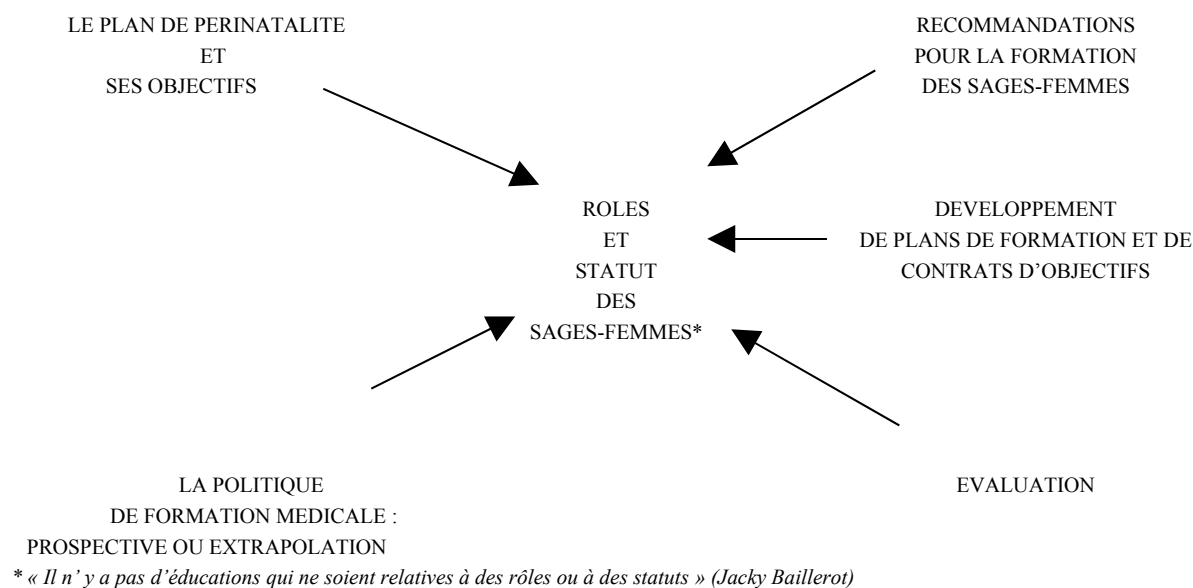
☒ Est le pilier de la surveillance et des soins en salle de naissance : elle a une action essentielle dans la diminution de la mortalité maternelle et périnatale

☒ A un rôle en périnatalogie qui n'est pas toujours connu et nous pouvons avancer qu'il est quelquefois sous utilisé. Les écoles de sages-femmes préparent les futures sages-femmes à des compétences pédiatriques telles que :

- La compréhension et le dépistage du handicap : la formation à l'examen neurologique du nouveau-né en fait partie
- Le dépistage des situations à risque dans le post-partum avec les problèmes d'adaptation à la vie extra-utérine : le premier examen du nouveau-né en salle de naissance, la surveillance et les soins en suites-de-couches est de la compétence de la sage-femme qui en réfère au pédiatre.
- Le dépistage des critères de vulnérabilité : une ouverture médico-psycho-sociale existe au cours des stages et de la démarche clinique
- L'accompagnement de l'allaitement : actions d'information et de prévention prioritairement

Cette formation peut permettre une collaboration efficace avec les pédiatres et rentre bien dans le constat du besoin de définition des rôles complémentaires des différents professionnels, comme cela a été posé au cours de la 5<sup>ème</sup> Conférence régionale de santé d'Ile de France du 23/01/2001 à propos des « besoins de prise en charge des nouveau-nés en maternité, notamment par les pédiatres de maternité. Le rôle des sages-femmes et des puéricultrices doit être approfondi ».

**Tableau III**



## **Les valeurs fondamentales de la réforme du cursus des études de sages-femmes :**

**Les valeurs sous tendent les exigences de qualité, de haute performance médicale, d'éthique et d'approche psycho-sociale du projet de réforme.**

### **Développer l'autonomie dans l'apprentissage :**

L'apprentissage doit **correspondre aux futurs fonctions et compétences** professionnelles ; leur déclinaison en tâches et objectifs dans les unités d'enseignement doit permettre de fournir aux étudiants de comprendre la valeur des tâches demandées, soutien essentiel de leur motivation. Développer son autonomie, c'est se poser en acteur vis à vis de ses futures compétences. C'est acquérir une réflexivité sur les problématiques de la profession et sur les autres professions en lien avec les activités de la sage-femme : le soin, les sciences médicales, la santé publique, l'éthique, la psychologie, la déontologie étant autant de champs contributifs. C'est enfin, être capable **d'auto évaluation**, ceci dès le début de l'apprentissage.

## **S'adapter aux besoins de santé de la société et des individus :**

Si la formation des sages-femmes change de paradigme, c'est pour mieux s'adapter aux besoins de santé de la société et des individus. A travers la reconnaissance du droit à la santé pour chacun, l'OMS recommande la mise en place de cette mission dans toutes les réformes d'enseignement s'adressant aux acteurs de la santé (38). La contextualisation\* précoce dans l'apprentissage en est une des illustrations. Ceci nous permet de dégager une troisième valeur fondamentale :

## **Enseigner selon les concepts de globalité :**

si l'on s'appuie sur la définition de Gabriel Bez (50) ces concepts peuvent se décliner selon deux champs :

- La **prise en charge globale** : qui demande d'apporter une attention véritable à l'individu dans tous ses aspects.
- **La mondialisation et l'interdisciplinarité de l'approche globale pour une vision systémique des situations cliniques.** Les évaluations dans le champ de la périnatalogie deviennent la base de réflexion des recommandations cliniques. Les consensus qui en découlent doivent être réinvestis dans la formation des acteurs de santé.

Enfin les projets pédagogiques doivent aussi tenir compte des finalités morales, éthiques de la société et de la profession (Droits des patients, Lois bioéthiques, Code de la Santé Publique, Code de déontologie) :

*\*contextualisation : acquis des connaissances à travers des exemples et des problèmes correspondant au futur champ d'exercice.*

## **Développer le sens de l'humanisme :**

Agir auprès des patients demande le développement et l'acquis de **valeurs morales, les outils pédagogiques employés doivent permettre de les acquérir.** L'exercice de la médecine demande une conscience extrême et la mise en place d'une confiance réciproque, soignant-soigné et soignant-soignant. L'émergence de nouvelles problématiques de santé comme le SIDA, la prédictivité des anomalies fœtales (20, 42, 55), l'évitabilité des morts maternelles et périnatales, impliquent comme le dit Emmanuel Hirsch de développer le sens de la prévention : « Je conçois la prévention comme l'expression d'une prévenance, d'une



attention, d'un souci de soi et de l'autre » (50), où chacun « doit comprendre et négocier selon sa conscience et sa sensibilité ». Cette notion de prévention implique, obligatoirement, la mise en place d'espaces dans les enseignements pour « les enjeux d'humanité », au-delà des seules nécessités médico-sociales, pouvant être aléatoires, précaires et sommaires. Des mêmes préoccupations soulignons le paradoxe d'instaurer un soin optimal à chaque personne, tout en devant suivre les intérêts de la santé publique (coût de la santé), comme le souligne Ricoeur (41) « le fossé ne peut que se creuser entre la revendication d'une liberté individuelle illimitée et la préservation de l'égalité dans la distribution publique des soins sous le signe de la règle de solidarité ».

