



<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>



# MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de  
l'Université Claude Bernard– Lyon 1  
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux  
Site de formation maïeutique de Bourg-En-Bresse

---

## Encadrement du raisonnement clinique des étudiants sages-femmes par les sages- femmes en salle d'accouchement

---

Melchior Périer

Né le 3 février 1997

Promotion 2017-2021

Mme Smentek Colette, Docteur en science de l'éducation

Directrice de mémoire

Mme Querol Nathalie, Sage-femme enseignante

Guidante de mémoire



Encadrement du raisonnement clinique des étudiants sages-  
femmes par les sages-femmes en salle d'accouchement

Melchior PERIER

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné et aidé pour la réalisation de ce mémoire :

Mme Colette Smentek, directrice de mémoire, pour m'avoir conseillé avec beaucoup de sagesse sur les thèmes complexes entourant la pédagogie.

Mme Paola Bonhoure, pour m'avoir apporté sa lumière dans les moments où je me trouvais dans des zones d'ombres.

Toutes les sages-femmes interrogées pour m'avoir accordé leur temps précieux et avoir grandement participé à mon travail.

L'équipe pédagogique de l'école de Bourg-En-Bresse ; Bérangère, Myriam, Françoise, Nathalie, Sylvie et Christelle, pour ces quatre années d'études où vous avez fait preuve d'une patience à toute épreuve mais aussi pour votre écoute qui rend cette école unique.

Olivia et Amandine, pour nous avoir montré le chemin vers le diplôme grâce à votre soutien infaillible et votre bonne humeur indéfectible.

Mes parents, mes frères et ma sœur, pour m'avoir apporté leur soutien dès le début et pour m'avoir aidé dans les moments les plus durs de ma jeune vie d'adulte.

Ysalie, Clémence, Caroline, Victoire et Chloé, parce que sans vous ces années auraient été bien moins rigolotes et colorées.

Fanny, pour ta bonne humeur et ta candeur qui te caractérisent si bien, tu es à toi toute seule une arme redoutable contre la déprime.

Coline, parce que sans toi je n'y serais pas arrivé, merci pour ton amour.

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| Liste des abréviations.....  | 1  |
| I. Introduction.....   | 2  |
| II. Matériels et méthodes.....   | 4  |
| III. Résultats .....   | 6  |
| 1. Echantillon étudié .....  | 6  |
| 2. Données de l'analyse.....   | 7  |
| a. Vécu de l'encadrement des ESF en salle de naissance .....                                   | 7  |
| b. Difficultés rencontrées par les ESF selon les SF .....                                      | 9  |
| c. Causes à l'origine des difficultés rencontrées par les ESF .....                            | 11 |
| d. Gestion par la sage-femme des difficultés rencontrées par l'ESF.....                        | 15 |
| e. Axes d'amélioration .....   | 19 |
| IV. Discussion .....   | 24 |
| 1. Limites et forces de l'étude .....  | 24 |
| 2. Analyse des difficultés et de leurs causes dans l'élaboration du raisonnement clinique..... | 25 |
| a. Le défaut de priorisation.....  | 25 |
| b. La difficulté à la génération d'hypothèses diagnostiques .....                              | 27 |
| c. Que pensez des autres causes citées ?.....  | 28 |
| 3. Correction des difficultés par les SF .....   | 32 |
| 4. Élaboration du raisonnement clinique et son encadrement.....                                | 33 |
| a. Axes d'améliorations envisageables pour les SF .....  | 33 |
| b. Axes d'améliorations envisageables pour les ESF .....                                       | 35 |
| V. Conclusion .....  | 38 |
| VI. Bibliographie.....   | 40 |
| Annexes : .....  |    |

## Liste des abréviations

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

ANFICsf : Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes

ESF : Etudiant sage-femme

SF : Sage-femme

Ma3 : 3<sup>ème</sup> année de diplôme en formation générale en science maïeutique

