



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
UFR de médecine et de maïeutique Lyon Sud Charles Merieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

ENCADREMENT ET RAISONNEMENT CLINIQUE :
Comment les sages-femmes accompagnent les étudiantes dans cette mise en place ?

Mémoire présenté et soutenu par :

Maeva BEKHA

Née le 27 novembre 1992

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme

Promotion 2013-2018

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
UFR de médecine et de maïeutique Lyon Sud Charles Merieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

ENCADREMENT ET RAISONNEMENT CLINIQUE :
Comment les sages-femmes accompagnent les étudiantes dans cette mise en place ?

Mémoire présenté et soutenu par :

Maeva BEKHA

Née le 27 novembre 1992

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme

Promotion 2013-2018

« Ils sont si jeunes. [...] Ils sont naïfs, ils pensent qu'ils viennent soigner et que ceux qu'ils vont soigner n'attendent que leurs bons soins et les recevront à bras ouverts, avec toute leur reconnaissance. On ne les a pas prévenus qu'ils pouvaient tomber sur tout le monde et n'importe qui : un homme très gentil ou très méchant, une femme qui rit ou qui pleure sans arrêt, des gens qui parlent et d'autres qui ne disent pas un mot. On ne leur a pas dit que ceux qu'ils vont voir ne sont pas toujours sympathiques. Que certains sont aimables, et d'autres odieux. Que certains les feront pleurer, d'autres rire, et que d'autres les feront vomir. [...] On ne leur dit pas que soigner, ça ne se résume pas à faire de grand discours au-dessus du lit d'un malade pour montrer qu'on sait sa leçon. »

Extrait des Trois Médecins, M. Winckle

REMERCIEMENTS

A toutes les sages-femmes de l'Hôpital Nord qui ont accepté de prendre du temps pour participer à ce travail,

A toute l'équipe pédagogique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse pour m'avoir soutenue durant mes études, et plus particulièrement à Paola BONHOURE qui m'a guidée dans mes premiers pas dans la profession et qui est toujours disponible pour discuter et m'écouter, à Myriam MICHEL pour son écoute et ses encouragements, et ma guidante Françoise MOREL pour son investissement dans ce travail, sa disponibilité pour me délivrer de précieux conseils qu'il s'agisse de ce travail ou pour ma future vie de professionnel,

Je souhaite également remercier :

Ma famille et en particulier ma mère pour sa confiance, sa force, et tout l'amour et le réconfort qu'elle a su m'apporter durant ces années, merci d'être là

Mes amies, et en particulier Solène, Malika, Nicolas, pour tous les fous rires, toutes les soirées partagées, merci de m'avoir toujours encouragé, d'avoir cru en moi, de me faire rire et de toujours me soutenir

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
2	Matériel et méthode	4
2.1	Matériel de l'étude	4
2.1.1	Type d'étude.....	4
2.1.2	Site d'étude et période.....	4
2.1.3	Population	4
2.2	Méthode de l'étude.....	5
2.2.1	Recueil de données	5
2.2.2	Variables de l'étude.....	5
3	Limite et biais de l'étude	7
3.1	Biais de l'étude	7
3.1.1	Biais de mémorisation	7
3.1.2	Biais de recrutement	7
3.2	Limites de l'étude	7
4	Résultats et analyse.....	8
4.1	Connaissance des études et des attentes en 4 ^{ème} année.....	8
4.2	Encadrement du raisonnement : difficultés à chaque étape	9
4.2.1	Difficultés perçus par les sages-femmes dans le recueil de données	9
4.2.2	Difficultés ressenties par les sages-femmes dans l'élaboration du/des hypothèses....	11
4.2.3	Origines des difficultés selon les sages-femmes, des étudiants pour proposer des conduites à tenir.....	12
4.3	Encadrement du raisonnement : accompagnement global.....	13
4.3.1	Encadrement de l'étudiant lors d'une consultation.....	13
4.3.2	Temps d'échange (feedback ou rétroaction) avec les étudiants	16
4.3.3	Apprentissage du raisonnement clinique selon les sages-femmes interrogées	16
4.3.4	Impact de la réforme de 2011 sur l'encadrement des étudiants sages-femmes.....	19
4.4	Résumé des difficultés retrouvés et causes possibles de celles-ci.....	20
5	Discussion des résultats et propositions	22
5.1	Le feedback.....	22
5.1.1	Définition	22
5.1.2	Avantage du feedback	22
5.1.3	Les différents types de feedback.....	23
5.1.4	Les objectifs du feedback	24
5.1.5	Recommandation sur la délivrance d'un feedback	24

5.1.5.1	Points que doit contenir un feedback efficace :	24
5.1.5.2	A quel moment et comment effectuer ce feedback :	25
5.2	Stratégie de remédiations à l'identification des problèmes de raisonnement.....	26
5.2.1	Stratégie à chaque étape du raisonnement.....	26
5.2.1.1	A l'étape du recueil de données :.....	26
5.2.1.2	A l'étape de l'élaboration d'hypothèses diagnostiques :.....	27
5.2.1.3	A l'étape des propositions de conduites à tenir :.....	28
5.3	Le tutorat.....	29
5.3.1	Définition d'un tuteur.....	29
5.3.2	La formation continue du tutorat.....	29
5.3.3	Difficultés de réalisation du tutorat	30
5.3.4	L'apport de cette formation auprès des sages-femmes interrogées.....	30
6	CONCLUSION :	32
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
8	ANNEXES.....	37
8.1	Annexe 1.....	37
8.2	Annexe 2 : Trame entretien.....	47
8.3	ANNEXE 3 Facteurs extrinsèques et intrinsèques perturbant la mise en place du raisonnement clinique.....	50
8.4	ANNEXE 4 Etape du raisonnement clinique	52
8.5	Fiche méthode HAS : Développement professionnel continu (DPC) L'encadrement de stages La maîtrise de stage/le tutorat.....	53

1 INTRODUCTION

Le raisonnement clinique médical est au cœur de la pratique. De nombreuses études tentent de le définir. D'après Harris (1993) le raisonnement clinique regroupe « *les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les mesures les plus appropriées dans un contexte précis de résolution de problèmes* ». Les données les plus récentes permettent de distinguer le modèle analytique (ou modèle hypothético-déductif), conscient et contrôlé, et le raisonnement clinique non analytique, inconscient et automatique. D'après B. Charlin, G. Bordage et C. Van Der Vleuten le raisonnement clinique médical s'appuie sur le modèle hypothético-déductif, c'est-à-dire que le professionnel va dès le début de la consultation élaborer des hypothèses diagnostiques qu'il va tenter d'affirmer ou d'infirmer pendant l'entrevue avec le patient pour poser son diagnostic. Le raisonnement clinique est nécessaire à l'exercice des trois professions médicales du Code de la santé publique : médecin, dentiste et sage-femme, mais aussi dans l'exercice des professions paramédicales. (11) (14)

La profession de sage-femme est une profession médicale inscrite au titre IV du 1^{er} livre du Code de la santé publique. Elle se déroule en 5 ans : 1 année de concours et 4 années d'école. Depuis 2001, un nouveau programme a été mis en place, marqué par le concours d'entrée en école par le passage en PCEM1 (première année commune aux études de médecine). Ce nouveau cursus ouvre la voie à une reconnaissance d'un niveau bac plus cinq sur le plan des équivalences universitaires. En 2011, une réforme du ministère de la santé a décidé de regrouper les trois filières médicales (sage-femme, médecine, dentaire) et pharmacie, en une année commune, avec 4 concours distincts à la fin de cette année, nommé PACES (première année commune aux études de santé). La profession de sage-femme évolue et assoie de plus en plus sa posture de profession médicale.

L'enseignement des études alterne périodes de cours et périodes de stages à l'hôpital. Les stages, la formation pratique, représentent environ deux tiers de l'enseignement. L'enseignement délivré en stage permet, entre autres, aux étudiants de contextualiser les connaissances théoriques apprises en cours. Enseigner est un art, ce n'est pas inné. Jean Piaget a dit : « *Les connaissances ne sont pas transmises par quelqu'un qui « sait » vers*

quelqu'un qui « ne sait pas », (...) elles sont construites par l'individu par l'intermédiaire des actions qu'il accomplit sur les « objets ». Benjamin Bloom psychologue en éducation a fait émerger une classification des niveaux de pensée importantes dans le processus d'apprentissage. Il parle de 6 niveaux : la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. Il parle d'évaluation formative intégrée au processus d'apprentissage et dont le but est le diagnostic immédiat des difficultés de l'ESF (étudiant sage-femme). Ceci pour pouvoir y apporter une réponse rapide sous forme de remédiations ajustés aux besoins de l'ESF (38) (39). L'enseignement de l'encadrement des ESF fait partie du programme des écoles de sages-femmes depuis 2011 seulement. C'est-à-dire qu'il y a un enseignement délivré aux ESF 5^{ème} année (qui deviendront professionnels à leur tour) qui leur permet d'appréhender leurs futurs rôles d'encadrante. Au fil des années, l'expertise clinique n'est donc plus une condition suffisante pour enseigner il faut aussi prendre conscience que le professionnel qui apprend à un étudiant en stage doit s'armer d'une compétence supplémentaire : la pédagogie. Il est difficile pour les sages-femmes hospitalières d'élaborer des diagnostics pédagogiques pour aider les étudiants, n'ayant pas de connaissances, ni de formation en pédagogie. Pour autant, les ESF deviennent des sages-femmes compétentes, c'est-à-dire ayant acquis les savoirs nécessaires à l'exercice de leurs professions. La compétence s'appuie sur trois registres cognitifs : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Le savoir se définit par l'ensemble des connaissances acquise par l'apprentissage théorique (les études) et l'expérience. Le savoir-faire est la pratique, il allie connaissance et action. C'est l'application de ses connaissances et de son expérience (le savoir) dans un métier. Concernant le savoir-être les définitions sont nombreuses, à la lecture de plusieurs d'entre elles nous avons choisi de le définir comme étant la capacité du professionnel à trouver la conduite appropriée dans une situation donnée faisant appel à ses qualités personnelles. L'étudiant sage-femme va acquérir au cours de ses 5 années par l'intermédiaire des sages-femmes, les compétences nécessaires qui allie ses trois savoirs, pour résoudre des problèmes cliniques. C'est donc tout au long de ses études que l'étudiant sage-femme formera son raisonnement clinique, au fil des stages et de ses expériences ainsi qu'avec les études de dossiers à l'école (travaux dirigés). L'un des objectifs de la 4^{ème} année de formation, est pour les étudiants, d'apprendre à formuler des prises en charges (ou conduite à tenir) pour les patientes et les nouveaux nés, qu'ils suivent. Ce qui sous entends, formuler des hypothèses diagnostiques et

proposer la prise en charge et le traitement le plus approprié à la patiente et son bébé. Ceci est l'aboutissement final du raisonnement clinique de l'étudiant.

Ce raisonnement essentiel à la pratique de toute profession médicale n'en est pas moins difficile à transmettre. Une des tâches des professionnels est donc d'aider les étudiants à acquérir ce raisonnement clinique, et de leur permettre de faire un tri parmi les données du patient afin d'arriver à poser un diagnostic exact. C'est une mission difficile compte tenu d'une part, du manque de formation des sages-femmes à l'encadrement des ESF, et d'autre part de la complexité des processus mise en place par notre cerveau pour résoudre ces problèmes cliniques. Ce sont des mécanismes peu palpables pour l'étudiant qui apprend, d'où la difficulté des professionnels à l'aider à comprendre ses lacunes de raisonnements, et à le rediriger correctement (1)(4)(8).

Ce mémoire présente une étude qualitative menée par des entretiens semi-directif avec des sages-femmes hospitalières. Il a pour but de comprendre comment les sages-femmes accompagnent les étudiants dans la mise en place de ce raisonnement

2 Matériel et méthode

2.1 Matériel de l'étude

2.1.1 Type d'étude

C'est une étude qualitative, basée sur la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-directifs.

2.1.2 Site d'étude et période

L'étude a été réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs du 5 octobre 2016 au 18 décembre 2016, auprès de sages-femmes hospitalières de Saint-Priest-en-Jarez, Hôpital Nord (niveau 3), dans la Loire.

2.1.3 Population

La population source est les sages-femmes hospitalières de l'hôpital cité ci-dessus. Il y a 13 sages-femmes qui ont participé à l'étude. Parmi elles, 6 sages-femmes ont bénéficié de la formation continue du tutorat. C'est une formation qui vise les professionnels de santé, qui leur permet de les guider dans l'encadrement des étudiants. Ce point sera développé dans la discussion.

Les critères d'inclusions sont : les sages-femmes ayant au minimum 5 ans d'exercices. En effet, les sages-femmes devaient avoir leur propre expérience clinique avant de pouvoir transmettre leur savoir à des étudiants. Une sage-femme met 5 ans minimum avant d'être à 100% de ses capacités cliniques et de raisonnement (23). Parmi les sages-femmes interrogées il n'y en a qu'une seule qui exerçait depuis 5 années. La durée d'exercice des autres sages-femmes était comprise entre 8 et plus de 10 années.

Elles devaient aussi avoir l'habitude d'encadrer des étudiants, c'est-à-dire qu'elles devaient avoir encadré minimum 50 étudiants dans leur exercice. L'étude s'est déroulée dans un niveau 3, les étudiants y effectuent des stages régulièrement.

L'étude incluait les sages-femmes ayant fait ou non la formation tutorat de manière indifférente.