### **Dans le contexte de la réforme du programme l'ANFIC a émis des objectifs généraux pour sa réalisation (13), Cf. Tableau IV :**

**Tableau IV : Objectifs généraux pour la réforme du cursus des sages-femmes**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une mise à plat de la situation antérieure</li> <li>• Négocier les grandes orientations de la stratégie d'apprentissage (soutien à la motivation, aide à l'autonomie, sens de la valeur des tâches, pédagogie active, soutien de la motivation, aide à l'autonomie, sens de la valeur des tâches pour l'étudiant...)</li> <li>• Définir les objectifs généraux de la formation des sages-femmes (à l'aide des missions, des compétences...)</li> <li>• Définir des objectifs par niveau de cursus, par module et par stage avec instauration d'une progression</li> <li>• Adapter le texte de la formation clinique minimale</li> <li>• Modifier les méthodes pédagogiques en les adaptant à l'étudiant</li> <li>• Elaborer une stratégie d'apprentissage des acquis nécessaires à l'atteinte de l'expertise professionnelle et une stratégie d'évaluation</li> <li>• Redéfinir les contenus du programme selon les besoins analysés d'après le champ de compétences des sages-femmes et l'évolution du contexte scientifique et de la santé publique</li> <li>• Définir une politique de pédagogie des stages</li> <li>• Enoncer les buts et les recommandations pour l'initiation à la recherche</li> <li>• Inscrire la réforme des études de sage-femme dans une réflexion économique (budget alloué aux écoles pour la réforme, coût de l'étudiant comparé à d'autres étudiants...)</li> </ul>
--

Ainsi nous étions parvenus à dégager cinq points de stratégie pour la construction du nouveau programme, nous en exposons ici les grands traits :

### **La stratégie d'apprentissage :**

#### **Premier point :**

#### **« L'étudiant au centre de l'apprentissage »**

L'acceptation de cette formule demande la mise en place d'une réflexion de fond au sein d'un projet d'école ; le système doit instaurer **l'appropriation de la formation par l'étudiant, et viser la prise en charge dans sa vie professionnelle de sa future formation continue**. Dans ce cadre, l'apprentissage est conçu comme une construction personnelle (52). La justification

principale de ceci est en retour, comme l'a dit Rogers, le développement de « la capacité à se centrer sur le patient » à son écoute, en lui fournissant des soins à la pointe des progrès médicaux et des nouvelles techniques (21).

Pour cela certains points doivent particulièrement attirer notre attention et profiter de nos efforts:

- l' **accueil** au sein des écoles devrait informer les étudiants des spécificités de la profession mais aussi les rassurer et préciser les valeurs fondamentales ;
- l'**intéressement immédiat** (comme l'enseignement obstétrical précoce), la notion de **droit pédagogique** « le temps appartient aux étudiants » ;
- la **pédagogie active** sur la base de contrats d'**objectifs** et à l'aide d' **outils diversifiés** avec la création d'un **module d'initiation** des étudiants à ce fonctionnement, pour en démontrer l'efficacité, ainsi que les principes et les règles de régulation qui leur seront proposées (46, 48, 49) ;
- la **pédagogie des stages** : initier les étudiants à la négociation nécessaire pour devenir acteur de son apprentissage ;
- l'aide à la **formulation d'objectifs personnels** : l'initiation à la gestion des processus personnels et interpersonnels doit se faire dès le début du cursus et se poursuivre au cours de toute la formation ;

*Tableau V. Construction d'objectifs personnels. N. Mesnil (37)*

Pourquoi faut-il construire des objectifs personnels ?

1. Pour prendre en charge votre apprentissage
  2. Pour vous aider à progresser à votre rythme
  3. Pour personnaliser votre travail
  4. Pour rendre adéquates vos actions aux événements et aux particularités du stage d'accueil
  5. Pour réaliser une recherche personnelle
- l'entraînement à l'**auto-évaluation** et à l'**évaluation de l'enseignement reçu** (par séquence, en fin d'année et en fin de cursus), en mettant en valeur l'exploitation qui en est faite pour l'adaptation de la formation aux besoins des étudiants, « quelle procédure j'ai suivie ? Qu'est-ce qui justifie ma proposition ?... » (47) ;

Dans ce contexte, la **stratégie des enseignants** va tourner autour de l'écoute, de la communication, des méthodes d'apprentissage aujourd'hui clairement définies (29, 43, 52) par les sciences cognitives ( se projeter, savoir raisonner, savoir se documenter...), dans un contexte de travail enrichissant adapté au progrès médical, aux changements sociaux et politiques - approche sanitaire -, à la personne soignée, et à la responsabilité - champs professionnel et juridique, -. En ressources humaines, Toussaint affirme que le formateur est « un réalisateur, une personne de contact qui comprend à demi-mot, ... qui est tenace, modeste et imaginaire » (51).

De plus, **le formateur** a comme responsabilité de respecter les émergences de **l'histoire de vie (curriculum)** de l'étudiant et de le guider tout au long de son cursus : « une posture pédagogique complexe » comme le dit Luc Pasquier (39). Les difficultés de vécu des stages doivent être entendues et régulées. Des techniques spécifiques existent pour gérer la communication enseignants – enseignés. Elles devraient faire partie de la formation continue des enseignants, pour fournir un contexte d'apprentissage le plus sécurisant possible, et soutenir les questionnements des formateurs ; « ...nous savons combien les parcours éducatifs sont marqués par des difficultés, des efforts, des épreuves, pour le sujet apprenant mais aussi pour le formateur ! » (21). « L'accompagnement » du projet individuel, dépend donc de l'engagement du formateur, de ses valeurs humanistes, il s'agit d'un véritable processus que chacun doit exercer en toute liberté.

