

|   |   |   |
|---|---|---|
|  <p>Association Loi 1901,<br/>à but non lucratif<br/>20 avenue Gambetta<br/>94400 Vitry sur Seine<br/>www.anfic-sages-<br/>femmes.fr</p> | <p><b>PROJECTION<br/>DES FONCTIONS DES<br/>ENSEIGNANTS<br/>DANS<br/>LE CORPS<br/>DES SAGES-FEMMES</b></p> | <p>Jun 2011</p> <p>Version 4<br/>validée<br/>septembre<br/>2011</p> |
|---|---|---|

Les propositions suivantes ont été présentées et discutées la première fois, au cours de la réunion du CASSF du 11 mai 2001 (Collectif Associatif et Syndical des sages-femmes). Ce document de travail fait partie du projet professionnel de statut des sages-femmes qui doit être enrichi des réflexions de toutes les professionnelles.

#### Bases de propositions :

- Les enseignants sages-femmes participeront tous à une **activité clinique, selon leurs choix et leurs missions**<sup>1</sup>
- La profession sage-femme possède et doit entretenir une **expertise professionnelle** clinique (la maïeutique), pour développer **un corps enseignant autonome**, une expertise en enseignement est nécessaire<sup>2</sup>.
- **La formation selon une double expertise clinique et d'enseignement** doit se réaliser au plus près des besoins de l' **environnement social et institutionnel**, des **objectifs de périnatalité** et des **besoins en santé** des bassins de population. En maïeutique, les contextes d'urgence pouvant être rencontrés par les sages-femmes les soumettent à un stress professionnel souvent intense. La sécurité et la qualité ne sont réalisables que si le lien entre formation initiale et le développement professionnel continu est réalisé.
- **Les situations médico-psycho-sociales rencontrées par les professionnel(le)s en périnatalité peuvent être complexes**, souvent imprévues, nécessitant le **développement de connaissances solides et l'exercice de la réflexivité au cours de la formation des sages-femmes**. La sécurité des femmes et des enfants ne peut se penser que si la formation des sages-femmes est organisée au sein d'une **alternance intégrative assurant les liens entre théorie et pratique et si pour les étudiants la supervision clinique est régulière et efficace**<sup>3, 4, 5</sup>.
- La double expertise des sages-femmes s'articule aussi autour de **compétences partagées**, exercées au sein d'une coopération interprofessionnelle. L'enseignement de la pathologie (enseignement nécessaire au dépistage des risques) et des autres

disciplines, se réalisent en partenariat avec les professionnels de santé et les professionnels en sciences humaines, en santé publique, en droit...

- **Pour assurer la double expertise** professionnelle, nous préconisons une **professionnalisation pédagogique de toutes les sages-femmes participant à l'enseignement**, d'après les recommandations du cercle des experts en pédagogie médicale du CIDMEF en 1997 (Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française):

**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 (DIU de pédagogie).

**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 s'appuie sur l'application des connaissances en sciences de l'éducation. Celles-ci placent, au centre des actions de formation en maïeutique, la **pédagogie active et la réflexivité**<sup>6,7</sup>, axées sur les besoins de l'étudiant pour lui permettre d'assurer sa progression dans la construction des compétences et de réaliser son développement professionnel .
- **Tout le corps des sages-femmes est concerné par la réforme LMD en cours dans le curriculum des sages-femmes**, avec la mise en place du nouveau référentiel de formation de 2009<sup>9</sup>. Ce référentiel doit être adossé à l'évolution du référentiel métier et de compétences de la profession de sage-femme<sup>1</sup>. **La réussite d'une telle réforme doit s'accompagner d'une stratégie de développement professionnel continu permettant le maintien et le développement des deux champs d'expertise de la sage-femme en clinique et en enseignement**<sup>2,7</sup>.

**Trois types d'enseignants peuvent être proposés dans le cadre d'une demande de rénovation de l'enseignement des sages-femmes :**

#### **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 après avoir accédé à :**

- un master\* ou un doctorat\* et un niveau pédagogique 2 recommandé, niveau 1 obligatoire

*\* santé publique, biologie, droit, psychologie, économie de la santé...*

Ces sages-femmes assureraient l'enseignement dans leur spécialité et la supervision en stage si cela se présentait.

**3. Les sages-femmes praticiennes** pouvant assurer des cours ou un encadrement en stage : hospitalières, territoriales, libérales avec un niveau pédagogique 1 recommandé au minimum. **Y compris en milieu libéral, pour lequel nous proposons un projet de développement du statut de maître de stage, avec l'ANSFL** (Association Nationale des Sages-Femmes libérales).

Toutes les sages-femmes participant à **l'enseignement devraient être rémunérées** pour les temps de supervision, les cours, les travaux dirigés, les groupes de raisonnement clinique. Des modèles comme celui du Canton de Lausanne, ou celle des médecins généralistes ont fait leur preuve. La formation à l'enseignement doit être une **démarche volontaire et active** <sup>2, 10</sup>.

L'hôpital reste le pôle formateur essentiel des professionnels de santé, mais le changement actuel dans l'organisation des soins (comme les sorties précoces, l'externalisation du suivi des grossesses, la pratique en réseau), amène les écoles et l'université à mettre en place des stages répondant aux besoins des soins communautaires et à la prise en charge globale des femmes et de leurs enfants.

**Ces propositions impliquent 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 des mandats. Avec l'objectif pour les écoles de l'appropriation de l'enseignement par les sages-femmes dans leur domaine d'expertise.
- Pour l'enseignant sage-femme, la place de l'expertise en maïeutique doit être négociée. **L'exercice d'une activité clinique et/ou de recherche** – en dehors de l'encadrement pratiqué actuellement dans les stages auprès des étudiants - , **doit être statué**, comme cela est préconisé dans le processus de Bologne.
- Professionnaliser en enseignement les cliniciens engagés dans la formation des étudiants et leur donner un statut pour rendre compatible leur mission d'enseignement avec les contraintes de leur exercice clinique en maïeutique.

## **Bibliographie:**

1. CASSF, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, 2010
2. Steinert Y et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide N°. 8, Med Teach, 2006; 28: 497-526
3. CASSF, Rapport sur la formation pratique des étudiants sages-femmes. Première commission de formation du CASSF, 2004
4. CASSF, Deuxième Commission sur le tutorat, 2010
5. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide n°.27: Effective educational and clinical supervision. Medical Teacher 2007;29:2-19
6. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale, Vol 6, N° 2, 2005, 98-111
7. 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): 184-191
8. Raisler J, O'Grady M, Lori J, Clinical teaching and learning in midwifery and Women's Health, Journal of Midwifery & Women's Health, Vol. 48, N°.6, November/December 2003, 398-406
9. Référentiel de formation des sages-femmes, 2009, Conseil de perfectionnement
- 10 Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M, AMEE Guide N°14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes, Medical Teacher, Vol.21, N°6,1999, 546-552
11. Ramani S., Gruppen L., Krajic Kachur E. Twelve tips for developing effective mentors. Medical Teacher, Vol.28, N°.5, 2006, 404-408
12. Déclaration commune des ministres européens de l'éducation - 19 juin 1999 - Bologne