Les critères d'exclusions étaient les sages-femmes diplômées de moins de 5 ans et n'ayant pas encadré minimum 50 étudiants dans leur exercice. En toute logique les sages-femmes ayant connue la réforme de 2011 des études qui reconnaît le grade Master, ne sont pas incluse dans l'étude comme il fallait minimum 5 ans d'expériences (la première promotion issue de la réforme a été diplômé en 2015).

2.2 Méthode de l'étude

2.2.1 Recueil de données

Les données de l'étude ont été recueillies par des entretiens semi-directifs (Annexe II). L'objectif de l'étude est de voir comment les sages-femmes permettent aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à la résolution de problèmes cliniques, du point de vu du raisonnement. La trame de l'entretien comportait 22 questions. Elle a d'abord été testé sur deux sages-femmes de l'hôpital nord, non incluse dans l'étude, ce qui a permis de le modifier pour pallier les imprécisions et les difficultés de compréhension. Il a été réalisé et validé avec l'aide de Mme MOREL, sage-femme enseignante et vice-doyenne de la formation maïeutique. Chaque entretien durait entre 20 et plus de 30 minutes en fonction des réponses des sages-femmes.

2.2.2 Variables de l'étude

L'entretien est divisé en trois partie. Ces parties suivent les étapes d'un raisonnement clinique à savoir : le recueil de données, l'élaboration et la sélection d'hypothèses diagnostiques, et la formulation d'un plan d'intervention pour la patiente (où la proposition de conduite à tenir).

Pour introduire une situation où la sage-femme encadre un étudiant, la trame contient un cas clinique. Une patiente vient consulter en salle d'accouchement à terme, sans caractère d'urgence, pour des pertes. Le suivi de grossesse est sans particularité et elle n'a aucun antécédent notable. A la dernière consultation son col était long postérieur fermé.

La sage-femme se projette donc dans cette situation avec son étudiant à encadrer. L'étudiant est en 4^{ème} année (avant dernière année de formation. C'est l'année où les étudiants ont les cours concernant les pathologies de la grossesse. Les années précédentes étaient plutôt axées

sur l'acquisition des gestes (infirmier, obstétricaux), et les connaissances théoriques sur la physiologie obstétrical. Le raisonnement s'acquière tous au long des études certes, mais dans cette année de formation l'étudiant doit poser des diagnostics et proposer des prises en charges pour les patientes. Nous avons donc choisi de cibler cette année pour, d'une part, le bagage théorique acquis jusque-là, et d'autre part, les objectifs demandés.

La première question permet de savoir qu'elles sont les connaissances des sages-femmes sur le cursus des étudiants. En effet cela permet d'orienter l'encadrement et donc de lui donner des patientes en accord avec son niveau et de lui poser des questions adaptées.

Les questions trois à douze de la trame d'entretien sont donc en rapport avec les étapes du raisonnement clinique. Elles cherchent à savoir si les sages-femmes différencient les différentes étapes du raisonnement lorsqu'elles encadrent un étudiant. L'hypothèse sous-jacente est que le faisant de manière intuitive elles n'ont pas de connaissance précise des étapes du raisonnement clinique ce qui rend l'enseignement aux étudiants plus difficile ainsi que la reconnaissance de leurs difficultés à chaque étape.

Les questions trois à huit ciblent l'étape du recueil de données du raisonnement clinique. Est-ce que d'après la sage-femme qui l'encadre, l'étudiant est en capacité de recueillir les informations pour son anamnèse, est ce que ces données sont pertinentes. En fonction des réponses de la sage-femme l'étude analyse sa capacité a repéré les étapes du raisonnement d'une part, cibler les difficultés de l'étudiant et apporter des solutions d'autre part. Les autres questions sont construites sur le même fonctionnement.

Les questions neuf à dix ciblent l'étape de la formulation d'hypothèse. Est-ce que d'après la sage-femme qui l'encadre, l'étudiant est en capacité de formuler des hypothèses, de les classer de la plus à la moins probable et de les justifier.

La question onze permet de voir si l'étudiant pose un diagnostic ou non et donc de voir si le raisonnement d'après la sage-femme a été correct, ce qu'elle a décelé comme anomalie et les solutions qu'elle trouve pour l'aider à mieux raisonner.

Les questions douze à dix-huit et la deuxième question de l'entretien, analyse la façon d'encadrer l'étudiant (si elle l'accompagne pour la consultation, est ce qu'elle lui pose des questions, est ce qu'elle décortique son raisonnement).

Les questions dix-neuf à vingt-deux font référence au tutorat étudiant. L'étude cherche à savoir comment les sages-femmes ont eu connaissance de cette formation, est-ce que cela leur a apporté quelques choses ou non, dans leur enseignement, leur façon d'encadrer les étudiants.

3 Limite et biais de l'étude

3.1 Biais de l'étude

3.1.1 Biais de mémorisation

L'étude fait appel aux souvenirs des sages-femmes. Elle doit se rappeler d'une situation avec un étudiant à encadrer. Pour autant l'étude a été menée en niveau trois où les étudiants sont en permanence en stage avec les professionnels, les souvenirs sont donc assez récents.

3.1.2 Biais de recrutement

Dans les sages-femmes interrogées certaines ont plus d'année d'expérience que d'autre, donc ont encadré plus d'étudiant. L'étude aurait pu être plus précise quant aux choix des participantes et n'interroger que les sages-femmes ayant 10ans de pratiques par exemple.

De plus le nombre limite d'étudiants qu'elles devaient avoir encadré a été choisi de manière arbitraire. Aucun document n'atteste d'un nombre précis d'étudiant à encadrer pour être considéré comme « tuteur attitré ».

3.2 Limites de l'étude

La finalité du cheminement du raisonnement clinique, est la pose de diagnostic puis la proposition de conduite à tenir pour proposer un traitement. Cela nécessite aussi une réflexion adaptée. Prendre le patient dans sa globalité au-delà du traitement symptomatique, prendre en compte sa situation géographique, psycho-social..etc. est l'une des difficultés des étudiants en santé. Ceci aurait pu être exploré dans cette étude.

La formation tutorat n'a pas été explorée de manière précise non plus. Il faudrait une étude à part pour évaluer l'impact du tutorat sur l'encadrement en général des sages-femmes dans différents terrains hospitalier.

4 Résultats et analyse

Les résultats obtenus, c'est-à-dire les réponses des sages-femmes à chaque question ont été répertoriées et classées par thème dans des tableaux (Annexe I). Tous les points abordés lors des entretiens ont donc été regroupés dans ces tableaux et apparaissent dans les parties détaillées ci-dessous.

4.1 Connaissance des études et des attentes en 4^{ème} année

Le premier tableau cite les objectifs d'un étudiant de 4^{ème} année selon les sages-femmes interrogées. Ceci a pour but, dans un premier temps, de voir si les sages-femmes connaissent les objectifs de l'étudiant pour pouvoir l'encadrer au mieux, et dans un second temps voir la place de l'apprentissage du raisonnement clinique dans leur façon d'encadrer l'étudiant sage-femme.

La majorité des réponses sont tournées vers l'apprentissage des gestes, en effet les sages-femmes expliquent que « (..) *les gestes infirmiers doivent être acquis* », « (...) *vous devez maîtriser les gestes infirmier* », mais aussi « (..) *les touchers vaginaux doivent être acquis, les hauteurs de présentation dans le bassin peuvent être encore à travailler mais ça doit être bien mieux qu'en 3^{ème} année* » « (..) *les sutures sont encore à travailler* ». Il y a deux types de gestes : les gestes infirmiers qui incluent la pose de voie veineuse, les prises de sang, le sondage évacuateur et à demeure...etc. Et les gestes obstétricaux propres à la pratique d'une sage-femme comme les touchers vaginaux, les gestes pendant un accouchement, la délivrance...etc. En plus des gestes comme dans toute pratique il y a le raisonnement. D'après les résultats du tableau 1, l'apprentissage du raisonnement clinique est cité à travers la proposition des conduites à tenir « (..) *en 4^{ème} année l'étudiant doit proposer des conduites pour les patientes, ce qu'il ferait s'il était seul(..), qu'est-ce qu'il ferait pour la patiente en situation physiologique et pathologique* », les sages-femmes expliquent que l'étudiant doit

« (...) commencer à acquérir de l'autonomie par l'intermédiaire des conduites à tenir » qu'il propose aux sages-femmes. En effet, la proposition de conduite à tenir est l'aboutissement du raisonnement de l'étudiant, donc les sages-femmes prennent en compte cet apprentissage dans leur encadrement.

En ce qui concerne les gestes, on peut penser que ce côté du métier est sans doute plus facilement transmis car plus évaluable pour la sage-femme qui encadre l'étudiant, ce qui expliquerait pourquoi les sages-femmes ont cités cet apprentissage en majorité et de manière spontanée.

4.2 Encadrement du raisonnement : difficultés à chaque étape

Les tableaux 3,4 et 5 nous permettent de voir si les sages-femmes identifient des difficultés de raisonnement à chaque étape de celui-ci (recueil de données, élaboration d'hypothèse, proposition de conduite à tenir), et quelles en sont les causes selon elles. Si les difficultés sont repérées par les sages-femmes, elles pourront plus facilement agir sur les lacunes d'apprentissage du raisonnement clinique de l'étudiant.

4.2.1 Difficultés perçus par les sages-femmes dans le recueil de données

Au niveau du recueil de données les sages-femmes ont su déceler l'une des principales difficultés des étudiants : la non priorisation des données recueillies. Selon elles « *le recueil de données, l'anamnèse, est très théorique (...) vous n'allez pas vous centré sur le symptôme d'emblée* ». Marie-Claude Audétat détentrice d'une maîtrise en pédagogie a mené de nombreuses études sur des étudiants en médecine pour déceler les types de difficultés qu'ils éprouvaient dans la formation de leur raisonnement. En effet, la non priorisation des informations que la patiente délivre à l'étudiant est mise en évidence. Cette difficulté survient lorsque l'étudiant ne sélectionne pas les éléments clés qui serait susceptible de l'orienter pour l'élaboration de ses hypothèses. En conséquence son recueil de donnée n'est pas orienté et ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer une quelconque hypothèse (15) (20) (21). La consultation est « (...) très scolaire » pour les sages-femmes expérimentées, l'interrogatoire est standardisé. Mais il est normal pour un étudiant peu expérimenté d'avoir cette façon de procéder qui évoluera avec le soutien de ses encadrants, afin d'obtenir un raisonnement

clinique efficace. Pour les sages-femmes interrogées cette difficulté vient de l'apprentissage théorique « *vous avez votre cadre théorique d'une consultation que vous avez appris à l'école et au début vous n'en débordez pas* » et elles rajoutent « *(..) même si ce n'est pas centré d'emblée sur le symptôme si ce n'est pas urgent ce n'est pas grave* ». Elle serait aussi dû selon elles au manque d'expérience de l'étudiant.

L'autre difficultés mise en évidence par les sages-femmes à cette étape du raisonnement est le manque de pertinence des données recueillies. Dans le cas présenté la patiente consulte pour des pertes non hémorragique, dans l'hypothèse que ce ne soit pas une rupture de la poche des eaux nous avons demandé aux sages-femmes si les caractéristiques des pertes (c'est-à-dire abondance, couleur, consistance, odeur) étaient détaillés par les étudiants : « *en général les caractéristiques ne sont pas trop détaillées* » , « *si le diagnostic n'est pas franc comme une rupture, les caractéristiques ne seront pas creusées, par manque d'habitude je pense* » et pourquoi ne le sont-elles pas ? « *(..) cela dépend du niveau de l'étudiant, si c'est une fin d'année ou un début* », « *tout dépend de l'étudiant certains ont besoin d'être plus aiguillés que d'autres* ». Cette difficulté notée par les sages-femmes rejoint la précédente. Si le recueil de données n'est pas orienté, orientation soutenue par le désir d'affirmer ou non une hypothèse diagnostique, celui-ci manque de pertinence. En effet, si l'étudiant n'a pas les autres diagnostics possibles, comme par exemple une vaginose, il ne détaillera pas les caractéristiques des pertes.

Enfin la troisième difficulté citée par les sages-femmes est la non inclusion de nouvelles données. En effet, selon les études une des difficultés remarquées par les professionnels dans la formation du raisonnement clinique, est le manque d'inclusion de nouvelles données. Effectivement, l'étudiant n'inclue pas une donnée car elle sort de son cadre théorique et donc a du mal à l'intégrer dans son raisonnement. On parle d'ancrage. C'est-à-dire que l'étudiant a figé son raisonnement sur un certains nombres d'éléments et ne s'adapte pas aux nouvelles informations (9) (19). Les sages-femmes ont identifié cette difficulté et c'est pour cela qu'elles interviennent dans la consultation en insistant sur la nouvelle donnée afin de lui permettre de compléter son recueil. L'étudiant aura ainsi toutes les données afin de formuler une hypothèse correcte.

Concernant les causes de ces difficultés pour l'étape du recueil de donnée, nous avons différenciés en fonction des réponses données deux types de causes :

- Des causes intrinsèques (propre à l'étudiant)
- Des causes extrinsèques (propre aux dispositifs de formation)

Les causes intrinsèques, sont plutôt de nature cognitive nous avons :

- Les lacunes théoriques (en lien avec le niveau de l'étudiant : s'il est en début de 4^{ème} année il aura forcément moins de connaissance qu'en fin d'année)
- Un défaut d'organisation des connaissances. En effet, l'étudiant peut avoir des difficultés à mobiliser avec agilité ou intégrer ses connaissances dans un processus d'analyse d'une situation clinique. C'est ce que les sages-femmes ont noté lorsqu'elles parlent de recueil trop systématique, standardisé, avec une difficulté à inclure de nouvelles données. Pour les aidés, elles interviennent dans la consultation en insistant sur la donnée qui permettra à l'étudiant de former une hypothèse correcte.