### **Deuxième point :**

#### **Stratégie des actions de planification des enseignements et évaluation des acquis :**

**La définition du contenu des études** doit inclure un tri dans l'acquisition des connaissances. L'extension des savoirs scientifiques est aujourd'hui immense. La réforme du contenu du programme (cursus en 4 ans) qui vient d'être réalisé a déjà permis une sélection(32). Au delà des choix prioritaires doivent être faits, principalement par le tri des situations pathologiques les plus fréquentes pendant les périodes pré, per et post-natales. Ce tri peut se faire par exemple à partir du système PUIGER (33) dans le contexte d'exercice de la sage-femme (six critères pour chaque thème sont examinés : la Prévalence, l'Urgence, l'Intervention, la Gravité, l'Exemplarité pédagogique, la Répercussion sociale). L'analyse d'incident est aussi une façon d'approcher les problématiques professionnelles et d'améliorer les pratiques et les attitudes.

Une construction du programme **en spirale et modulaire** nous semble souhaitable(49). La planification doit prévoir des temps d'alternance et de la place pour les travaux des étudiants. **Les thèmes d'enseignement selon les valeurs établies se basera d'après les compétences de la sage-femme** (évoluant dans le temps d'après les progrès scientifiques, les recommandations sanitaires et les objectifs de périnatalité). L'atteinte d'un niveau minimum des connaissances doit être garanti et une progression des acquis définie (échographie, rééducation périnéale), dans un cadre de gestion et de responsabilisation (prise en charge du fonctionnement des activités de consultation, de management de la salle de naissance et des suites de couches). Un concept défini de l'évaluation doit y être adjoint (35).

### **Troisième point :**

#### **Stratégie de formation clinique :**

Elle vise l'expertise professionnelle, l'acquisition d'une autonomie dans la gestion de son apprentissage (voir les outils).

Depuis la création des écoles de sages-femmes, l'accompagnement clinique des « apprentisses », puis des « élèves », puis des « étudiants » a été un atout majeur de la formation ; de grands noms de sages-femmes ont été attachés à cette pratique comme Madame Le Boursier du Coudray, Madame Lachapelle (fille de Madame Dugès) fondatrice de l'Ecole de sages-femmes sur le site Port-Royal auprès de l'accoucheur Baudelocque.

Il est prouvé scientifiquement que la contextualisation précoce (apprentissage des sciences fondamentales à travers des cas cliniques) au cours des études augmente les phénomènes de mémorisation, mobilise l'étudiant, qui à travers l'action pédagogique des enseignants devra être amené à développer les compétences indispensables à l'activité professionnelle ( d'après Blin, 26):

- « L'observation et l'analyse des situations professionnelles
- L'appropriation des procédures d'analyse des pratiques et de leurs effets
- La résolution des problèmes en situation d'urgence
- L'initiation aux démarches collectives (poser des problèmes, proposer des solutions, en débattre et fixer des décisions collectives)
- La construction d'une éthique professionnelle (sens, valeurs et finalités)
- L'initialisation à une démarche active et autonome de formation pour le développement d'un esprit permanent de formation afin d'aboutir à une conception dynamique et responsable de la formation continue. »

L'**apprentissage clinique**, devrait être réalisé en lien avec les connaissances actuelles sur l'apprentissage. Au delà des mécanismes de mémorisation et des automatismes, le formateur doit vérifier les capacités à résoudre des problèmes de l'étudiant et si celui-ci peut en assurer le transfert (dans d'autres situations), les liens établis, et les associations, cette démarche est fondamentale. Ceci se base sur le dialogue pédagogique, l'échange, c'est un travail de longue haleine, les étudiants ayant des cheminements divers (voir les outils) et des modes cognitifs différents.

#### **Quatrième point :**

#### **Stratégie de pédagogie des stages :**

Une réflexion doit être engagée sur **la répartition des stages** entre les différents niveaux de soins maternels et néonataux. En effet l'apprentissage en début de cursus dans des centres de types I et II devrait être priorisé, afin de centrer les apprentissages sur plus de physiologie. De

même, il serait souhaitable d'étendre les stages à tous les champs de compétence de la sage-femme, ce qui implique de **développer des partenariats**, par exemple avec la protection maternelle et infantile et le secteur libéral (la question d'une rémunération peut se poser). Par ailleurs certaines formations spécifiques se heurtent à la surcharge des stages hospitaliers, nous pensons particulièrement à l'échographie, la rééducation périnéale, la préparation à la naissance. Le nouveau programme de 2001 devrait permettre la mise en place d'une stratégie au niveau national et ainsi légitimer l'ouverture de stages.

La **mobilité** future des étudiants sages-femmes sera liée à la diversité des milieux de stage fréquentés au cours du cursus et au niveau d'implication personnelle.

Une cartographie des **ressources** pourrait être initialisée pour une meilleure utilisation des potentiels de stage dans chaque région et pourquoi pas y inclure l'Europe.

### **Une révision des actes minimaux en formation clinique des sages-femmes devrait aboutir à une liste plus pertinente :**

Par exemple : la notification de X accouchements réalisés par type de présentation devrait être précisée (++ situations plus exceptionnelles : siège, présentations défléchies...), en intégrant les connaissances théoriques acquises, les comportements adaptés à la situation, les gestes maîtrisés permettant de garantir l'expertise professionnelle. Pour certains gestes, cette compétence clinique minimale n'a pas pu être atteinte. Il est par ailleurs essentiel de privilégier l'acquis des manœuvres comme la délivrance artificielle, la révision utérine, car il s'agit de situations d'urgence. La sage-femme doit également prouver sa compétence pour la réduction de la dystocie des épaules et les actes de réanimation néonatale.

En outre :

- Le suivi et l'accouchement des jumeaux et des enfants en présentation du siège en présence d'un médecin (cadre juridique),
- La réalisation de la rééducation périnéale,
- Les actes de repérage échographique,
- Les actions de prévention, d'information permettant d'appréhender les compétences relationnelles développées sont autant de compétences à atteindre dans la formation clinique minimale.

Le développement d'une stratégie de **négociation des stages**, doit avoir comme principal objet, au-delà de la qualité des ressources proposées, **d'intéresser les acteurs de terrain à la formation** et d'intégrer les étudiants de façon optimale sur le terrain. Les négociations de stage sont quelquefois complexes, longues. Leur qualité aboutira à « des stages heureux », pour peu que l'étudiant y soit motivé, acteur, que les formateurs servent de liens école – terrain et que les sages-femmes soient formées à l'encadrement en stage.

Les écoles de sages-femmes sont encore quelquefois dans un schéma de **pédagogie de l'adaptation** en ce qui concerne l'acquisition des compétences, ce qui entraîne des souffrances quelquefois, des échecs et en tout cas **des stratégies réactives** de la part des étudiants (adhésion au schéma, contestation, fuite...) qui **n'améliorent en rien les changements professionnels potentiels**.