Ma5 : 2<sup>ème</sup> année de diplôme de formation approfondie en science maïeutique

MDS : Maître de stage

## I. Introduction

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes définit, entre autres, les compétences acquises par les sages-femmes (1). Parmi elles figure notamment l'aptitude à effectuer un raisonnement clinique ainsi que la prise de décision. En parallèle de cela, le code de déontologie (2) précise que la sage-femme a le devoir de participer à la formation des étudiants sages-femmes. Il paraîtrait donc naturel que les sages-femmes hospitalières participent activement à l'enseignement du raisonnement clinique auprès des étudiants sages-femmes sur les terrains de stages. C'est dans cette logique que Comte F. (3) en 2005 avait présenté un mémoire ayant pour but d'évaluer les difficultés des étudiants à effectuer un raisonnement clinique. Elle avait ainsi montré que sur 47 étudiants de l'école de maïeutique Paris-Foch répartis entre la troisième et la quatrième année de la formation, 98% éprouvaient des difficultés dans l'élaboration de leur raisonnement clinique. De plus, elle avait soulevé le problème d'une pédagogie nécessitant d'être modifiée pour un meilleur apprentissage du raisonnement clinique. Plus tard, Demeester A *et Al* (4) ont mené de 2009 à 2010 une étude qui a permis d'identifier les principales difficultés observées lors de l'élaboration du raisonnement clinique chez les étudiants sages-femmes de l'école de maïeutique de Marseille mais aussi d'en trouver les causes. L'étude avait ainsi pu identifier, parmi les difficultés à élaborer un raisonnement clinique, le recueil de données, la mauvaise évaluation de la gravité du diagnostic, la mauvaise argumentation du pronostic et une conduite à tenir insuffisante. Dans les causes trouvées étaient citées : des causes d'origines cognitives comme les lacunes théoriques ou un défaut d'organisation des connaissances, des causes liées au stage comme le manque de pratiques réflexives ainsi que des causes liées à l'évolution du métier comme par exemple, la perception du rôle professionnel et du raisonnement clinique. Un an plus tard, Audétat MC *et Al* (5) publièrent une étude qui avait pour but de mettre en avant les pratiques des cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique via des entretiens semi dirigés avec 14 enseignants cliniciens. Ces derniers montraient que les enseignants avaient rapidement l'intuition de difficultés dans le raisonnement clinique chez l'apprenant mais que la perception de ces difficultés restait trop générale et que les remédiations étaient focalisées sur l'aspect organisationnel et peu sur l'aspect



du raisonnement clinique. En causes, des méthodes principalement intuitives lorsqu'il s'agit d'identifier et de remédier aux difficultés rencontrées par les apprenants lors de l'élaboration d'un raisonnement clinique. La même année, Audétat MC *et Al* (6) publièrent une série de 6 articles ayant pour but d'identifier les difficultés dans l'élaboration du raisonnement clinique mais aussi de décrire un processus de diagnostic pédagogique, d'identifier les causes de ces difficultés et d'élaborer des stratégies de remédiation spécifiques. Les auteurs ont identifié 5 grandes difficultés à la conception du raisonnement clinique pouvant être vécues par l'étudiant lors de l'élaboration de son raisonnement clinique, à savoir :

- le recueil initial des données et génération d'hypothèses ;
- la fermeture prématurée lors du raisonnement clinique ;
- les difficultés de priorisation ;
- l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique ;
- l'élaboration d'un plan d'intervention.

Au regard de ces données, il semble évident que le raisonnement clinique demeure un exercice impliquant de nombreuses difficultés pour les apprenants. Néanmoins, il apparaît que certaines solutions peuvent être mises en place par les enseignants. Nous pouvons donc nous demander quelles difficultés rencontrent spécifiquement les étudiants sages-femmes en salle d'accouchement lors de l'élaboration du raisonnement clinique et comment les sages-femmes hospitalières corrigent ces difficultés.