Dans les causes extrinsèques, les sages-femmes citent le manque d'expérience. En effet, l'étudiant pour se rassurer récite son anamnèse dans un ordre précis et rigide, par manque d'expérience mais aussi de confiance.

4.2.2 Difficultés ressenties par les sages-femmes dans l'élaboration du/des hypothèses

Au niveau de la formulation des hypothèses (tableau 4), les sages-femmes interrogées rapportent que l'étudiant dans ses apprentissages du raisonnement clinique, va se centrer sur une seule hypothèse. Lorsque le cas est courant comme une rupture de la poche des eaux cela ne pose pas de problèmes. Cependant, lorsque le diagnostic est complexe, en situation d'incertitude, la majorité des sages-femmes disent que toutes les autres hypothèses ne sont pas explorées, « (...) oui l'étudiant est capable de donnée des hypothèses diagnostiques. Enfin cela dépend.. si c'est une rupture franche oui, mais si ce n'est pas le cas, pas vraiment ». On retrouve cette difficulté chez plusieurs étudiants, on parle du phénomène de fermeture prématuré. C'est-à-dire que l'étudiant se focalise sur une hypothèse et n'explore pas les autres, soit par une anamnèse orientée sur un seul élément comme expliqué ci-dessus, soit par une non formulation des diagnostics différentiels (14) (16) (17). Les sages-femmes ont expliqué cela par le fait que l'étudiant n'est peut-être pas assez à l'aise pour exprimer sa pensée « (...) je trouves que les étudiants proposent plus d'hypothèses lorsqu'ils côtoient la même sage-femme durant plusieurs gardes, ils sont plus à l'aise ». Nous avons retrouvé dans

plusieurs études d'autres causes qui peuvent expliquer ce phénomène. On retrouve le facteur de gêne évoquer par les sages-femmes, mais aussi un manque de temps évoquer par les étudiants. La consultation est courte donc ils ne pensent pas à explorer d'autres pistes. On retrouve aussi entre autres, un manque de mobilisation des connaissances comme cité pour l'étape du recueil de données (16)(20)(25). Une sage-femme interrogée a évoqué comme autre cause à cette difficulté, un recueil de données désorganisé non ciblé sur le symptôme. Comme expliqué précédemment, les étapes du raisonnement sont liées, si les données ne sont pas recueillies correctement, il peut y avoir des conséquences sur la recherche d'hypothèses. In fine, cela peut aboutir à des erreurs diagnostics.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'argumentation des hypothèses des étudiants. Ceci permet à la sage-femme de voir comment l'étudiant raisonne pour formuler son hypothèse, sur quels éléments s'est-il appuyé. Les sages-femmes nous ont expliqués que l'étudiant ne justifiaient son hypothèse diagnostic que lorsqu'elle le lui demandait « *(..) la justification n'est pas dîtes de manière spontanée, il faut vous poser des questions pour que vous expliquiez, mais en général elle est appropriée* ». Nous voyons donc que la majorité des sages-femmes demandent à l'étudiant d'expliquer son raisonnement. Cependant, elles ne demandent pas à l'étudiant de citer systématiquement les diagnostics différentiels « *en pratique ils ne disent pas toutes les étiologies et je ne leur demande pas forcément* ». Ceci pourrait être une façon de faire réfléchir l'étudiant et de l'amener à faire un recueil de données plus précis pour les prochaines consultations.

4.2.3 Origines des difficultés selon les sages-femmes, des étudiants pour proposer des conduites à tenir

Concernant l'aboutissement du raisonnement clinique pour la proposition de conduite à tenir (tableau 5), la majorité des sages-femmes interrogées trouvent que les étudiants en proposent. Mais elles nous ont rapporté que ce n'était pas toujours le cas et que cela dépendait de plusieurs facteurs :

- du vécu des stages précédent de l'étudiant (peur des réactions de la sage-femme) :
« *le vécu des stages joue beaucoup dans le fait de proposer des CAT, même si l'étudiant sais ce qu'il doit faire, il n'oseras pas le faire parce que la sage-femme l'aura disputé le stage d'avant* »

- du manque de connaissances (quand la situation est habituelle les CAT sont dites mais pas dans le cas contraire) : « (...) quand vous êtes dans une situation qu'on rencontre souvent comme je ne sais pas, une stagnation de la dilatation en salle vous nous dites bien ce qu'il faut faire. Mais dans des cas plus rares comme une vaginose pas trop vous y arriver moins spontanément », « (...) en fonction des situations c'est proposé. Sur une entrée sans urgence oui, après en salle s'il y a de la pathologie on vous laissera moins faire, on prendra les devant"

Les causes de la non proposition de conduite à tenir des étudiants est donc majoritairement intrinsèque (comme expliqué précédemment), propre à l'étudiant.

4.3 Encadrement du raisonnement : accompagnement global

4.3.1 Encadrement de l'étudiant lors d'une consultation

Nous rappelons ici le cas clinique utilisé pour l'entretien : une patiente primipare sans antécédent particulier consulte à terme pour des pertes (écoulements) non hémorragique. Le suivi de grossesse est sans particularité, à la dernière consultation son col était long postérieur fermé.

Au niveau de sa façon global d'encadrer l'étudiant (tableau 2), la sage-femme accompagne l'étudiant dans la chambre de la patiente en fonction de deux facteurs :

- Si elle a déjà travaillé avec l'étudiant (majorité des réponses)
- De son niveau dans l'année d'étude (si c'est un début ou une fin de 4^{ème} année)

Si elle n'a pas travaillé avec l'étudiant elle l'accompagnera afin d'observer sa pratique tant clinique avec les gestes, que sa façon de raisonner avec les questions que l'étudiant posera à la patiente, l'ordre dans lequel il les pose. Elle rajoutera ce qui lui semble manquer dans son interrogatoire durant la consultation en effet « (...) même si cela peut paraître déstabilisant je me permets d'intervenir pour préciser certains points ». Cependant au niveau des gestes elle laissera faire l'étudiant. Il restera donc autonome dans la réalisation des gestes.

Si la sage-femme n'accompagne pas l'étudiant (dans le cas où elle a déjà travaillé avec lui) elle lui demande avant qu'il aille voir la patiente, quelles sont les questions qu'il va lui poser et quels gestes va-t-il faire. Dans ce cas-là, la sage-femme lui demande de cibler son interrogatoire directement sur le symptôme de la consultation (ici les pertes) ce qui n'est pas forcément le cas lorsqu'elle l'accompagne dans la chambre. En effet, l'étudiant aura tendance à tout détailler sans se centrer sur le symptôme (cf tableau 3).

Nous avons donc deux types d'encadrement : observation directe de l'étudiant dans la chambre et observation indirecte avec les questions posées par le professionnel à l'étudiant sur son choix de prise en charge de la patiente (ou supervision directe et indirecte). D'après la littérature, ces deux types d'encadrements sont complémentaires et nécessaires à la reconnaissance des difficultés de formation du raisonnement clinique chez l'étudiant. La supervision directe est le fait d'observer l'étudiant lors de la consultation. Cette méthode a de nombreux avantages. En effet, la supervision directe répétée permet à l'encadrant (ici la sage-femme) de recueillir plusieurs informations qui vont lui permettre d'émettre des hypothèses sur l'origine des difficultés de l'étudiant. C'est en multipliant les observations de l'étudiant, dans plusieurs situations cliniques différentes, avec des encadrants différents, que l'encadrant sera en mesure de dépister des anomalies dans la formation du raisonnement de l'étudiant. Ce n'est pas parce que la sage-femme a déjà accompagné l'étudiant dans la chambre qu'il ne faut plus y retourner avec lui. La supervision directe est un processus ciblé, réfléchi et dynamique qui permet d'identifier des problèmes non perçus par la supervision indirecte, c'est-à-dire lorsque l'étudiant rapporte sa consultation à la sage-femme (17) (21). Selon Cydulka et al, il n'est pas rare que l'étudiant omette de rapporter à la personne qui l'encadre, certaines informations qui ne lui ont pas paru importantes, ce qui a pour conséquence des erreurs dans la formulation d'hypothèses diagnostiques et donc des erreurs dans le traitement que l'étudiant suggère. De plus, il y a une discordance entre ce que l'encadrant croit que l'étudiant a compris lors de la consultation et ce que l'étudiant pense réellement (18) (19). Cependant, cette méthode de supervision directe peut engendrer de l'anxiété chez certains étudiants, une angoisse de performance. Zuzelo a mis en évidence à quel point des étudiants peuvent ressentir du stress lorsqu'ils se sentent observés, et d'autant plus quand ils rencontrent des difficultés pendant la consultation, alors qu'ils sont issus d'un groupe d'étudiant habituellement très motivé et surtout performant. Selon cette étude, la

supervision directe pourrait donc nuire à l'efficacité clinique et à la concentration de l'étudiant (35). Pour autant, d'autres études expliquent que même si le fait d'être observé peut-être générateur de stress, à l'inverse, l'étudiant peut aussi être plus rigoureux (cela ne signifie pas qu'il met en danger son patient lorsqu'il n'est pas observé) dans ses actes ou plus attentif à sa relation avec le patient. Pour que cette méthode ait un retentissement positif sur l'apprentissage de l'étudiant, l'encadrant donne un retour à l'étudiant (=feedback ou rétroaction) tout de suite après la consultation. Il faut un retour efficace pour permettre à l'étudiant de progresser. Ce point sera détaillé dans la discussion. D'après les conclusions de Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G et coll, la répétition de cette méthode ainsi qu'un retour à l'étudiant après la consultation, facilitent l'acceptation de celui-ci à être observé et une fois l'inconfort des premiers moments passé, les étudiants apprécient cette méthode (36). Néanmoins ceci est une méthode d'apprentissage pour pallier les lacunes de son raisonnement clinique, donc son application dépend du niveau de l'étudiant, de ses difficultés ou non à construire son raisonnement, ainsi que de la situation clinique qu'il rencontre afin de ne pas limiter son acquisition à l'autonomie.

L'encadrant a donc un rôle pédagogique primordial. Pourtant, il n'est pas rare que certains professionnels aient des difficultés à assumer ce rôle. C'est une des difficultés exprimées par les sages-femmes interrogées dans notre étude « (...) *je ne me sens pas pédagogue* » « (...) *l'enseignement est réservé aux formatrices* », « (...) *la pratique on la connaît mais ils nous aient difficile de vous la transmettre, nous ne sommes pas professeur* ». Même si la supervision directe demande de l'investissement auprès des professionnels, elle peut permettre aux sages-femmes de dynamiser ou revitaliser leur motivation à l'enseignement sur le terrain, et de les rassurer dans ce rôle-là. Pourtant les sages-femmes sans le savoir sont ce que l'on décrit en pédagogie des modèles de rôle. Le modèle de rôle positif est défini comme une personne représentant une source d'inspiration pour les étudiants en raison de sa manière d'être et de faire sur le plan professionnel. Ainsi lorsque la sage-femme est observée par l'étudiant au contact des patientes ou de l'équipe de soins, elle influence les apprentissages des étudiants. C'est au contact de plusieurs modèles que l'étudiant développe ses compétences et son identité professionnel, de ce fait les sages-femmes participent à son apprentissage sans vraiment s'en rendre compte (2) (4) .

4.3.2 Temps d'échange (feedback ou rétroaction) avec les étudiants

Dans une démarche d'analyse de l'encadrement des étudiants par les sages-femmes, lorsqu'il s'agit d'une situation d'incertitude plus complexe et plus difficile pour les étudiants, nous nous sommes intéressés aux temps qu'elles prenaient pour lui faire un retour sur sa garde. Ceci permet aux sages-femmes d'expliquer à l'étudiant les points sur lesquels il peut travailler pour progresser. C'est ce qu'on appelle le feed-back ou rétro action. L'objectif est, entre autres, d'impliquer l'étudiant et de lui apporter des conseils de progression sans jugement de valeurs. (28) (29). Dans notre étude, la majorité des sages-femmes interrogées prennent ce temps. Néanmoins, elles nuancent leurs propos en disant que cela n'est pas toujours facile en fonction de l'activité de la garde. Concernant le raisonnement c'est dans ce temps de retour que les sages-femmes vont poser des questions à l'étudiant le poussant à réfléchir d'abord par lui-même (pourquoi as-tu décidé cela, que cherches-tu à montrer) : « (...) oui, je lui pose des questions et après j'argumentes en lui expliquant ou je voulais en venir », « (...) oui j'essayais de lui expliquer mon raisonnement mais en fonction de l'activité ou du lien que tu as avec ce n'est pas toujours facile » Elles expliquent leur raisonnement en rebondissant sur ce que dit l'étudiant. Une seule sage-femme a parlé de mots clés pour expliquer son raisonnement. En effet, pour guider l'étudiant dans son raisonnement, la sage-femme lui cite les mots qui l'ont aidé à formuler sa pensée, elle l'explique de cette façon : « quand la patiente me dit ça. Je pense à tel pathologie » où « quand je vois tel signe clinique je pense à.. ».

Ce feedback est essentiel dans l'apprentissage des étudiants, il sera développé dans la discussion.