Les écoles doivent définir des **objectifs** de stage par niveau d'étude et par terrain spécifique, en visant l'accès à des actes autonomes permettant la prise de responsabilité (gestion du carnet de stage par l'étudiant) indispensable à l'entrée dans la vie active.

### **Cinquième point :**

#### **Stratégie d'initiation à la recherche et à l'évaluation :**

La réforme du programme de 1985 a permis le développement de la méthodologie de recherche par la réalisation d'un mémoire de fin d'études. La promotion actuelle des mémoires est faite par la remise de prix (Evian, Gallia) et/ou par les revues professionnelles.

Cette dynamique devrait être complétée par la création d'un répertoire national des mémoires, un travail de mutualisation est en cours à ce sujet. Une meilleure transparence des études menées par les sages-femmes pourraient aider à atteindre les objectifs de la politique périnatale et permettre ainsi la promotion de thèmes de recherche utiles à l'atteinte de ces objectifs. Actuellement, l'accès aux mémoires peut se faire par le prêt inter - bibliothèque pour de nombreuses écoles.

Cet investissement des étudiants dans la recherche devrait à terme influencer la recherche des sages-femmes dans les services et leur participation à des protocoles de recherche. La construction d'une « banque de sujets de recherche », pourrait être construite à partir des besoins des services.

Au sein des écoles il est apparu que **l'initiation à la méthodologie de la recherche** doit être précoce et multiforme. Il fait appel aussi à des enseignements complémentaires - anglais, fiches de lecture, recherches bibliographiques. L'accès aux ressources bibliographiques (banque de données) doit être facilité (les écoles ne sont pas encore toutes dotées d'un accès à Internet), cela peut-être le point de départ de « l'éducation virtuelle », pour rechercher des informations, les relier, les trier, confronter et certifier des opinions. Des auteurs ont déjà réalisé des recherches sur l'opinion des étudiants sur les technologies de l'information et de la communication (Université de Louvain, 40).

Les équipes pédagogiques assurent la préparation à l'initiation à la recherche par des travaux divers : exposés, enseignements dirigés, totalement préparés et réalisés par les étudiants.

L'émergence du sujet de mémoire doit aussi procéder du choix de l'étudiant (au début de la troisième année du cursus actuel), il peut le faire en confrontant la faisabilité de ses choix auprès des autres étudiants (travail en atelier) et personnes ressources.

Dans la réforme du programme des études de 2001, les nouvelles modalités de réalisation et de préparation du mémoire ont été revues.

## Qu'enseigner ?

### Les connaissances et les procédures :

Une place essentielle doit être faite :

- A la **physiologie**, en réinvestissant les connaissances fondamentales tout le long de l'apprentissage clinique. L'interprétation des signes cliniques en découle (ex. : l'état de grossesse se traduit par des modifications locales et générales), la compréhension des phénomènes physiopathologiques sont dépendant aussi de connaissances en biologie, enfin la mise en place de mesures de prévention dépend de connaissances solides sur le statut de la santé.
- Aux **sciences humaines** (psychologie de la femme enceinte, de l'enfant, de la famille,) et à la **communication** - conduite d'entretien, dynamique de groupe -. Le développement des capacités d'écoute s'impose par la diversité et la complexité des situations périnatales (gestion de groupe ou gestion individuelle en préparation à la maternité, relations duelles dans l'exercice de la clinique (consultations, suivis du post-partum...), problématiques du diagnostic prénatal et du deuil périnatal, communication avec les partenaires en interne et en externe (42, 55). Une approche des techniques corporelles devrait en faire partie (relaxation, toucher).
- A la **responsabilité professionnelle** : les nouveaux enjeux liés aux soins (principe de précaution, de vigilance, traçabilité), au statut de la santé, aux droits des patients (confidentialité, dignité...) sont des exemples qui justifient l'importance de la préparation des étudiants à leurs responsabilités professionnelles. L'enseignement ici par des sages-femmes experts est essentiel en lien avec les professeurs de droit, les responsables des services, l'administration.
- La mise en valeur des **mesures de prévention** doit être valorisée pour que les sages-femmes répondent à leur mission en soins primaires, dans une perspective familiale, avec des attitudes adaptées.

Certains enseignements imposent une **planification transversale** dans les différentes années du cursus de par leur importance et/ou leur complexité (cf. Psychologie, hygiène hospitalière,

allaitement maternel). Ils peuvent générer des liens entre les matières et les différents acteurs (notion de compétences partagées).

Ces exigences sous-tendent l'idée d'une meilleure **utilisation des compétences de la sage-femme** dans le **système de santé** actuel., ainsi qu'une **révision régulière du programme (souhait du groupe des sages-femmes émis au Conseil de Perfectionnement** : la définition et la création d'un organisme responsable et garant de son actualisation s'impose pour ne pas connaître « l'immobilisme » que les écoles viennent de subir (la dernière réforme datait de 1985) –dans les faits de nombreuses écoles avaient instauré des adaptations-).

La **réflexion sur les procédures** doit nous amener à porter l'attention sur les connaissances actuelles sur la mémoire, et la nécessité du transfert des connaissances (ou généralisation). Il est particulièrement important de travailler sur les représentations des étudiants, liées à leurs connaissances antérieures, des liens devant être établis avec les apports nouveaux, et les connaissances erronées substituées. De plus, si l'on veut parler d'apprentissage signifiant, cela exige « l'organisation des connaissances sous forme hiérarchique » (43). Le concept mapping (**schémas de réseaux conceptuels**) peut être utilisé pour photographier les concepts, les liens et les niveaux hiérarchiques définis par les étudiants. Cette réflexion impose le passage d'une pédagogie fondée sur les sciences du comportement, où le jugement des progrès de l'étudiant est fondé sur l'observation (psychologie béhavioriste), à une pédagogie « stratégique », qui cherche à expliciter les processus adéquats ou non, employés dans l'acte d'apprentissage.

## **Avec quoi enseigner et évaluer?**

### **Les outils**

Pour collaborer mieux et le plus efficacement aux consensus nécessaires avec les professionnels impliqués dans le champ de la périnatalité, la sage-femme doit avoir appris à travers une stratégie d'apprentissage à développer les spécificités de sa profession. Ainsi que les responsabilités individuelles et collectives de celle-ci, le but étant d'accepter d'être soumis à une évaluation certificative, attestant de l'atteinte des compétences nécessaires à l'exercice professionnel.

Tout le long du cursus, comme le dit J. Jouquan (35) « *l'évaluation influence fortement la motivation d'un étudiant à apprendre ; en lui fournissant des informations qui participent à son sentiment de compétence par rapport aux tâches d'apprentissage proposées, en l'aidant à en percevoir la valeur et à identifier le degré de contrôle qu'il possède à leur égard, elle peut favoriser ou au contraire décourager l'engagement et la persévérance de l'étudiant.* »



**Les méthodes traditionnelles** comme les cours magistraux, peuvent être enrichies par les apports de la psychologie cognitive (approche des connaissances antérieures des étudiants, dépistage des connaissances erronées et leur « déconstruction », présentation des objectifs, « buzzi-groups », principe du résumé...).