L'objectif principal de cette recherche sera de déterminer quelles difficultés rencontrent les étudiants sages-femmes lors de l'élaboration du raisonnement clinique en salle de naissance et quelles en sont les causes, du point de vue des sages-femmes encadrantes. Nous analyserons ensuite quels moyens sont mis en place par les sages-femmes encadrantes pour pallier ces problèmes.

Les objectifs secondaires seront d'identifier les facteurs influençant la qualité de l'encadrement du raisonnement clinique durant les stages et de proposer des axes d'améliorations pour un meilleur encadrement du raisonnement clinique durant les stages hospitaliers.

## II. Matériels et méthodes

L'objectif de ce mémoire est double. Dans un premier temps, il s'agira de déterminer comment les sages-femmes identifient et corrigent les étudiants en difficulté dans l'élaboration de leur raisonnement clinique mais aussi d'identifier les causes reconnues par les sages-femmes comme étant à l'origine de ces difficultés. Dans un second temps, il s'agira d'identifier les facteurs influençant l'encadrement par les sages-femmes du raisonnement clinique effectué par les ESF en salle d'accouchement mais aussi de proposer des axes pour aider le dit encadrement.

Pour remplir ces objectifs, nous avons décidé de mener des entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes exerçant dans divers types de maternité (1, 2 ou 3). A la suite des mesures sanitaires mises en place durant l'année 2020, l'ensemble des entretiens, à l'exception du premier, a été mené par téléphone. La sélection des sages-femmes a été faite par le biais des cadres de santé de salles d'accouchement de différentes maternités de la région Auvergne Rhône-Alpes. Après accord de ces dernières pour que nous puissions mener des entretiens auprès des sages-femmes exerçant dans leurs services, elles étaient chargées de leur transmettre un mail d'information. Ce mail contenait une présentation succincte de l'étude ainsi que nos coordonnées (mail et téléphone) pour nous contacter en vue d'effectuer un entretien. Un rendez-vous physique ou dans la majorité des cas téléphonique, était ensuite convenu avec la sage-femme intéressée.

Les critères d'inclusion des participants étaient les suivants :

- sage-femme ayant encadré au minimum 3 ESF en salle d'accouchement durant l'année écoulée ou depuis l'obtention de leur diplôme si celui-ci a été obtenu au cours de l'année 2019/2020 ;
- sage-femme volontaire pour passer l'entretien.

Les critères d'exclusion des participants étaient les suivants :

- sage-femme n'exerçant pas ou plus en salle d'accouchement (dernière garde en salle d'accouchement datant de plus d'un an) ;
- sage-femme refusant l'enregistrement de l'entretien par un dictaphone.

La grille d'entretien a été réalisée en se basant sur la série de 6 articles publiés par Audétat MC *et Al* (6) qui identifiait comme principales difficultés lors de l'élaboration du raisonnement clinique :

- les indices permettant à l'encadrant d'identifier la difficulté rencontrée par l'apprenant ;
- les causes pouvant être à l'origine de ladite difficulté ;
- les stratégies de correction à mettre en place par l'encadrant auprès de l'apprenant pour pallier la difficulté.

La trame permettait d'aborder dans un premier temps le parcours professionnel de la sage-femme, sa fréquence d'encadrement d'ESF en salle de naissance sur l'année écoulée et son vécu dans ce contexte. La trame abordait ensuite l'encadrement d'un ESF en salle d'accouchement ayant amené le professionnel à identifier un problème dans l'élaboration par l'ESF du raisonnement clinique. Découlait de la description de cette situation par le professionnel, des questions abordant les thèmes traités dans la série d'articles d'Audétat MC *et Al* (6) évoquée précédemment.

Début octobre 2020, un entretien test a été réalisé pour vérifier la pertinence des questions posées, entretien inclus dans l'étude. Au début de chaque entretien, l'autorisation d'enregistrer avec un dictaphone a été vérifiée.