4.3.3 Apprentissage du raisonnement clinique selon les sages-femmes interrogées

Durant les entretiens, nous avons demandé aux sages-femmes comment, selon elles, l'étudiant pouvait acquérir ce raisonnement clinique et comment elles pensaient leur transmettre (tableau 7). Pour la majorité des réponses, le raisonnement clinique s'acquiert avec de l'autonomie. Plusieurs sages-femmes ont expliqué que le fait d'être seule face à une situation, les amenait, par exemple, à recueillir tout de suite les informations pertinentes pour le cas et de les prioriser, « (...) c'est en faisant les choses qu'on apprend. C'est pourquoi je

laisse faire les étudiants autant que je peux, c'est en faisant des erreurs qu'on apprend », « (..) quand tu te retrouves seule. Pendant les études on vous chaperonne c'est difficile à acquérir ».

Pour autant, l'une de leur difficulté dans l'encadrement, est de laisser à l'étudiant cette autonomie. C'est pourquoi on parle ici plutôt de supervision clinique plutôt que de réelle autonomie. C'est-à-dire que la sage-femme laisse faire l'étudiant, et lui donne un retour qui le fera progresser. Si les étudiants étaient seul lors des consultations, les sages-femmes ne pourraient évaluer le degré de compétence de celui-ci et le faire progresser.

Elles rajoutent que l'expérience joue beaucoup dans la mise en place du raisonnement, *« (..) le raisonnement clinique s'acquière avec l'expérience. Même une nouvelle diplômée pose beaucoup de questions et c'est normal ce serait dangereux de ne pas en poser »*

En effet avec de l'expérience, de nouvelles prises en charges et situations cliniques vont s'ajouter à celles que les étudiants ont déjà. Ceci leur permet de contextualiser leurs connaissances et de les mobiliser plus rapidement car ils reconnaissent automatiquement la situation clinique. Dans les processus de pensée isoler pour raisonner on parle de raisonnement non analytique. Il fait appel à des modèles qui permettent au clinicien de reconnaître directement la pathologie et donc de poser le diagnostic ou de l'orienter vers une ou plusieurs hypothèses. C'est un processus inconscient c'est pour cela que les sages-femmes pensent avoir difficulté à le décortiquer en l'expliquant aux étudiants (4) (8) (12) (26).

Concernant le raisonnement clinique et son encadrement, les réponses sont mitigées. Pour certaines sages-femmes, elles le font de manière spontanée en posant des questions à l'étudiant pour le faire réfléchir et le pousser à verbaliser lui-même son raisonnement. Pour d'autres elles expliquent qu'elles auraient tendance à se concentrer sur des gestes cliniques plutôt que sur le raisonnement. Lorsque l'activité de la garde est importante elles ne penseront pas forcément tout de suite à faire réfléchir l'étudiant, *« (..) on vous encadre plus sur des gestes que sur des conduites à tenir. On vous laissera faire un accouchement sans soucis mais on ne vous laissera pas forcément le temps de réfléchir sur une conduite" »*

Il est important que l'étudiant explique ses objectifs en début de garde, qu'il exprime son souhait de travailler sur le raisonnement clinique car certaines sages-femmes expliquent que l'apprentissage du raisonnement clinique à l'étudiant dépend *« (..) des objectifs de l'étudiante en stage. En général on travaille les deux les gestes et le raisonnement. C'est bien de nous dire les objectifs en début de stage et de voir avec les chefs pour avoir des sages-femmes référentes »*

sur le stage ». Expliciter ces besoins (les besoins de l'étudiant) en stage permet un dialogue avec le professionnel qui pourra ensuite évaluer les performances de l'étudiant de manière précise. De plus, ceci permet à l'étudiant d'être acteur de sa formation et de progresser dans ses acquisitions. Nous sommes actifs lorsqu'on agit mais acteur lorsqu'on développe des plans d'actions pour atteindre le but fixé. En effet, les connaissances mobilisées, les variables sur lesquels l'étudiant peut agir pour pouvoir atteindre le résultat attendu le rend acteur de son stage. Le processus utilisé pour résoudre le problème, est plus important que le résultat (3) (6) (29). Pour développer cela, la sage-femme peut donner à l'étudiant, une tâche complexe (en rapport avec son niveau) à réaliser. Nous nous sommes intéressés aux étudiants en avant-dernière année de formation. Durant cette année, il acquiert petit à petit plus d'autonomie en vue de la dernière année et de l'exercice professionnel. Dans une situation complexe donc, donné par son encadrant, l'étudiant va se concentrer sur le processus permettant d'atteindre le résultat. L'encadrant lui demande de réfléchir sur la manière dont il utilise ses ressources. De ce fait, il crée sa propre solution et se sent plus autonome même en ayant été guidé par la sage-femme, car il se sent plus responsable dans la prise en charge de la patiente.

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes si une formation sur les moyens d'améliorer l'apprentissage du raisonnement clinique aux étudiants les intéresserait. Une formation qui leur détaillerait les difficultés rencontrées par les étudiants et comment y remédier. Parmi les sages-femmes qui ont répondu, certaines ont suivi la formation continue sur le tutorat étudiant. C'est une formation organisée par une association, l'ANFIC (=Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes), qui permet de donner aux professionnelles un cadre pédagogique pour encadrer les étudiants accueillis en stage. Pourtant, celles ayant fait cette formation, nous ont rapportés qu'il n'y avait pas de choses précises sur le raisonnement clinique. D'après les réponses, elles ont eu de la théorie sur la pédagogie. Elles n'ont pas forcément plus d'outils pour les aider dans leurs rôles d'encadrante, elles souhaiteraient « (...) *trouver les bons mots pour vous expliquer les choses. La pratique on la connaît, c'est comment vous la transmettre qu'on ne sait pas* ». Mais cette formation leur a permis de se concentrer sur l'étudiant en lui posant plus de questions qu'elles ne le faisaient auparavant, de l'impliquer dans la prise en charge. Ceci est positif pour l'apprentissage du raisonnement clinique.

Pour celles n'ayant pas bénéficié de formation continue sur le tutorat, elles aimeraient une formation sur l'apprentissage du raisonnement. Elles se rendent compte pour certaines, qu'elles sont plus centrées sur l'apprentissage des gestes.

4.3.4 Impact de la réforme de 2011 sur l'encadrement des étudiants sages-femmes

Pour terminer, nous nous sommes intéressés à l'impact de la réforme de 2011 sur les études maïeutiques. Cette réforme vise à réduire le taux d'échec en première année de médecine et réorienter les étudiants qui ne sont pas dans le numérus clausus. On parle de première année commune aux études de santé (PACES), car elle réunit les trois professions médicales : sage-femme, dentaire et médecine, ainsi que pharmacie. Elle se déroule en deux semestres et le premier est commun au 4 filières quelques sois la filière à laquelle l'étudiant se destine. Le choix se fera au deuxième semestre avec un classement. La façon de rentrer en école de sage-femme à changer, il n'y avait pas ce passage en première année de médecine : *« (..) la première année de médecine ne vous sert à rien, elle vous épuise. Il aurait mieux valu un an de plus d'école ou ont approfondie la pathologie. Il vous manque de la pratique. »* D'après les réponses obtenues, la majorité des sages-femmes (qui n'ont pas connue cette réforme) se disent perturbé dans leur encadrement par ce nouveau cursus. Notamment sur la clinique. Les gestes infirmiers (pose de voies veineuses, prises de sangs, toilette) sont appris en deuxième année d'école. Dans leurs études, lorsqu'elles rentraient en deuxième année tous ses gestes étaient acquis : *« Vous avez moins de stages infirmier donc votre clinique est moins développée ce qui peut vous freinez dans votre raisonnement. Avoir déjà une bonne clinique pour raisonner »* Elles doivent donc maintenant leur apprendre ces gestes en plus de la pratique obstétricale (les touchers vaginaux par exemple) ce qui les perturbe dans leur encadrement.

De plus, elles expliquent que le contenu de la formation universitaire n'est pas vraiment connu : *« (..) vos études sont beaucoup plus universitaire que nous, j'ai fait le tutorat et cela m'a aidé à me resitué par rapport à votre cursus, vos connaissances », « On ne sait pas trop ce que vous faite, par exemple la pathologie quand est-ce que vous l'apprenez ? »* Par exemple, la majorité des sages-femmes interrogées ne situaient pas l'année où l'étudiant apprenait les pathologies obstétricales (c'est en avant dernière année). Elles se sentent donc en difficulté pour transmettre leurs connaissances à l'étudiant, nécessaire à la formation d'un

raisonnement clinique solide même si la sage-femme explique en quelques mots la pathologie pour donner du sens à ce voit et fait l'étudiant. Concernant cette difficulté, les sages-femmes ayant fait le tutorat nous rapportent que leur motivation première à faire cette formation était de se resituer dans ce nouveau cursus et voir ce que les étudiants apprenaient et quand ils l'apprenaient.

4.4 Résumé des difficultés retrouvés et causes possibles de celles-ci

En résumé, à travers ces entretiens nous avons vu que les sages-femmes savent identifier les principales difficultés de formation du raisonnement clinique chez les étudiants.

Pour l'étape du recueil de données nous avons évoqués :

- la non priorisation des données recueillis auprès de la patiente
- le manque de pertinence des informations que l'étudiant récolte sur le cas
- la non inclusions de nouvelles données

Pour l'élaboration des hypothèses :

- fermeture prématuré (sélection d'une seule hypothèse en centrant son anamnèse sur cette hypothèse)

Concernant les causes de ces difficultés les sages-femmes ont évoqué des causes intrinsèques (propre à l'étudiant) : difficultés de mise en lien entre la théorie et la pratique, manque de connaissance, se sentent mal à l'aise avec la sage-femme qui les encadre, mauvais vécu de stages. Mais il y en aussi d'autres causes retrouvées dans la littérature, non évoquées dans les entretiens, qui pourrait expliquer les difficultés de mise en place du raisonnement clinique : nous avons celles liées au stage :

-Recherche de validation plutôt que de compétences. En effet, l'étudiant cherche à plaire au professionnel en lui donnant la réponse ou en faisant ce qu'il suppose être attendu par lui. L'étudiant sage-femme n'est plus centré sur la patiente mais sur la sage-femme, ce qui biaise l'apprentissage de son raisonnement clinique. Il ne travaille que pour la note et non pour acquérir une compétence.

-Manque de pratique réflexive, attitude passive de l'étudiant. C'est lorsque l'étudiant est spectateur de sa formation et non acteur. Il manque de questionnement dans sa pratique, fait les actes et applique des prises en charges de manière mécanique, ce qui l'amène à un raisonnement clinique bancal voir non acquis.

Celles liées au métier :

-L'étudiant a une posture d'apprenant et n'arrive pas à se projeter en tant que professionnel. Il ne se rend pas compte qu'il le sera à son tour, et comme l'attitude passive, ne se questionne pas assez sur ses pratiques pour mettre en place un début de raisonnement clinique.

Dans les causes extrinsèques, nous retrouvons le manque d'expérience, mais aussi les causes extrinsèques liées au stage. Nous avons entre autres, l'utilisation des étudiants « petites mains ». En effet, dans les entretiens les sages-femmes ayant fait la formation sur le tutorat ont évoqué ce facteur, « *le tutorat m'a permis de me rendre compte que vous êtes nos futures collègues et qu'on doit vous former. Avant je vous voyais plus comme des "petites mains" qui nous aidaient et qu'ont aidaient en échange en vous apprenant des gestes* ». Tout comme les causes intrinsèques évoqués ci-dessus, l'explication réside dans la posture de l'étudiant, soit qu'il s'attribue par lui-même (attitude passive, pas de projection en tant que professionnel), soit qu'on lui attribue (« étudiant petite mains »), mais qui a pour but d'être délétère pour l'apprentissage de son raisonnement clinique. (24) (25) (30)

L'objectif de cette étude était de comprendre comment les sages-femmes participent à l'apprentissage du raisonnement clinique nécessaire à l'exercice de la profession. Nous avons vu que c'est en repérant d'une part, les difficultés des étudiants à chaque étape du raisonnement, et d'autre part pour certaines, en les poussant à verbaliser leur raisonnement en les questionnant, que la sage-femme les guide dans l'acquisition de ce raisonnement. En effet, le retour (feedback) fait à l'étudiant après la consultation permet à la sage-femme de lui expliquer son raisonnement et quels mots clés (pour certaines) lui a permis de déduire une hypothèse diagnostique. Néanmoins ce retour n'est pas fait de la même façon en fonction des sages-femmes (toutes ne posent pas systématiquement des questions à l'étudiant pour lui faire verbaliser son raisonnement), il ne contient pas la même chose et en fonction de la charge de travail pendant la garde ne se fait pas systématiquement.

5 Discussion des résultats et propositions

5.1 Le feedback

Nous avons vu que les difficultés de raisonnement clinique étaient bien identifiées par les sages-femmes. Nous nous sommes aperçus que le problème n'était pas dans l'identification mais dans la transmission. Comment faire part aux étudiants des difficultés mise en évidence. Nous avons abordé brièvement le feedback et nous avons décidé de l'approfondir dans cette partie. C'est dans ce temps-là que les sages-femmes expliquent leur raisonnement et posent des questions à l'étudiant pour le faire réfléchir. En fonction de la charge de travail pendant la garde, le feedback n'était pas forcément effectué. Qu'est-ce que le feedback, et comment peut-il être bénéfique à l'étudiant et aux sages-femmes ? C'est ce que nous allons essayer de détailler ici.

5.1.1 Définition

Le *Feedback* traduit littéralement de l'anglais « *rétroaction* », est une pratique pédagogique qui consiste, pour l'enseignant, à apporter un retour sur la tâche effectuée par un étudiant. Les activités de soins spécifiques au lit du malade constituent le support principal de la formation en milieu clinique. C'est en observant l'étudiant en supervision directe (dans la chambre du patient) que le professionnel pourra apprécier les forces et les points à travailler de l'étudiant et lui retourner cette information.