**Le développement de la pédagogie active** peut faire appel à de nombreux outils, dès que ceux-ci permettent la mutualisation des savoirs, nous citerons quelques exemples:

- Les moyens pédagogiques permettant l'**acquis des habilités gestuelles** sont le plus souvent déjà bien intégrés dans l'enseignement des sages-femmes : ateliers de travaux pratiques, simulations (sur mannequins), stages (voir plus loin).
- Sans aucune limitation, soulignons l'efficacité des méthodes de groupe comme le Philips 6-6, le brain-storming, les jeux de rôle, les débatteurs assistés... Ces méthodes privilégient l'acquisition dans le **domaine des attitudes**. Elles demandent la mise en place « d'un contrat » enseignants-enseignant pour s'entendre sur la répartition des rôles et le fonctionnement du groupe (46,48).
- **Les techniques d'apprentissage clinique en groupe** : l'approche par problèmes (APP) en deux tutoriels\*, l'apprentissage du raisonnement clinique (ARC), permettent l'intégration de **connaissances et de procédures** complexes, intégrant les dimensions médicales, psychosociales et éthiques (25, 28, 49). Ces méthodes exercent les capacités de poser des objectifs d'étude, de favoriser le partenariat entre enseignants et entre enseignant-enseigné, les capacités d'écoute, d'autonomie (recherche documentaire, gestion du temps...) et d'évaluation (verbalisation des stratégies employées, évaluation de l'efficacité de l'enseignement). D'autres techniques sont plus utilisées : les exposés, les analyses de cas.

### **Les outils pédagogiques des stages (37):**

**L'accueil : le livret de stage** présentant le service, ses acteurs, les ressources et les modalités d'entrée en stage doit permettre à l'étudiant d'organiser son arrivée sur le stage. La présentation des objectifs mutuels (des encadrants et des stagiaires) doit être réalisée le plus tôt possible. Le constat des acquis antérieurs en début de stage, la présentation des ressources du stage et leur accessibilité doit placer l'étudiant dans une perspective dynamique. Le champ de négociation enseignant-enseigné doit être ainsi bien défini.

**L'encadrement et son suivi** : le bilan de mi - stage avec l'étudiant (auto - évaluation) permet la réorientation des tâches, le soutien à la motivation, l'entretien de validation et enfin le bilan de fin de stage (la validation doit être signée par le tuteur de stage et l'étudiant).

**Le suivi des acquisitions en stage.** Des critères précis doivent composer les **cahiers de stage** de chaque niveau (acquis nécessaires pour l'étudiant dans les domaines cognitifs, gestuels et comportementaux) ; les validations devraient être basées sur les évaluations des compétences acquises avec là aussi des critères précis (acquis, à revoir, observé, non fait...).

**Les évaluations de stage** (validations, grilles de cliniques) doivent pouvoir tester l'intégration des **savoirs** (connaissances), des **savoirs faire gestuels** (habiletés) certes, mais aussi de **méthodologie** (analyse, synthèse, application), et des **savoirs relationnels et comportementaux** (attitudes pour accueillir, négocier, argumenter). Le jugement clinique sous forme de scripts de problèmes complets, l'esprit critique (analyse bibliographique), les résumés d'entretiens, les créations peuvent être compilés dans **un portfolio**, qui permettra d'authentifier les apprentissages et les compétences développées au cours d'un stage. Il serait aussi important de pouvoir procéder à des **audits de dossiers médicaux** tenus par des étudiants (tenue des partogrammes, observations journalières des patientes hospitalisées).

*\*APP Structuration en deux tutoriels (phase 1 et 3), séparé d'une période de travail individuel des apprenants (phase 2) avec recherches personnelles et sur une bibliographie sélectionnée par les tuteurs (consensus). L'Apprentissage du Raisonnement clinique (ARC) se fait en 1 phase, un étudiant est interrogé, le groupe résout le problème clinique. Dans les deux cas le tuteur est un animateur, il est le garant de la démarche et de l'exactitude des conclusions. Il incite à réaliser une évaluation. Ces procédures réalisent une haute adhésion chez les étudiants. Le travail préparatoire est rigoureux (objectifs, problème suffisamment complexe et résolution consensuelle).*

### **Les outils de l'évaluation (nous réaliserons seulement une approche) :**

- Ces outils sont **multiples** et en évolution constante. Les moyens d'évaluation dans un cursus doit s'accorder aux choix pédagogiques et doit poser les questions de la pertinence (35). Jusqu'à aujourd'hui, les outils docimologiques les plus utilisés sont liés aux besoins d'évaluer les acquis en vue d'une sélection (concours d'entrée) ou de passer des examens pour franchir les étapes d'un cursus (garantissant l'acquis des compétences). Il s'agit de l'évaluation normative. Les outils testent les connaissances au niveau de la **mémorisation** (QCM, QROC), de **l'interprétation des données** (cas cliniques, QCM ou QROC), et de la **résolution de problèmes** (problèmes à résolution séquentielle, cascades, cartes de Barrows) ; ou encore des questions ouvertes dites **redactionnelles**. Tous ces outils demandent une lourde préparation pour être fidèle et un consensus entre enseignants. Le jugement clinique, les habiletés gestuelles et les attitudes s'évaluent sur des **grilles d'observation comme pour la clinique obstétricale ou pédiatrique**, point d'orgue de l'évaluation dans les écoles de sages-femmes, où l'étudiant est observé, il interroge, et examine un patient, puis présente le cas et en argumente la prise en charge. Soulignons que comme l'on dit Holmboe ES et

Hawkins RE (1998) « Aucun outil d'évaluation utilisé isolément n'est capable d'évaluer adéquatement les connaissances, habiletés et attitudes d'un étudiant ».

Nous insisterons sur le développement d'**outils à visée formative**, ayant pour objectif l'évaluation personnalisée. Celle-ci repose sur le principe d'accompagner l'étudiant dans son apprentissage individuel, au moment où il est impliqué dans les problèmes évalués, et sur le principe de développer diverses stratégies cognitives : en effet si l'on privilégie les évaluations formatives auprès des étudiants, il s'agit de favoriser leur motivation, les informer sur leurs acquis, leur progression, et enfin d'orienter **leurs stratégies** pour améliorer leur apprentissage. « *Veut-on que l'étudiant récite des informations ou bien qu'il soit capable de réutiliser ces informations pour comprendre, expliquer et résoudre un problème ?* » (35) Cette dernière proposition est plus adaptée aux besoins de la pratique médicale, elle s'inclut dans une démarche pédagogique.. **La généralisation de l'évaluation formative** demande la transparence des « exigences pédagogiques des formateurs ».