Chaque entretien a été retranscrit dans un fichier Word. Les retranscriptions ont été anonymisées, chaque sage-femme ayant été nommée par un chiffre entre 1 et 10.

Les entretiens ont été arrêtés après être arrivé à saturation des données et des informations recueillies.

### III. Résultats

#### 1. Echantillon étudié

Dix entretiens ont été réalisés dont 9 par téléphone et un au domicile de la sage-femme en raison du contexte sanitaire. Ils ont été faits au cours d'une période comprise entre le 23 octobre et le 11 décembre 2020. Les entretiens ont duré entre 13 minutes et une heure pour une durée moyenne de 30 minutes.

Le recrutement a été réalisé auprès de 7 maternités de tout niveau (1, 2 et 3) du secteur public (tableau 1) de la Région Auvergne Rhône-Alpes.

| Type de maternité | Nombre de sages-femmes recrutées |
|-------------------|----------------------------------|
| III               | 5                                |
| IIb               | 3                                |
| I                 | 2                                |

**Tableau 1 : Répartition des recrutements**

L'âge moyen des sages-femmes interrogées était de 31,6 années avec des extrêmes compris entre 25 ans et 52 ans. L'âge moyen des sages-femmes sur l'année 2014 était de 40.3 ans d'après une étude démographique menée par l'ordre des sages-femmes et publiée en 2015 (7), notre échantillon est donc plus jeune que celui de la population générale.

La durée moyenne d'exercice était de 7,74 années avec des extrêmes compris entre 5 mois et 29 ans.

## 2. Données de l'analyse

### a. Vécu de l'encadrement des ESF en salle de naissance

Parmi les sages-femmes interrogées, une majorité déclarait bien vivre l'encadrement des ESF en stage. En effet, 7 sages-femmes déclaraient apprécier l'encadrement et montraient un intérêt pour cet aspect de leur métier.

SF3 : moi ça se passe plutôt bien, j'aime bien avoir un étudiant sous mon aile (rires).

SF4 : d'une manière générale je le vis plutôt très bien.

SF7 : moi c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup.

De plus, 3 sages-femmes relevaient que l'encadrement des ESF faisait partie intégrante du métier de sage-femme et abordaient cette partie du métier comme un devoir et non comme un choix.

SF1 : on prête serment de devoir former ses pairs donc..., on est obligé de le faire.

SF2 : ça fait partie de notre job d'encadrer des étudiants sages-femmes donc il faut qu'on le fasse.

SF10 : alors en travaillant dans un centre hospitalier on s'engage à encadrer des ESF donc ça, ça fait partie de notre emploi, quand on travaille dans le public c'est comme ça.

En revanche, plusieurs SF indiquaient que l'encadrement d'ESF représentait une charge de travail supplémentaire pour les sages-femmes pouvant amener une fatigue additionnelle à des gardes déjà exténuantes sans étudiant ; elles soulignaient par la même occasion l'aspect chronophage de l'encadrement.

SF1 : je vois la différence quand je travaille toute seule et quand je travaille avec, et quand j'encadre. Parce que je dois penser, on fait son cheminement et faut aussi penser à laisser de la place notamment avec les Ma5 pour leur laisser dire les conduites à tenir.

SF2 : les gardes chargées quelques fois ça peut être un peu compliqué parce que du coup encadrer un étudiant ça prend quand même du temps.

SF5 : on se rend compte que ça demande beaucoup de temps.

Par ailleurs, 4 sages-femmes soulignaient le côté formateur et intéressant de l'encadrement permettant aux sages-femmes de garder une certaine rigueur dans leur exercice. Parmi elles, plusieurs expliquaient que l'encadrement les incitait à mettre à jour leurs connaissances théoriques via les nouveaux protocoles publiés tout au long de l'année.

SF5 : il y a un côté où c'est hyper intéressant parce que vous êtes juste nos futures collègues.