Le feedback est là pour permettre à l'étudiant de bonifier sa pratique. L'étudiant entreprend une action dans le but d'obtenir un résultat (par exemple, effectuer une prise de sang) et le feedback consiste de la part de la sage-femme, à observer et rediriger l'étudiant dans un cycle continu d'essais-erreurs pour qu'il puisse s'améliorer et réussir. Pour que le feedback soit le plus efficace possible, l'étudiant doit donc être conscient des objectifs à atteindre sans quoi le retour n'aura aucun intérêt (objectif acquérir le geste adéquat pour une prise de sang par exemple).

5.1.2 Avantage du feedback

Les avantages d'un feedback réussi sont nombreux, tant pour l'étudiant que pour le professionnel. Il permet à l'étudiant de définir ses attentes, ses axes de travaux, d'évaluer ses

apprentissages et in fine de progresser. Un bon feedback encourage l'étudiant à se sentir responsable et fier de ce qu'il sait faire, et lui permet d'entreprendre les actions nécessaires pour combler les lacunes qui ont été mis en évidence par la SF. Elle doit guider l'étudiant pour qu'il parvienne à accomplir une tâche qui lui pose des difficultés, sans simplement lui signaler que ce qu'il a fait est faux. Cela ne permet pas à l'étudiant de corriger son raisonnement et de repartir sur de bonnes bases. Elle doit lui expliquer clairement quel est le cheminement à suivre pour résoudre la tâche qui pose problème à l'étudiant.

En ce qui concerne le professionnel, lorsque l'étudiant émet un raisonnement erroné, le feedback lui permet en expliquant où l'étudiant se trompait et pourquoi, de se remettre en question sur la façon dont son enseignement préalable a été transmis. Ce qu'il doit changer ou améliorer pour s'adapter à l'étudiant. (8) (10) (11)

L'art de donner un bon feedback n'est pas inné il peut s'apprendre et nous allons voir comment.

5.1.3 Les différents types de feedback

Il existe de nombreux feedback. Les feedback efficace et inefficace font référence à la façon dont le message est transmis. Le feedback efficace guide l'étudiant vers l'objectif à atteindre en lui posant des questions tout au long de son raisonnement pour tester la bonne compréhension et application du savoir. De cette façon l'enseignant ne laisse pas le temps à l'erreur de se cristalliser dans l'esprit de l'étudiant qui est tout de suite redirigé sur la bonne voie.

En revanche le feedback inefficace est un feedback qui porte sur la personne. Dire à l'étudiant « qu'il est nul » ne favorise pas son apprentissage, où comme expliqué ci-dessus, de simplement lui dire que son raisonnement est faux sans lui expliquer clairement la bonne marche à suivre n'est pas suffisant pour qu'il puisse progresser.

L'enseignant doit être vigilant sur la façon dont il délivre son message. Le but d'un feedback n'est pas de condamner une conduite mais de rediriger en donnant à l'étudiant des axes sur lesquels il peut agir. En sachant que le feedback est un moment d'anxiété et d'incertitude aussi bien pour celui qu'il le reçoit que la personne qui le délivre. Il peut susciter des réponses émotionnelles comme une réaction de défense ou de colère de la part de l'étudiant. Pour

atténuer, voir éviter ce genre de réaction certaines études parle de « feedback sandwich ». Stritter et al, explique que les commentaires négatifs sont habituellement mieux reçus lorsqu'ils sont accompagnés de commentaires positifs. En effet, un point de feedback positif, peut être suivi d'un point négatif, et terminé par un point de renforcement positif. (40) (31)

5.1.4 Les objectifs du feedback

Selon Stevan Miljevic il existe 5 objectifs d'un feedback efficace :

- dire à l'étudiant si ce qu'il a fait jusque-là est juste ou faux
- expliquer à l'étudiant pourquoi ce qu'il a fait est faux
- lui expliquer la bonne marche à suivre pour se corriger et réaliser correctement l'acte
- lui proposer d'autres alternatives pour résoudre le problème
- lui indiquer des pistes d'approfondissement/de prolongement

Pour que le feedback soit le plus efficace possible, l'étudiant doit connaître ses objectifs à atteindre et le professionnel qui le guide ne doit pas laisser une erreur se développer. Un feedback efficace permet à l'étudiant d'augmenter son estime de soi. En effet, lorsque l'étudiant arrive à résoudre un cas clinique ou réussi à effectuer une tâche, son sentiment d'auto efficacité augmente et rejailli sur sa motivation pour atteindre ses objectifs. (40) (31)

5.1.5 Recommandation sur la délivrance d'un feedback

5.1.5.1 Points que doit contenir un feedback efficace :

- Le feedback se concentre sur les comportements observables de l'étudiant. En effet, le message que le professionnel lui donne est limité aux faits et aux résultats observés de ses actions, sans présumer de ses intentions. Il faut signaler à l'étudiant ce qui a été observé : par exemple une nouvelle donnée pertinente non incluse dans le recueil, et explorer avec lui les raisons de cette non inclusion.
- Les points évoqués par le professionnel doivent être remédiable. Il n'y a pas d'intérêt de signaler des détails qui ne peuvent être modifier.

-Le feedback est purement descriptif, il ne vise pas à critiquer la valeur personnelle de l'étudiant. Le langage utilisé est objectif et ne porte pas de jugement à son égard.

-Comme expliqué ci-dessus le moment du feedback peut provoquer des réactions émotionnelles vive chez l'étudiant, et nous avons évoqué le « feedback sandwich » pour le limiter. Il consiste à accompagner le retour négatif d'un retour positif. Il est important de donner un feedback équilibré (avec du positif et du négatif). Le but étant de favoriser l'estime de l'étudiant et sa motivation quant à son implication dans ce feedback. Il sera plus à l'écoute et plus à même d'intégrer les remarques qui lui ont été fait.

5.1.5.2 A quel moment et comment effectuer ce feedback :

-Il doit être fait le plus tôt possible après la période d'observation de l'étudiant avant que des oublies sur la prestation est lieu. Si le professionnel ne fait pas un retour immédiat, l'étudiant peut aussi chercher des opportunités de feedback tout au long de la garde pour lui-même lui demander un retour sur la prise en charge donnée.

-Le faire de manière répétée tout au long de la garde après chaque observation que la sage-femme jugera utile de débriefer. Néanmoins le nombre de messages à donner doit être limité aux points significatifs.

-L'environnement pour faire le feedback est aussi important même si ce n'est pas toujours facile de trouver un endroit adéquat, essayer de le faire dans un endroit calme sans être interrompu.

-Impliquer l'étudiant pour lui permettre d'effectuer d'abord son auto évaluation sur ces conduites, ses actions, les prises en charges des patientes. Ceci lui permet de le préparer à recevoir l'évaluation d'un observateur.

-Vérifier que le message transmis a été compris par l'étudiant, en lui faisant par exemple reformuler ce qu'a dit le professionnel.

Le feedback agit donc comme agent de renforcement dans l'apprentissage du raisonnement clinique des ESF, car c'est pendant ce temps là que l'étudiant pourra décomposer son raisonnement, l'explicitier et l'argumenter. De ce fait, la sage-femme pourra le rediriger et lui expliquer ses ou son erreur et le faire progresser.

5.2 Stratégie de remédiations à l'identification des problèmes de raisonnement

5.2.1 Stratégie à chaque étape du raisonnement

Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin et G. Sanche, ont effectué une série de travaux sur le raisonnement clinique et plus particulièrement sur les difficultés des cliniciens à identifier les problèmes de raisonnement des étudiants et à élaborer des stratégies de remédiations. Ces études soulignent le fait que le clinicien se sent à l'aise lorsqu'il s'agit d'expliquer une erreur de diagnostic à un étudiant, car il se sert de ses connaissances médicales pour lui expliquer. Néanmoins, il aura plus de difficulté à comprendre pourquoi l'étudiant s'est trompé et à le lui expliquer. En effet, le professionnel ne se sent pas pédagogue (comme les sages-femmes de notre étude) et n'a pas d'outils pour le guider dans son encadrement des étudiants. C'est pour cela, que ces travaux ont mené à un guide « d'aide au diagnostic pédagogique », qui permet aux cliniciens de voir à quelle étape du raisonnement l'étudiant a des difficultés et surtout comment peut-il faire pour l'aider. (17) (28) (29)

5.2.1.1 A l'étape du recueil de données :

Indices qui montrent que le recueil de donnée effectué est défaillant :

- L'étudiant ne cible pas ses questions sur le symptôme,
- L'étudiant ne pose pas les questions clés précocement
- Le questionnaire peut être exhaustif, stéréotypé et non ciblé selon la plainte du patient.
- Anamnèse désorganisée, sans fil conducteur
- Un recueil trop systématique qui ne fait pas ressortir les éléments clés
- Un non priorisation des éléments servant à élaborer le diagnostic
- Anamnèse rigide qui n'inclue pas les nouvelles données

Le clinicien peut poser à l'étudiant des questions pour lui faire expliciter son raisonnement, par exemple : « *Quels indices clés as-tu identifiés dans cette situation ?* » « *Au début, lorsque*

le patient t'a mentionné ce symptôme, à quoi as-tu pensé ? » « Quand le patient te dit / ou que tu observes (telle chose) puis (telle chose) et encore (telle chose)...à quoi cela devrait-il faire penser ? »

Pour aider l'étudiant, le professionnel peut verbaliser et expliciter son propre raisonnement : « *Quand j'entends (tel symptôme), je pense à (diagnostics), parce que...* », ou bien reprendre avec lui les étapes d'un raisonnement clinique.

Pour permettre à l'étudiant d'orienter son recueil, le professionnel peut l'entraîner sur des cas fictifs, à rechercher précocement des hypothèses. Pour chaque situation, l'étudiant doit proposer l'hypothèse précoce la plus probable, ainsi que d'autres diagnostics possibles qui lui permettront d'orienter son recueil en sélectionnant les éléments corroborant ou non ces hypothèses diagnostiques. En sachant que ceci est en dehors du temps consacré à la clinique, ce qui n'est pas toujours évident de trouver en fonction de l'activité. Mais ces études de cas fictifs (ou non) sont faites à l'école de sages-femmes avec des études de dossiers, qui permet aussi de faire travailler le raisonnement clinique de l'étudiant.

5.2.1.2 A l'étape de l'élaboration d'hypothèses diagnostiques :

Indices qui montrent que l'étudiant reste centré sur une hypothèse :

- Ne rebondit pas sur les nouvelles données du patient
- Ne clarifie pas les plaintes du patient, pas de traduction sémantique (= c'est la traduction de l'information transmise par le patient en concept médical : ex « j'ai mal au ventre, en bas à droite » se traduit en « le patient a une douleur dans la fosse iliaque droite ». Le fait de traduire ainsi les paroles du patient permet à l'étudiant de faire plus rapidement des liens entre ce qu'il a appris en cours et ce qu'il voit en clinique, de rassembler les plaintes du patient et de les renvoyer vers un modèle de pathologie appris en cours.)
- Anamnèse trop courte, avec examen clinique rapide
- Ne cherche pas des éléments qui remettraient en cause son hypothèse principal

Le clinicien peut lui demander « *Peux-tu m'expliquer comment tu arrives à cette hypothèse ?* » « *À part ton hypothèse diagnostique principale, quels sont les autres diagnostics possibles ?* » « *Comment expliques-tu que tu n'y aies pas pensé ?* ». L'encourager à citer le diagnostic le plus grave pour lui inculquer l'urgence, qu'il devra éliminer le plus rapidement possible. L'encourager à citer tous les autres diagnostics différentiels.

Pour aider l'étudiant, la sage-femme peut le pousser à développer la rigueur de son raisonnement en lui faisant justifier son ou ses hypothèses. C'est à dire lui demander de justifier son hypothèse la plus probable en fonction des données positives et négatives pertinentes récoltés lors de la consultation.

De plus, il faut encourager l'étudiant à réfléchir sur les raisons qui l'ont amené à ne pas sélectionner d'autres hypothèses afin d'éviter qu'il ne reproduise les mêmes erreurs lors des autres consultations.

5.2.1.3 A l'étape des propositions de conduites à tenir :

Dans les entretiens mené nous avons vu que l'une des causes citées par les sages-femmes dans la difficulté des étudiants de proposer des conduites à tenir, était le vécu des anciens stages. Elles expliquent que si les stages ont été mal vécu par les étudiants, ils oseront moins proposer des conduites pour les patientes. Ceci est délétère dans leur apprentissage car ils ne pourront pas vérifier la véracité de leur raisonnement. C'est pour cela que le feedback prend ici encore plus de sens. En effet comme expliqué précédemment un feedback bien mené permet à l'étudiant de savoir ce qu'il doit travailler, de progresser et lui permettra d'être valoriser et d'être rassurer sur ses compétences. De ce fait, il se sentira plus apte à proposer des conduites à tenir.

5.3 Le tutorat

Nous avons vu dans l'étude que les sages-femmes avaient du mal à se sentir « enseignante » face à l'étudiant en stage. Parmi celles qui ont été interrogé, certaines ont fait la formation continue du tutorat. Nous nous sommes intéressés à cette formation, son contenu, et son impact sur l'encadrement des sages-femmes.