Pour lier les deux exigences (évaluation formative et normative, certains outils nous semblent particulièrement adaptés au cheminement vers une autonomie et une responsabilisation professionnelle : nous pouvons citer **les schémas de réseaux conceptuels** qui sont des représentations visuelles et propositionnelles de concepts, liés entre eux par une relation explicitée par l'étudiant (au cours d'une démarche clinique par exemple, certains l'utilisent entre les deux tutoriels de l'APP **et le portfolio** où l'étudiant compile des scripts de problèmes complets ou de certains événements, des notes d'analyse bibliographique critique, des résumés d'entretiens avec des personnes ressources, des descriptions de projet en cours, voir des vidéoclips, avec une analyse des compilations). Le but étant d'obtenir des informations sur les apprentissages effectués et sur les compétences développées par un étudiant au cours d'une période d'apprentissage (35).

**Enfin nous insisterons sur l'instauration d'une évaluation des stages** par les étudiants, les enseignants et pourquoi pas une évaluation des outils de l'école par les acteurs de terrain, qui devrait permettre un réajustement régulier.

**L'enseignement fourni** (prestations des enseignants) à l'école doit aussi être régulièrement évalué par les étudiants (au moins par année, au mieux par module ou par journée thématique). Cela permet une rétroaction et une adaptation optimale des outils dans un environnement donné.

Enfin nous soulignerons la nécessité de la mise en place d'une **évaluation des centres de formation**. L'OMS a proposé dans son projet la mise en place de cette évaluation dans le but d'évaluer la pertinence de la réponse des établissements de formation aux besoins de santé, aux qualités requises par les professionnels de santé (38). Cette évaluation pourrait se faire déjà d'après une démarche volontaire (chemin vers l'accréditation). L'implantation d'une

structure pédagogique dans les facultés de médecine avec ses missions, ses fonctions et ses conditions d'efficacité a déjà été proposé et est en attente d'un consensus (31)

## **CONCLUSION**

Réformer le cursus d'études des sages-femmes c'est essayer de faire en sorte que la sage-femme prenne une place significative dans le système de santé, se donne de nouvelles perspectives, parvienne à s'adapter aux exigences de l'organisation des soins, et entretienne des relations optimales avec les autres acteurs de santé et les spécialistes.

Soulignons que les principes (idées) ici présentés appartiennent déjà à des réformes réalisées dans d'autres cursus (certaines Ecoles de médecine –Sherbrooke, Rouen, Université de Bretagne, entre autres ) ainsi que dans l'enseignement général.

Nous avons repris les trois pôles énoncés par P. MEIRIEU (36) : les valeurs, l'étayage scientifique et l'utilité pratique, car si l'on considère la vie professionnelle comme un continuum, il est nécessaire de préparer les praticiens à la capacité d'auto-évaluation et de réflexivité ; ceci dans le but de construire une pratique et des outils propres pour s'adapter aux évolutions des cadres professionnels et institutionnels.

A partir de ces éléments, une « pédagogie du contrat » peut être institutionnalisée auprès des étudiants en avançant des propositions de travail, en programmant une régulation des tâches fondées sur des procédures didactiques institutionnelles et éthiques.

En conclusion, nous avons souhaité lancer un débat et pour cela nous poserons plusieurs questions :

- Une telle réforme peut-elle correspondre aux souhaits des étudiants, des professionnels et d'un choix politique ?
- L'entrée dans un cursus universitaire peut-elle être négociée sur de telles bases (1)?
- Des moyens humains et financiers seront-ils proposés aux équipes pédagogiques ?
- Les sages-femmes choisiront-elles d'uniformiser certains outils d'évaluation entre les lieux de formation ?
- Des outils seront-ils choisis pour privilégier l'évaluation du processus d'apprentissage ?
- Y aura-t-il la création de nouveaux partenariats entre sages-femmes, obstétriciens et pédiatres ?
- Cette redistribution entraînera-t-elle une révision du droit de prescription des sages-femmes pour une meilleure utilisation des moyens thérapeutiques et technologiques au service des besoins de santé actuel ?

## Bibliographie :

### TEXTES OFFICIELS

- (1) Loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur **l'enseignement supérieur**
- (2) Arrêté du 29 septembre 1993 relatif aux diplômes d'Etat préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale donnant **accès de plein droit à certains diplômes nationaux de licence**
- (3) Arrêté du 19 août 1998 modifiant l'arrêté du 24 juin 1987 modifié portant **création de la maîtrise de sciences biologiques**
- (4) Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
- (5) Arrêté du 23 juillet 1999, schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile de France 1999-2004, A.R.H.I.F, 186 pages
- (6) Décret n° 99-747 du 30 août 1999 relatif à la création du grade de **mastaire**
- (7) Circulaire DGS/PS2 n°99-570 du 8 octobre 1999 relative à l'attribution des **dispenses de scolarité aux candidats admis au concours d'entrée aux écoles de sages-femmes**
- (8) Arrêté du 16 mars 2001 fixant **le nombre de places ouvertes au concours d'entrée aux écoles de sages-femmes**
- (9) Arrêté du 13 avril 2001 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au **diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture** (donnant équivalence aux étudiantes sages-femmes quittant le cursus avec leur première année validée, sous réserve d'un stage de 3 mois).
- (10) Arrêté du 20 avril 2001 relatif à **l'établissement de certains diplômes nationaux** de l'enseignement supérieur
- (11) Arrêté du 13 juillet 2001 modifiant l'arrêté du 24 juin 1987 modifié portant **création de la maîtrise de sciences biologiques et médicales**
- (12) Arrêté du 24 juillet 2001 dérogeant aux dispositions de l'arrêté du 5 février 1987 relatif au **concours d'entrée** aux écoles de sages-femmes

### ARTICLES D'OPINION

- (13) ANFIC sages-femmes, Réforme du programme des études de sage-femme, 1998, Les Dossiers de l'Obstétrique N°261, p. : 37-40
- (14) AKRICH M., Quelles sages-femmes pour demain ?, XXVIIIème Assises Nationales des Sages-Femmes, Bruxelles, 24-26 mai 2000, 4 pages