5.3.1 Définition d'un tuteur

Etymologiquement le mot tuteur vient du latin *tueri* qui signifie « prendre soin de.. », « s'occuper de.. », « veiller à.. ». L'étymologie donne ainsi à voir un rôle qui consiste à protéger les autres, être bienveillant. Ces qualités sont présente chez les sages-femmes, et chez tous les soignants en général. Pour autant cela ne suffit pas à définir un tuteur. Selon Tilman et Delvaux le tuteur est celui qui en entreprise « *a pour fonction de faire acquérir aux stagiaires les savoirs professionnels convenus selon la progression déterminée en collaboration avec le pôle formation, et d'être la référence du stagiaire* ». C'est donc une personne experte dans son domaine de compétence, qui élabore avec l'étudiant des objectifs à atteindre tout au long du stage, qui le supervise et le guide dans ses apprentissages de manière bienveillante. Il n'y a pas de lien de hiérarchie entre le tuteur et l'étudiant. (11) (27) (32)

5.3.2 La formation continue du tutorat

Les terrains de stages des étudiants sages-femmes sont variés et toute les équipes de professionnels rencontrés n'ont pas la même façon d'encadrer les étudiants. Certaines structures hospitalières ont proposé aux sages-femmes de se former à l'encadrement des étudiants grâce au tutorat. Dans la région Rhône-Alpes le tutorat est proposé par l'ANFIC (Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes). C'est une formation qui s'étale sur deux demi-journées. Le tutorat est une action pédagogique individuelle qui permet à l'étudiant de progresser dans ses apprentissages. Il faut distinguer le suivi clinique au lit du patient (supervision clinique) et le suivi personnalisé des progrès d'un étudiant. Le tuteur a donc une double compétence : résoudre un problème de santé d'un patient tout en se préoccupant des apprentissages des étudiants. Dans ce système d'encadrement, le tuteur de l'étudiant lui fait un retour régulier sur ses acquis et sur ce qu'il doit travailler. Le tutorat implique une relation particulière entre la sage-femme(tutrice) et

l'étudiant dont le feedback est la clé. Le tutorat est donc l'application des points abordés dans cette étude : la supervision directe et le feedback.

L'ANFIC définit plusieurs responsabilités du tuteur :

- accueillir l'étudiant en stage, l'intégrer à la vie du service
- la validation des objectifs de l'étudiant à atteindre
- la validation des acquis au fur et à mesure du stage
- l'insertion dans un futur emploi (selon le projet de l'étudiant)

5.3.3 Difficultés de réalisation du tutorat

Etre tuteur implique la disponibilité, et du temps de la part de la sage-femme. Or l'activité des gardes ne le permet pas toujours. C'est pourquoi devenir tuteur d'un étudiant en stage devrait être valorisé au sein de l'hôpital, par un statut particulier qui offrirait au professionnel une possibilité de valoriser le temps qu'il prend à l'encadrement de l'étudiant. Cette valorisation doit s'inscrire dans l'organisme, c'est un moyen de reconnaître le travail du tuteur et de valoriser la pratique du tutorat. Par exemple en mettant en place un kit du tuteur qui répertorie tous ses objectifs lorsqu'il encadre un étudiant, en l'impliquant dans l'évaluation finale, la participation à un réseau d'échanges avec différents tuteurs. De plus le tutorat s'inscrit dans le développement professionnel continu (DPC), en effet l'article R4153-2 du Code de la Santé Publique stipule que « (...) *La sage-femme satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'elle participe, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel.* ». La Haute Autorité de Santé (HAS) a décrit une fiche méthode qui explique les activités pédagogiques du tuteur en stage. Cette fiche est détaillée en Annexe.

5.3.4 L'apport de cette formation auprès des sages-femmes interrogées

L'apport de cette formation pour les professionnels interrogés agit essentiellement sur un facteur extrinsèque, lié au stage : celui de considérer les étudiants comme « des petites mains ». Comme expliqué dans l'analyse ceci est délétère pour l'apprentissage de l'étudiant en général et en particulier pour la formation de son raisonnement clinique. Du coup, toutes

les professionnelles ayant fait cette formation, ont changés leur vision des choses et ont pris conscience de leurs rôles d'enseignantes d'une part, et d'autre part qu'elles formaient leurs futures collègues. Cette formation les a responsabilisés par rapport à l'enseignement des étudiants. C'est donc un avancé non négligeable même s'il est vrai qu'elles n'avaient pas pour la majorité comme but premier la formation des étudiants en s'inscrivant au tutorat. Après cette formation, les sages-femmes impliquent plus l'étudiant en lui posant des questions sur ses connaissances, sur ses conduites à tenir, ce qu'elles ne faisaient pas systématiquement auparavant.

De plus, les sages-femmes ont estimé ne pas avoir de clés pour encadrer le raisonnement clinique. La formation parle pourtant de la supervision directe et qu'elle permet « de démontrer, expliquer et questionner les stagiaires auprès des patients... », qu'il faut « guider l'apprenant au cours d'une tâche, en s'assurant de sa compréhension ». (23) Une sage-femme avait signalé dans l'entretien que c'était théorique et que cela manquait de mise en situation pratique avec quelqu'un qui jouerait le rôle de l'étudiant qu'elle doit encadrer par exemple.

Enfin, cette formation leur a permis d'être plus au courant de l'agencement des études actuelles. Ceci facilite leur encadrement car elles savent ce que font les étudiants (par exemple que les cours de pathologies sont abordés en 4^{ème} année).

6 CONCLUSION :

Dans cette étude, nous avons pu constater que les sages-femmes repéraient un certain nombre de difficultés chez les étudiants dans la formation de leur raisonnement clinique. Pour rappel, nous avons vu : un recueil de donnée désorganisé avec un manque de priorisation des informations et une non inclusions de nouvelles données pertinentes pour le diagnostic. Pour la formulation d'hypothèses, elles ont pu voir que l'étudiant se centrait trop vite sur une hypothèse sans infirmer les autres, et qu'il serait intéressant de lui faire citer les diagnostics différentiels pour éviter cela.

De ce fait, en sachant voir ces difficultés la sage-femme peut agir, et aider l'étudiant à se corriger en lui expliquant quelle étape du raisonnement il doit travailler. Ces explications se font dans le temps de retour consacré à l'étudiant : le feedback. Pour que le feedback soit efficace il doit se référer à des comportements observables et remédiables. Il doit être à la fois positif et négatif, libre de toute intention préconçue de la part du professionnel qui le délivre avec un langage objectif sans jugement à l'égard de l'étudiant. Il devrait être délivrer sur une base fréquente (le plus tôt possible après l'action observée) et régulière, à un moment approprié dans un environnement privé et serein. Une fois que le feedback est délivré, le professionnel doit vérifier la compréhension de celui-ci par l'étudiant, lui faire reformuler les points à travailler. Néanmoins, le feedback peut susciter des réactions émotionnelles chez l'étudiant (colère, défense, sentiment de dévalorisation), ce qui peut mettre mal à l'aise le professionnel qui lui fait ce retour. Pour éviter cela il faut savoir identifier d'une part les réponses émotionnelles, et essayer de les atténuer en expliquant que ce qui est dit est objectifs basés sur des faits, que c'est une discussion respectueuse de l'étudiant qui ne vise pas à le dévaloriser. Enfin impliquer l'étudiant dans le feedback lui permet de s'auto évaluer et de lui permettre de recevoir plus facilement l'évaluation de la sage-femme.

Les sages-femmes nous ont expliqué que le raisonnement s'acquerrait, entre autres, avec de l'autonomie. Le but n'est pas de laisser l'étudiant seul mais de le superviser, de le guider afin qu'il s'autonomise petit à petit. La formation continue du tutorat proposé par l'ANFIC permet de mettre en place un système de tuteur. Le tuteur est la personne qui supervise l'étudiant tout au long de son stage (début, milieu et fin du stage) en lui permettant d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixée et de lui faire un retour de qualité le faisant progresser. Le tuteur à

une double compétence, celle de pouvoir résoudre un problème de santé tout en se préoccupant de l'apprentissage de l'étudiant. Les sages-femmes ayant fait cette formation continue du tutorat se sont senties plus impliquées dans l'accompagnement des étudiants en stage. Néanmoins elles ont trouvé la formation très théorique, avec peu d'explications et d'outils concernant l'accompagnement du raisonnement clinique. Cette formation leur a aussi permis de prendre conscience de leur rôle d'enseignante qu'elles ne soupçonnaient pas auparavant. Depuis 2011, les étudiants sages-femmes de dernière année ont un cours sur l'encadrement des futurs étudiants qu'ils croiseront en stage. On peut se demander si ce cours suffit à faire prendre conscience aux étudiants de ce rôle central de tuteur, est-ce qu'il ne faudrait pas en faire une matière à part entière avec des cours dès l'avant dernière année, voir avant. En effet, les étudiants d'aujourd'hui sont les professionnels de demain.

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Charlin B. Aborder le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique. *Pédagogie Médicale*. 1 nov. 2011;12(4):197-8.
2. Marie-Claude AUDÉTAT, Suzanne LAURIN et Gilbert SANCHE. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique* I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique.
3. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med*. 31 déc 1998;339(27):1986-93.
4. Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2005;6(4):225-34.
5. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants [Internet]. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2013/05/pmed130029.pdf>
6. Etude des pratiques de supervision de stage Mémoire maîtrise juillet 2009 France Desrosiers.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur:
7. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Etude_des_pratiques_de_supervision_de_stage-Memoire_maîtrise_juillet_2009_France_Desrosiers.pdf
8. Côté L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med*. nov 2000;75(11):1117-24.
9. Raisonner cliniquement : le lien entre la théorie et la pratique [Internet]. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://sante.uottawa.ca/pdf/raisonnement.pdf>
10. Demeester A, Eymard C, Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. *Revue française de pédagogie Recherches en éducation*. 31 déc 2012;(181):43-54.
11. Chamberland M, Hivon R, Tardif J, Bedard D. Évolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat : une étude exploratoire. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2001;2(1):9-17.
12. fichier_fiche26_modes_raisonnement_diagnostique71feb.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur
13. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/828/fichier_fiche26_modes_raisonnement_diagnostique71feb.pdf
14. Charlin B. Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2001;2(1):5-5.
15. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2005;6(2):98-111.
16. Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, CAN, M C. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) : Un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en Médecine Clinical reasoning learning (CRL) sessions : a situated learning activity adapted for clerkship in Medicine. *Annales de médecine interne (Paris)*. 1998;149(8):479-84.

17. Audétat M-C, Laurin S. Supervision du raisonnement clinique Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. *Can Fam Physician*. 1 mars 2010;56(3):294-6.
18. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2005;(6):235-54.
19. Pottier P, Planchon B. Les activités mentales au cours du raisonnement médical diagnostique. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2011;32(6):383-90.
20. *raisonnement_clinique.pdf* [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/raisonnement_clinique.pdf
21. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique - II. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2011;12(4):231-6.
22. *GUIDE_aide_diagnostic.pdf* [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: http://eoa.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/32/GUIDE_aide_diagnostic.pdf
23. Audétat M-C, Laurin S. Supervision du raisonnement clinique. *Can Fam Physician*. mars 2010;56(3):294-6.
24. *Scripts and Medical Diagnostic Knowledge: Theory and Applica... : Academic Medicine* [Internet]. LWW. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur:
25. http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/02000/Scripts_and_Medical_Diagnostic_Knowledge_Theory.20.aspx
26. Mesnil N, Paulard I. La formation continue des sages-femmes [Internet]. ANFIC; Disponible sur: <http://www.anfic-sages-femmes.fr/>
27. Hauer K, Teherani A, Kerr K, O'Sullivan P, Irby D. Student performance problems in medical school clinical skills assessments, *Acad Med* 2007;82:S69-S72.
28. Audétat MC, Faguy A, Jacques A, Blais J, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011;12:7-16.
29. Audétat MC, Dory V, Nendaz M, Vanpee D, Pestiaux D, Junod Perron N, Charlin B. What is so difficult about managing clinical reasoning difficulties? *Med Educ*, in press.
30. Haute Autorité de Santé (HAS). Développement professionnel continu (DPC) L'encadrement de stages La maîtrise de stage/le tutorat. 2014 mai.
31. O'Brien H, Marks B, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003;4:184-91.
32. Baudrit A. Le tutorat: richesses d'une méthode pédagogique. De Boeck; 2003. 176 p.
33. COMTE F. Le raisonnement clinique en obstétrique : enquête auprès des étudiants sages-femmes de l'hôpital Foch [Internet] [Mémoire]. Université Paris 13;

2005.Disponible

sur:

http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/COMTE_2005.pdf

34. .Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2008;9(1):19-31.
35. .Zuzelo P. Clinical probation: Supporting the at-risk student. *Nurse Educ* 2000;25(5):216-8.
36. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G et coll. La supervision directe : Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 (12) : 2494-9.
37. LONGEPE J. La formation pratique dans les écoles de sages-femmes : du compagnonnage au tutorat. [Mémoire]. Dijon Ecole des cadres de sages-femmes ; 2002.
38. . BLANDIN S. De l'encadrement des étudiants sages-femmes en stages dans les centres hospitaliers périphériques. [Mémoire]. Dijon Ecole des cadres de sages-femmes ;2000
39. BLOOM B. Taxonomie des objectifs pédagogiques Tome 1 Domaine cognitif : Paris ; Presse Université du Québec ; 1979, 232p
40. Les Observateurs.Ch [En ligne] Stevan M. La puissance du feedback ; 2014 [cité le 20 février 2018].Disponible sur <https://lesobservateurs.ch/2014/03/03/la-puissance-du-feedback/>

8 ANNEXES

8.1 Annexe 1

Lorsque les sages-femmes ont énoncé une idée commune nous n'avons pas écrit tous les verbatims qui expliquaient la même chose mais seulement quelques 'uns pour illustrer.

Tableau 1 : Objectif d'un étudiant en 4^{ème} année selon les sages-femmes interrogées

<u>Questions posées à la sage-femme</u>	<u>Réponses obtenues :</u>	<u>Résultats :</u>
Objectif d'un étudiant en 4 ^{ème} année	<i>« Proposer des conduites à tenir »</i> <i>« Maitriser les gestes infirmiers, et les sutures, la délivrance, les premiers soins aux bébés »</i> <i>« Connaitre les pathologies et s'intéresser aux protocoles en rapport »</i> <i>« Synthétiser un dossier savoir le présenter, examen clinique d'entrée, savoir gérer la physiologie et commencer à faire le point sur certaines pathologies »</i>	-les gestes sont cités en premier (aussi bien gestes infirmiers que geste clinique de sage-femme, gestes à l'accouchement, TV..etc) -les conduites à tenir -maitriser la physiologie -synthétiser un dossier (cité une seule fois)

Tableau 2 : Encadrement de l'étudiant lors d'une consultation

Questions posées :	Réponses obtenues :	Résultats :
Est-ce que la sage-femme accompagne l'étudiant dans la chambre de la patiente pour la consultation :	<p><i>" dépend du niveau dans le cursus, si c'est un début de Ma4 j'accompagne, sinon je laisse faire"</i></p> <p><i>"j'accompagne si c'est la première fois que je tourne avec elle, je lui montre et après je la laisse faire"</i></p>	<p>Accompagnement dépend de deux facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -si les sages-femmes ont déjà vu travaillé l'étudiant ou non -de son niveau dans l'année d'étude (fin ou début de Ma4)
Si accompagnement est ce qu'il y a intervention de la SF dans la consultation :	<p><i>" si j'accompagne dans la chambre je n'interviens que s'il manque quelques choses"</i></p> <p><i>" même si cela peut être déstabilisant je me permets d'intervenir pour préciser certains points avec la patiente"</i></p>	<p>Intervention systématique des sages-femmes dans l'anamnèse si il manque quelque chose ,lorsqu'elles accompagnent mais elle laisse l'étudiant faire les gestes qu'elles le connaissent ou non.</p>
Si pas d'accompagnement dans la chambre, comment la SF encadre l'étudiant :	<p><i>"je lui pose des questions au bureau avant ou après la consultation"</i></p> <p><i>" si on a le temps je lui demande son anamnèse avant d'aller voir la patiente, cibler sur les pertes dans ce cas, et je laisse faire"</i></p>	<p>-En n'accompagnant pas les SF demandent à l'étudiant ce qu'il compte faire et demander à la patiente, en lui faisant cibler ses questions sur les pertes</p>
Temps avec l'étudiant pour faire le point sur sa consultation	<p><i>« (..) tout dépend de la garde mais en général j'essaye de le faire tout de suite après »</i></p> <p><i>"je le fais en fin de garde en demandant à l'étudiant ce qu'il a appris"</i></p>	<p>-Temps plus ou moins aléatoire avec l'étudiant, dépend beaucoup de l'activité de la garde</p> <p>-Certaines partent d'abord de ce que l'étudiant a appris durant la garde puis lui font leur retour</p>

Tableau 3 : Difficultés perçue par les sages-femmes dans le recueil de données

Questions posées :	Réponse obtenue :	Résultats :
<p>Est-ce que l'étudiant est en capacité de l'étudiant de recueillir des informations pertinentes pour le cas (odeur des pertes, couleur, consistance, circonstance de survenue)</p>	<p><i>"cela dépend de son niveau si c'est une fin d'année oui sinon pas trop"</i></p> <p><i>" tout dépend de l'étudiant certains ont besoin d'être plus aiguiller que d'autres"</i></p> <p><i>"en général les caractéristiques ne sont pas trop détaillées"</i></p> <p><i>" si le diagnostic n'est pas franc comme une rupture, les caractéristiques ne seront pas creusées, par manque d'habitude je pense"</i></p>	<p>Les données recueillis par l'ESF ne sont pas toutes pertinentes, ni exhaustives, pour le cas. Ceci dépendrait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rigueur de l'étudiant - de son niveau dans l'année (début ou fin d'année) -du manque d'expérience
<p>Est-ce que l'étudiant est en capacité de l'étudiant de prioriser les informations qu'il reçoit :</p>	<p><i>"oui même si vous ne vous centrer pas tout de suite sur le symptôme, mais ceci vient avec l'expérience"</i></p> <p><i>"même si c'est très scolaire, il faut que toi tu arrives à t'y retrouver au bureau en donnant la couleur des pertes, si elle a rompu à quelle heure quel jour...etc"</i></p> <p><i>"pour acquérir de la rigueur il faut être systématique au début, même si tu ne vas pas directement au but"</i></p> <p><i>" moi je préfère que tout soit traité, comme on vous l'apprend à l'école, même si ce n'est pas centré d'emblée sur le symptôme, sauf s'il y a urgence"</i></p>	<p>Les données ne sont pas priorisées. Recueil automatique, des « pieds à la tête ».</p> <p>Selon les sages-femmes interrogées cette difficulté viendrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du manque d'expérience - et de l'apprentissage : au début il faut être systématique pour ne rien oublier -Cette difficulté est bien remarqué pas les sages-femmes, et tant qu'il n'y a pas d'urgence cela ne les gênes pas.

Est-ce que l'étudiant est en capacité d'inclure les nouvelles informations dîtes par la patiente	<p><i>"cela dépend de l'étudiant et de sa rigueur"</i></p> <p><i>"oui au contraire vous nous dîtes tous ce que la patiente vous a dit sans faire un tri"</i></p>	-Recueil bien effectué donc les nouvelles données sont prises en compte, mais comme expliqué ci-dessus elles ne sont pas triées, pas priorisés
--	--	--

Tableau 4 : Difficultés ressentie par les sages-femmes dans l'élaboration du/des hypothèse(s) diagnostiques

Questions posées :	Réponse obtenue :	Résultats :
Est-ce que l'étudiant est en capacité d'analyser les données pour formuler une ou plusieurs hypothèses	<p><i>" oui et non, si c'est une rupture vous allez rester là-dessus mais si elle a 15 de tension vous n'allez pas forcément me dire de lui faire un bilan de toxémie"</i></p> <p><i>« je trouves que vous proposez plus d'hypothèses quand vous avez côtoyer la même sage-femme durant plusieurs gardes. Cela vous met plus l'aise »</i></p> <p><i>« en pratique ils ne disent pas toutes les étiologies et je ne leur demandent pas forcément »</i></p> <p><i>« Peut-être qu'on ne vous aiguille pas trop sur les autres hypothèses et on ne pense pas à vous dire les autres. Après je vous poses des questions pour vous faire réfléchir »</i></p> <p><i>« c'est dure de proposer un ou plusieurs hypothèse si le recueil n'est pas clair »</i></p>	<p>-La principal difficulté ressentie est le fait que les étudiants se centre vite sur une hypothèse sans éliminer les autres</p> <p>-Certaines sages-femmes évoquent le lien avec l'étudiant, si celui-ci se sent à l'aise il pourra plus facilement oser proposer des hypothèses</p> <p>-Une sage-femme évoque le recueil de donnée non cibler comme cause dans la difficulté de formuler une ou des hypothèses pour l'étudiant</p>
Capacité de l'étudiant de justifier son/ses hypothèse(s), justification approprié oui/non	<p><i>" vous ne nous dites pas forcément pourquoi vous pensez à cette hypothèse, mais je vous pose des questions pour que vous me détaillé votre idée"</i></p> <p><i>"la justification n'est pas dîtes de manière spontanée, il faut vous poser des questions pour que vous expliquiez, mais en général elle est appropriée »</i></p>	-Les sages-femmes interrogés ont remarqué que les étudiants justifiaient de manière correcte leur(s) hypothèse(s) si elles leur posaient la question, ce n'est pas dit spontanément.

Tableau 5 : Origines des difficultés des étudiants de proposer des conduites à tenir selon les sages-femmes

	Réponse obtenue :	Résultats :
Capacité de l'étudiant à proposer une conduite à tenir	<p>" le vécu des stages joue beaucoup dans le fait de proposer des CAT, même si tu sais ce que tu dois faire, tu n'oseras pas le faire parce que la sage-femme aura disputé l'étudiant le stage d'avant »</p> <p>" ceux qui ont dû mal à proposer des CAT c'est qu'ils n'ont pas leur diagnostic différentiel en tête et donc ils n'arrivent pas à cibler les questions. Du coup il n'arrive pas à proposer des CAT"</p> <p>"quand vous êtes dans une situation qu'on rencontre souvent comme je ne sais pas une stagnation de la dilatation en salle vous nous dites bien ce qu'il faut faire. Mais dans des cas plus rares comme une vaginose pas trop vous y arriver moins spontanément"</p> <p>"en fonction des situations c'est proposé. Sur une entrée sans urgence oui après en salle s'il y a de la patho on vous laissera moins faire, on prendra les devant"</p> <p>" ils en proposent si je leur demande ce qu'il ferait mais ce n'est pas forcément spontané, en tout cas c'est ce que j'attends en Ma4"</p>	<p>D'après les réponses obtenues, les sages-femmes disent que les étudiants proposent des conduites à tenir mais elles nuancent leurs propos. En effet, cela varie en fonction de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du vécu des stages précédent de l'étudiant (manque d'autonomie, peur des réactions de la sage-femme) --manque de connaissances (quand la situation est commune les CAT sont dites mais pas dans le cas contraire) -non formulation d'hypothèses (cf résultats précédent) donc pas de conduite à tenir

Tableau 6 : Temps d'échange (feedback ou rétroaction) avec les étudiants

Questions posées :	Réponses obtenues :	Résultats :
<p>Est-ce que les SF expliquent leurs propres raisonnements, si oui comment</p>	<p><i>"oui mais je pars de ce qu'il a fait lui en lui posant des questions puis je lui explique le mien",</i></p> <p><i>"oui, je lui pose des questions et après j'argumentes en lui expliquant ou je voulais en venir"</i></p> <p><i>"oui je lui explique et surtout je lui donne les mots clés qui m'ont aidé à former mon diagnostic"</i></p> <p><i>" oui j'essayes de lui expliquer mon raisonnement mais en fonction de l'activité ou du lien que tu as avec ce n'est pas toujours facile"</i></p>	<p>Les sages-femmes partent d'abord de l'étudiant en lui posant des questions sur ce qu'il a fait (questions du type : pourquoi fais-tu cela, que cherches-tu à montrer) , pour ensuite rebondir sur ce qu'il dit et expliquer leur propre raisonnement.</p> <p>Une sage-femme interrogée parle de mots clés. Elle détail à l'étudiant tous les mots de la patiente (donc au niveau du recueil de donné) qui lui permis d'arriver à son diagnostic final.</p> <p>Le lien qu'elles ont avec l'étudiant ne ressort que très peu.</p>

Tableau 7 : Apprentissage du raisonnement clinique selon les sages-femmes interrogées

<u>Questions posées :</u>	<u>Réponses obtenues :</u>	<u>Résultats</u>
<p>Quels sont les moyens utilisés pour l'acquisition du RC selon les SF</p>	<p><i>" En faisant les choses. C'est pourquoi je laisse faire les étudiants autant que je peux, c'est en faisant des erreurs qu'on apprend"</i></p> <p><i>" Avec l'expérience. Même une nouvelle diplômée pose beaucoup de questions et c'est normal ce serait dangereux de ne pas en poser"</i></p> <p><i>"Quand tu te retrouves seule. Pendant les études on vous chaperonne c'est difficile à acquérir"</i></p> <p><i>" Avec tes cours que tu maîtrises et ta pratique. Et le fait de te laisser te débrouiller toute seule"</i></p>	<p>D'après les sages-femmes interrogées le raisonnement s'acquière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en étant autonome (réponse majoritaire) - avec l'expérience - en ayant des connaissances théoriques solide
<p>Encadrement du RC par les sages-femmes : est ce qu'elles le prennent en compte quand elles encadrent un étudiant</p>	<p><i>"oui je vais voir le raisonnement en fonction des réactions de l'étudiant sur le terrain, mais je ne me dis pas forcément je vais l'encadrer sur son raisonnement"</i></p> <p><i>" oui je le fais de manière spontanée et globale, avec l'encadrement des gestes"</i></p> <p><i>" cela dépend des objectifs de l'étudiante en stage. En général on travaille les deux les gestes et le raisonnement. C'est bien de nous dire les objectifs en début de stage et de voir avec les cadres pour avoir des sages-femmes référentes sur le stage"</i></p> <p><i>"Non pas forcément, on vous encadre plus sur des gestes que sur des conduites à tenir. On vous laissera faire un accouchement sans soucis mais on ne vous laissera pas forcément le temps de réfléchir sur une conduite"</i></p>	<p>D'après les sages-femmes, l'encadrement du raisonnement clinique pour une partie des réponses, se fait spontanément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en observant et en questionnant l'étudiant sur ses conduites - est fait en même temps que l'encadrement des gestes cliniques <p>Et pour une autre partie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n'est pas fait de manière spontanée, plus de facilité à laisser l'étudiant faire un geste, que de le faire réfléchir sur une conduite (manque de temps) -cela dépend des objectifs de l'étudiant

<p>Nécessité d'une formation pour l'apprentissage du RC</p>	<p><i>"oui je suis pour mais le tutorat m'a permis de me rendre compte que vous êtes nos futures collègues et qu'on doit vous former. Avant je vous voyais plus comme des "petites mains" qui nous aidaient et qu'ont aidaient en échange en vous apprenant des gestes"</i></p> <p><i>"oui je pense qu'il faudrait approfondir"</i></p> <p><i>"oui déjà pour me remettre à niveau avec vos connaissances et puis trouver les bons mots pour vous expliquer les choses. La pratique on l'a connaît, c'est comment vous l'a transmettre qu'on ne sait pas"</i></p>	<p>Parmi les sages-femmes interrogées certaines ont fait la formation du tutorat. C'est une formation organisée pas une association, l'ANFIC, qui permet de donner aux professionnelles un cadre pédagogique pour encadrer les étudiants qu'ils ont en stage (entre autres). Lorsque nous avons parlé de formation, elles ont pensé au tutorat. Ce qui ressort de cela est que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -d'une part celles qui ont fait cette formation ne trouvent pas qu'elles ont changé leur manière d'encadrer. Néanmoins, elles posent plus de questions à l'étudiant pour le faire réfléchir et le considère plus comme un futur collègue. -d'autre part, celles n'ayant pas fait cette formation, nous ont expliqué qu'elles auraient besoin d'approfondir cet apprentissage du raisonnement et qu'elles avaient tendance à former sur des gestes en majorité.