- (15) CARRICABURU D ;, Les sages-femmes face à l'innovation technique », « les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité », p. 281-308
- (16) COURGEON B., Obligation d'information : comment être irréprochable, Le Concours, Tome 123-09, 10-03-2001, 608-612
- (17) CRESSON Edith, « La formation tout au long de la vie : au cœur de l'action communautaire », in CNED CANAL EDUCATION N°10
- (18) GALAM E., Comment mieux écouter nos patients ?, La Revue du Praticien, Médecine Générale, Tome 15. N°550 du 22 octobre 2001, 1783-1785
- (19) GIRONA J., Nouveau mode de recrutement dans les Ecoles de Sages-Femmes, Les Dossiers de l'Obstétrique/N°233/ Novembre 1995, 34-35
- (20) MOYSE D., Naissances coupables ?, Esprit, janvier 2001, 6-17
- (21) PAUMONT C., Le dialogue médecin-patient à l'hôpital, Décision Santé N°164, septembre 2000, 20-22
- (22) RIVIERE D., Plaidoyer pour les sages-femmes, Les Dossiers de l'Obstétrique/N°298/Octobre 2001, 34-35
- (23) SCHWEYER F-X, « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste, Sciences Sociales et Santé, Vol.14, n°3, septembre 1996, p. 67-102

#### REFERENCES PEDAGOGIQUES

- (24) BERNARD J-L. et REYES P., « Apprendre, en médecine (1<sup>ère</sup> partie), in Revue Internationale Francophone d'Education Médicale, Août 2001, Volume 2, Numéro 3, p : 163-169
- (25) BERNARD J-L. et REYES P., « Apprendre, en médecine (2<sup>ème</sup> partie), in Revue Internationale Francophone d'Education Médicale, Novembre 2001, Volume 2, Numéro 4, p : 235-241
- (26) BLIN J-F., Représentations, pratiques et identités professionnelles, Ed. L'Harmattan, Collection Action et Savoir, Paris, 1997, 224 pages
- (27) BRUN J-L. et QUINTON A., « Evaluation et résultats d'un enseignement hospitalier de sémiologie gynécologique », J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 205-210
- (28) CHAMBERLAND M., et col, « Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) », un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en Médecine, 1998, Paris, Masson, Ann.Med.Interne, 149, n°8, pp.479-484
- (29) CHARLOT B., BEILLEROT J., PROST A., Les politiques d'éducation : acteurs et enjeux, Carré SEITA, Sciences Humaines, Conférence 5 mars 1996, 30 pages
- (30) CIDMEF, Recommandations pur la Formation Pédagogique des Enseignants de Médecine, Edition Pr J.Barrier, Nantes, 1998, 26 pages
- (31) CIDMEF, La structure pédagogique dans une faculté de Médecine : mission, fonctions et conditions d'efficacité, élaboration d'un consensus, in Revue Internationale Francophone d'Education Médicale, novembre 2001, volume 2, N° 4, p : 231-234
- (32) COLLOQUE DE CAEN, 9-10 décembre 1996, Réforme Debré, un tiers de siècle après, 22 pages
- (33) GAGNAYRE R. et d'IVERNOIS J-F., « Formation du personnel », in Médecine humanitaire, Flammarion, 1994, p : 103-115
- (34) JOUQUAN J., Evaluation des compétences et certification, Etat des lieux des pratiques, questions en suspens, perspectives, Séminaire pédagogique national, Réforme du 3<sup>ème</sup> cycle et DES de Médecine générale, Nancy, 26 et 27 avril 2001, 25 pages
- (35) JOUQUAN J., L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale, repères conceptuels et pratiques perspectives, 2001, à paraître in Pédagogie Médicale, 28 pages
- (36) MEIRIEU P., Quelles finalités pour l'éducation et la formation, Sciences Humaines N°76 – octobre 1997, p. 30-35
- (37) MESNIL-GASPAROVIC N., Démarche d'apprentissage et alternance dans le projet pédagogique des étudiant(e)s sages-femmes de première année, Les Dossiers de l'Obstétrique, N°233/ novembre 1995, 15-19

- (38) O.M.S. Médecins pour la santé, une stratégie mondiale de l’OMS pour la réorientation de l’enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous, Genève, 1996, WHO/HRH/96.1, 24 pages
- (39) PASQUIER L., L’accompagnement en formation, ETUDES, septembre 2000, 181-189
- (40) REDING R., et Col, Accès, compétences et opinions des étudiants en médecine vis-à-vis des technologies de l’information et de la communication, résultats d’une enquête auprès de 330 étudiants de l’UCL, Pédagogie Médicale, novembre 2001, volume 2, numéro 4, 242-249
- (41) RICOEUR P., Les trois niveaux du jugement médical, Esprit, décembre 1996, 21-33
- (42) ROUX C., VAAST I., DUPOND C., L’éthique dans la formation des sages-femmes, Entretiens de Bichat septembre 1996, Les Dossiers de l’Obstétrique/ n°246/ Janvier 1997
- (43) TARDIF J., Les influences de la psychologie cognitive sur les pratiques d’enseignement et d’évaluation, Revue québécoise de psychologie, automne 1995, 31 pages
- (44) VASSILEFF J., Projets et insertion, Sciences Humaines Hors-Série N 12 – février-mars 1996, p. 32-35
- (45) VASSILEFF J., Former à l’autonomie, Actualité de la formation permanente N°133, novembre-décembre 1994, p. 46-50

### **OUVRAGES**

- (46) ANZIEU D. et MARTIN J-Y., La dynamique des groupes restreints , 8<sup>ième</sup> Edition 1986, Paris, PUF le psychologue, 396 pages
- (47) BARBIER J-M. et col., Savoir former, bilans et perspectives des recherches sur l’acquisition et la transmission des savoirs, Sciences Humaines, Les Editions DEMOS, 1996, 143 pages
- (48) CHEVROLET D., Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes, les Editions ESF, Paris, 1975, 187 pages
- (49) Des MARCHAIS J E., Apprendre à devenir médecin, bilan d’un changement pédagogique centré sur l’étudiant, Université de SHERBROOKE, 1996, Québec, 418 pages
- (50) HIRSCH Emmanuel, Responsabilités humaines pour temps de SIDA, les empêcheurs de tourner en rond, Editions Ulysse Diffusion Distique, 1994, 460 pages
- (51) MOISSET J J. et BRUNET J-P, Culture et transformation des organisations en éducation, les Editions logiques, 1997, Québec, 462 pages
- (52) TARDIF J., Pour un enseignement stratégique, l’apport de la psychologie cognitive, Les Editions Logiques, Québec, 1997, 474 pages

### **ARTICLES MEDICAUX**

- (53) BLONDEL B. « Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées », résultats d’une enquête dans 11 régions, in J.Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 692-701
- (54) BLONDEL B. et col, « Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998, résultats des enquêtes nationales périnatales », J.Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 552-564
- (55) HERLING-SCHAAL E. et Col., Anxiété maternelle induite par les techniques de diagnostic prénatal: reconnaissance et prise en charge, Gynécol Obstét Fertil 2001 ; 29 ; 440-6, 440-445

### **ARTICLES DE PRESSE**

- (56) LE MONDE, Mardi 20 mars 2001 « Des salaires modestes, des effectifs insuffisants, mais des responsabilités accrues » et « En grève pour la première fois au niveau national, les sages-femmes exigent la revalorisation de leur métier »
- (57) LE MONDE, Vendredi 30 mars 2001, « Les sages-femmes décident de poursuivre leur grève »

- (58) LE MONDE, Samedi 7 avril 2001, « De nombreuses grévistes ont dû reprendre le travail sur ordre des préfets ou des tribunaux »
- (59) LE MONDE, Dimanche 8 avril 2001, « Le soutien des professeurs de gynécologie » et « A la maternité des Lilas, les médecins, solidaires, assurent les accouchements »
- (60) LE FIGARO, Lundi 9 avril 2001, « Mieux vaut être cheminot que sage-femme »
- (61) LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, Jeudi 12 avril 2001, « La poursuite de la grève des sages-femmes embarrasse le gouvernement »
- (62) LIBERATION, Mercredi 11 avril 2001, « Sages-femmes : l'impossible identité, par Claudine Schalck, sage-femme de PMI »
- (63) LE FIGARO, Vendredi 13 avril 2001, « La grande colère des sages-femmes »
- (64) LE MONDE, Editorial, Vendredi 27 avril 2001, « L'ire des sages-femmes »

**Nicole MESNIL-GASPAROVIC**

*Sage-femme formateur, Présidente de l'ANFIC*

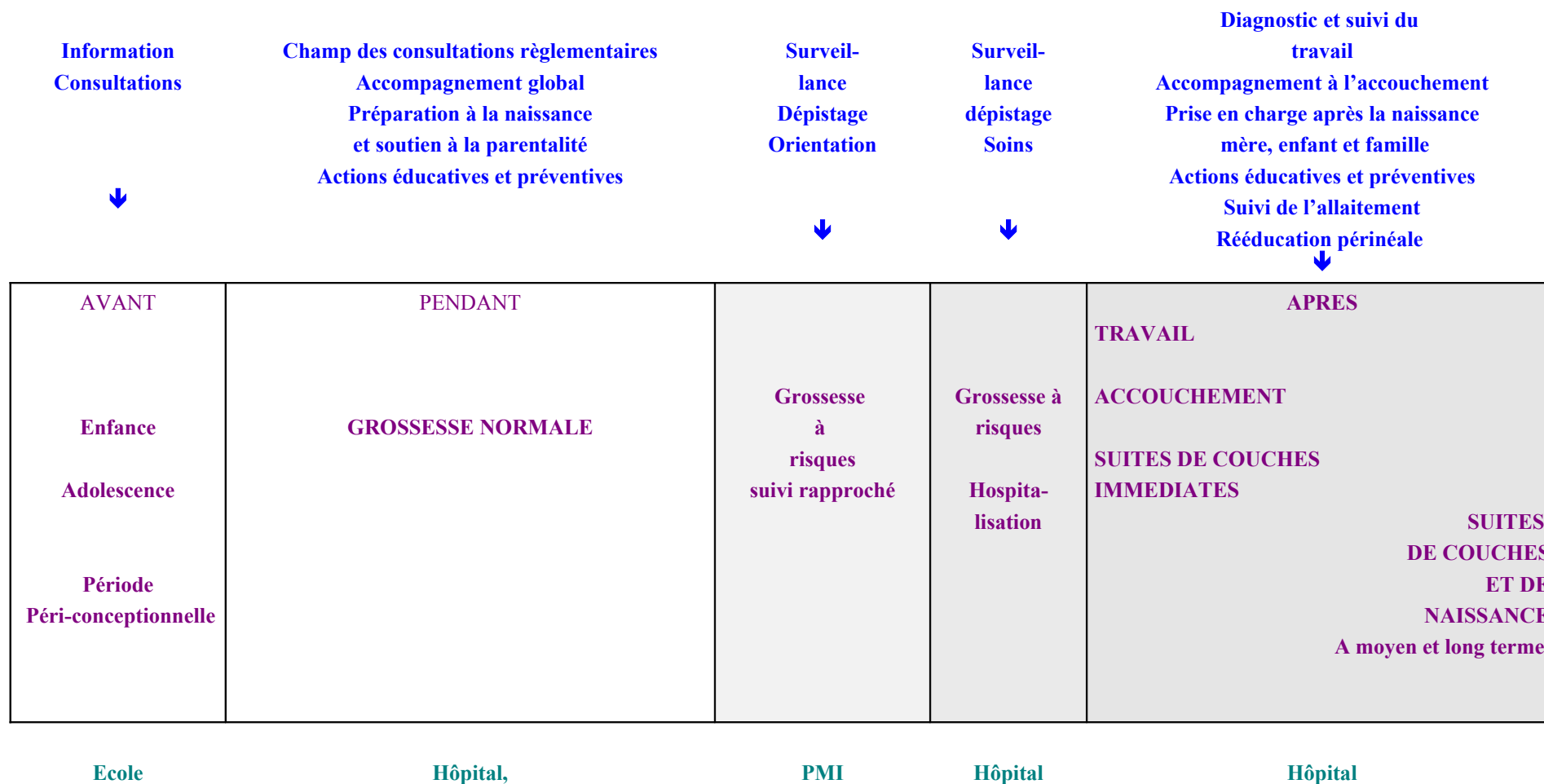
**Comité de lecture : BEZART V. (Nancy), BLANCHARD E. (Paris), BOISSONNAS I. (Paris), BOUSTUS R. (Beyrouth), CARAYOL M. (Paris), COTTU A-C. (Marseille), DUVAL M. (Clermont-Ferrand), EKODO V. (Paris), ETIFIER M-B. (Limoges), LEYMARIE M-C. (Clermont-Ferrand), PERRIN-TERRIN C. (Marseille)**





Les champs d'intervention médico-psycho-sociaux de la sage-femme dans le champ de la périnatalité peuvent se résumer sur un **schéma temporel** :

Tableau II *Schéma temporel des champs d'interventions des sages-femmes*



**Collège, lycée  
Centre de  
planification ou  
d'éducation familiale  
PMI  
Autres lieux  
d'informations**

**Clinique,  
PMI  
Cabinet libéral  
Centre périnatal  
de proximité**

**Hôpital  
Clinique  
Niveau I ou II  
Cabinet libéral**

**Clinique  
Niveau II  
ou III  
HAD**

**Clinique  
Domicile  
PMI  
Centre maternel  
Cabinet libéral  
Centre périnatal  
de proximité**