Tableau 8 : Impact réforme 2011 sur l'encadrement des sages-femmes

Questions posées :	Réponses obtenues :	Résultats :
<p>La réforme des études de maïeutique en 2011, perturbent-elles les sages-femmes dans la transmission de leur savoir</p>	<p>« Vous avez moins de stages infirmier donc votre clinique est moins développée ce qui peut vous freiner dans votre raisonnement. Avoir déjà une bonne clinique pour raisonner »</p> <p>« Vos études sont beaucoup plus universitaire que nous, j'ai fait le tutorat et cela m'a aidé à me resitué par rapport à votre cursus, vos connaissances »</p> <p>« On ne sait pas trop ce que vous faite, par exemple la pathologie quand est-ce que vous l'apprenez ? »</p> <p>« Je ne me reconnais plus, on vous voie une fois par an je trouve ça déstabilisant et niveau théorie vous en savez parfois plus que nous ! »</p> <p>« Oui par rapport à vos connaissances. En plus, la première année de médecine</p>	<p>Les sages-femmes sont en majorité perturbé dans leur encadrement, par la réforme, notamment au niveau des gestes infirmiers et de la clinique des étudiants. D'après les réponses, ce manque de pratique met les étudiants en difficultés pour raisonner.</p> <p>De plus, elles ne connaissent pas exactement le contenu scolaire, par l'exemple, que l'avant dernière année d'étude est centré sur l'acquisition des connaissances des pathologies de la femmes enceintes et de leur prise en charge. Il y a un décalage entre leurs études et celle-ci, ce qui les met en difficultés pour transmettre leur connaissance à l'étudiant.</p>

	<i>ne vous sert à rien, elle vous épuise. Il aurait mieux valu un an de plus d'école ou ont approfondie la pathologie. Il vous manque de la pratique. »</i>	

8.2 Annexe 2 : Trame entretien

1) Quelles sont pour vous les objectifs d'un étudiant en 4ème année de formation ?

Cas clinique : une primipare primigeste sans antécédent à terme, consulte pour pertes (écoulement) non hémorragique. Suivi de grossesse sans particularité. A la dernière consultation son col était LPF

2) Est ce que vous l'accompagner dans la chambre ? Si non : est-ce que vous lui demandez d'expliquer sa consultation avant d'y aller ?

Etape 1 : Recueil de données :

3) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité de recueillir les informations permettant d'évaluer l'abondance ? (Flot de liquide, drap pyjama trempé, protection utilisées ou pas) ,

4) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité d'évaluer les caractéristiques ? (Couleur, odeur, consistance, prurit ?),

5) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité d'évaluer les circonstances de survenue ? (ça coule quand vous vous levé, au moment des rapports, quand vous faite un mouvement particulier..etc)

6) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité de : prioriser les informations qu'il reçoit lors de son recueil de donnée ? (D'éliminer l'urgence en demandant si il y a du sang dans ses pertes, d'éliminer ou non un travail spontané en lui demandant si elle a des contractions, d'éliminer ou non une infection avec une température fébrile ou des pertes nauséabondes)

7) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est en capacité de d'intégrer dans son raisonnement les nouvelles informations recueillies (par exemple si la patiente lui signale un prurit, ou s'il sent des pertes nauséabondes)

8) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est en capacité de traduire les paroles de la patiente en données médicales (est ce qu'il renvoie le prurit à une possible infection ? est-ce que si la couleur des pertes est verte il va le traduire en infection ?)

Selon vous pourquoi est-il en difficulté dans le recueil de données ? Et qu'est-ce que vous mettez en place pour l'aider à le perfectionner ?

Etapes 2 : La formulation et sélection d'hypothèses

9) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité de formuler les différentes hypothèses : au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique qu'il a mené a-t-il pensé à différentes étiologies ? (de rupture, de leucorrhées pathologiques , de leucorrhées physiologiques, de fuite urinaire, de bouchon muqueux) ou a-t-il centré son anamnèse et son examen que sur l'étiologie de rupture par exemple?

10) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il capable de justifier ses choix d'hypothèses (de leucorrhées physiologiques, ou de fuite d'urine) et comment il les justifie (je choisis leucorrhées physiologiques car j'ai éliminé toute les autres, je choisis les leucorrhées physiologiques car mon Actiprum est négatif par exemple)

Selon vous pourquoi est-il en difficulté ? Comment faites-vous pour le guider dans ce choix d'hypothèse ? Qu'est ce qui pourrait vous y aider ?

Étape 3 : Proposition de conduite à tenir

11) En général, est ce que l'étudiant en Ma4 est-il en capacité de proposer une conduite après avoir posé un diagnostic (un PV pour des pertes qui gratte qui sentent et le traitement antibiotique)

12) Explicitez-vous votre propre raisonnement clinique à l'étudiant ? Si oui de quelle manière ?

- 13) Faites-vous explicitez à l'étudiant son raisonnement ? Comment en est-il arrivé à ce diagnostic et non un autre ?
- 14) Avez-vous un temps avec l'élève pour reprendre ensemble les lacunes de son raisonnement ?
- 15) Comment acquière-t-on ce raisonnement selon vous ? Et comment le professionnel peut-il y aider ?
- 16) Est-ce que l'encadrement de ce raisonnement fait partie de votre enseignement en stage ?
- 17) Pensez-vous que l'accompagnement des étudiants dans l'acquisition du raisonnement clinique nécessite une formation spécifique pour les professionnels ?
- 18) -L'organisation de l'enseignement avec la réforme, n'est pas celle que vous avez connue Est ce que cela vous perturbent-ils dans l'identification des difficultés d'évaluation du raisonnement clinique ?
- 19) Comment avez-vous pris connaissance du tutorat étudiant ?
- 20) Pourquoi avez-vous choisi de faire cette formation ?
- 21) Qu'est-ce que le tutorat vous a apporté dans votre encadrement ? (en général et en particulier sur le raisonnement clinique)
- 22) Le tutorat vous apporte-t-il des clés pour évaluer les capacités du raisonnement clinique de l'étudiant ? Y'a-t-il des outils qui vous permettent de mieux cibler les lacunes des étudiants ?

8.3 ANNEXE 3 Facteurs extrinsèques et intrinsèques perturbant la mise en place du raisonnement clinique

1) Facteurs intrinsèques (lié à l'étudiant) (4)(9)(30) :

Liées au stage :

Pression de l'évaluation

Stress

Manque de confiance

Difficultés relationnelles avec la sage-femme qui l'encadre, ou l'équipe en général

Attitude passive, ne pose pas assez de questions

Cognitifs

Impasse sur les cours théoriques

Défaut d'organisation des connaissances apprises

Difficultés de mobiliser les connaissances (lien théorie-pratique)

Par rapport au métier

Difficultés de se projeter en tant que future professionnel

Choix du métier par défaut

2) Facteurs extrinsèques (lié à l'environnement) :

Liées au stage :

Etudiant utilisé comme « petite main »

Pas de sollicitation sur les conduites à tenir

Activité de la garde importante, pas de temps pour un feed-back

Apprentissage centré sur les actes

Cognitif :

Manque de connaissance de stratégie pédagogique

Méthodes pédagogique inappropriés ou mal utilisés

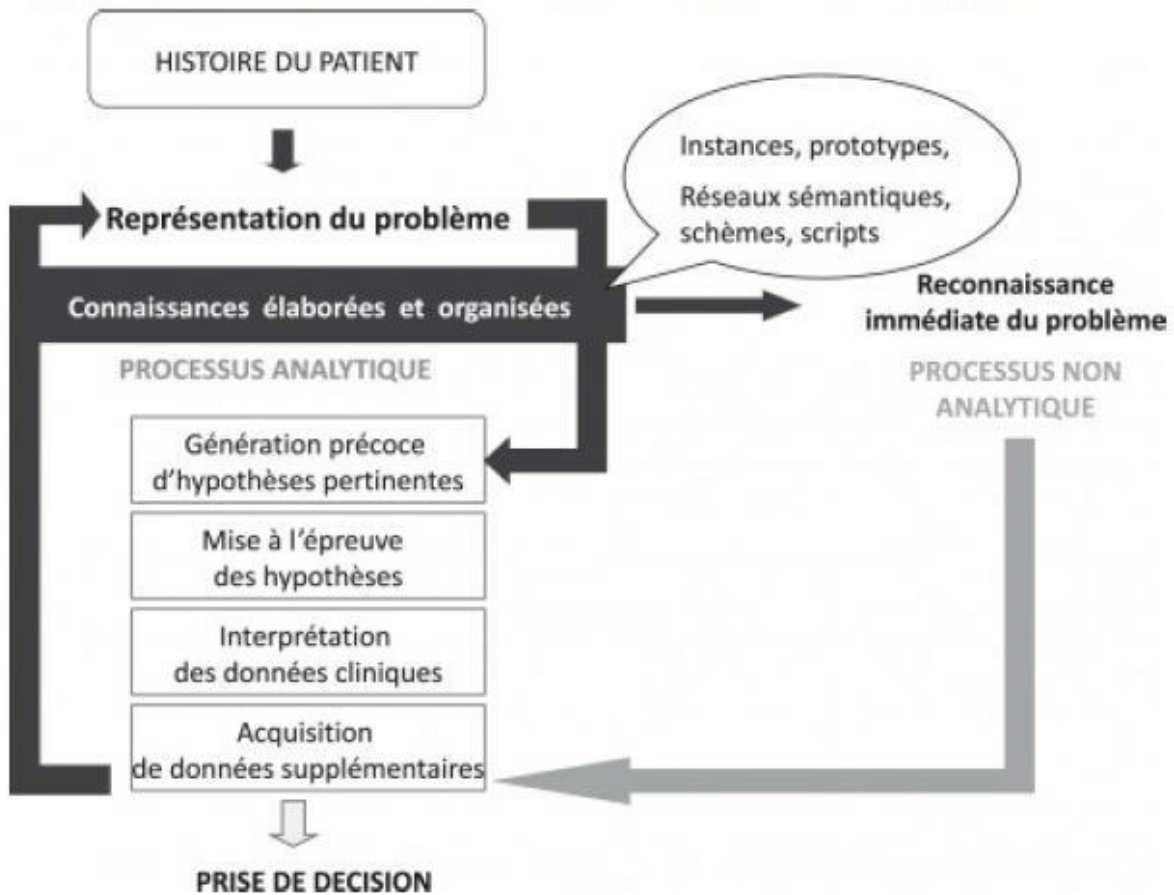
Par rapport au métier :

Raisonnement clinique peu perçu, inapparent

Difficultés de l'encadrante de se sentir « pédagogue »

8.4 ANNEXE 4 Etape du raisonnement clinique

Figure 1. Processus de raisonnement clinique analytique et non analytique



Source : d'après Nendaz, Charlin, Leblanc et al., 2005 ; Eva, 2004.

8.5 Fiche méthode HAS : Développement professionnel continu (DPC)
L'encadrement de stages La maîtrise de stage/le tutorat

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude est de comprendre comment les sages-femmes accompagnent les étudiants dans la mise en place du raisonnement clinique

Méthode : Etude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens semi-directif au Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne. Parmi elles 13 sages-femmes ont suivi la formation continue du tutorat.

Résultats : Les sages-femmes, pour accompagner les étudiants dans la mise en place de leur raisonnement clinique, différencient chaque étape du raisonnement, de manière implicite, en identifiant les difficultés des étudiants à chacune de celles-ci (le recueil de donné, l'élaboration et la sélection d'hypothèses, et la proposition de conduite à tenir). Pourtant l'étude a mis en évidence que leurs difficultés résident dans le retour qu'elles font aux étudiants après qu'elles aient identifié leurs lacunes : le feedback. De plus, les sages-femmes manquent de formation pour encadrer les étudiants et n'ont pas conscience de leurs rôles d'enseignantes auprès des étudiants qu'elles rencontrent à l'hôpital.

Conclusion : Les étudiants sages-femmes devraient nécessiter de modules sur la pédagogie médicale afin de faciliter l'encadrement des étudiants en stages et pallier le manque de ressources des sages-femmes actuelles à l'hôpital. En effet, celles ayant fait la formation continue du tutorat, se sentent plus impliquées dans l'encadrement des étudiants même si le feedback n'est pas encore maîtrisé.

TITRE

Encadrement et raisonnement clinique : comment les sages-femmes accompagnent les étudiantes dans cette mise en place ?

MOTS-CLES

Raisonnement clinique, étudiants sages-femmes, formation et enseignements professionnels, tutorat

ADRESSE DE L'AUTEUR

BEKHA Maeva
16bis rue Nicolas Chaize
42100 Saint-Etienne