SF6 : je trouve ça très stimulant parce qu'en fin de compte on peut te remettre en question sur certaines de tes pratiques.

SF7 : ils nous apprennent aussi parfois des nouveaux protocoles [...] donc après ça nous force à éveiller notre curiosité et du coup on va rechercher un peu plus loin donc je pense que c'est très réciproque cet encadrement-là.

Enfin, 2 sages-femmes expliquaient que l'encadrement d'ESF pouvait représenter une certaine frustration, les sages-femmes ne pouvant pas forcément suivre leurs patientes et pratiquer les gestes techniques, laissant les ESF les pratiquer.

SF4 : parfois t'es un peu déçue qu'il y ait une Ma5 parce que toi tu vas pas pouvoir travailler mais c'est pas contre l'étudiant, c'est plus moi qui me dit « mince je suis en salle j'avais trop envie de faire plein d'accouchements et oh bah zut y a un Ma5 avec moi. »

SF10 : on est dans un grand centre, on a beaucoup d'étudiants donc c'est vrai que des fois, j'aimerais bien être un peu seule pour m'occuper des gens.

Nous avons donc pu constater que dans l'ensemble, les sages-femmes :

- ont un bon vécu de l'encadrement des ESF en stage ;
- considèrent l'encadrement comme faisant partie intégrante de leur mission ;
- admettent néanmoins que l'encadrement représente une charge de travail supplémentaire ;
- reconnaissent l'aspect formateur de l'encadrement aidant à rester à jour au niveau des connaissances ;
- accordent qu'encadrer en stage peut être frustrant car cela amène à moins pratiquer.

b. Difficultés rencontrées par les ESF selon les SF

Sur la question des difficultés rencontrées par les ESF en stage quant à l'élaboration du raisonnement clinique, 4 sages-femmes relevaient que les ESF éprouvaient des difficultés à faire les liens entre les cours théoriques et la pratique en stage lors de l'élaboration du raisonnement clinique.

SF1 : elle a un problème en fait pour relier ses connaissances et les adapter à la clinique réelle qu'elle a devant elle.

SF4 : ce qui lui a vraiment manqué, c'est de faire le lien entre la théorie et la pratique.

SF5 : le moment où il faut mettre en lien ce que tu connais et la vraie vie parce que souvent t'as les connaissances théoriques.

De surcroît, 3 sages-femmes relevaient que les ESF éprouvaient des problèmes de priorisation dans les informations recueillies dans le dossier des patientes, via leurs interrogatoires mais aussi dans la priorisation des actes à effectuer en fonction de l'urgence.

SF1 : à un moment donné elle me fait la remarque « ah y a bientôt un accouchement on va peut-être appeler l'externe pour qu'elle fasse un quatre mains » mon étudiante sage-femme ma5. Et en fait là je l'ai regardée, déjà j'étais là en mode « faut que tu t'actives ma cocotte » (rires) et quand elle m'a sorti ça, avec une de mes collègues on s'est regardé en mode c'est pas la priorité.

SF2 : La difficulté à distinguer les choses importantes à dire, en gros dire l'essentiel en minimum de temps et l'organisation.

SF8 : elle arrivait pas à prioriser les étapes, du coup au lieu de se dire la dame elle est en train de pousser, je mets mes gants je mets la main, elle voulait sonder la dame, prendre son temps alors que là c'était pas la principale chose à faire à ce moment.

Finalement, 3 sages-femmes déclaraient que les ESF rencontraient des difficultés pour élaborer différents pronostics ainsi que des conduites à tenir en fonction des signes cliniques des patientes, mais aussi de l'anamnèse faite lors de la consultation.

SF4 : Donc voilà d'une manière plus générale, elle va réussir à proposer des hypothèses mais souvent elle va avoir du mal à les affirmer, à les assumer.

SF7 : c'est les différents diagnostics quoi, les différents pronostics, qu'est-ce qu'il va se passer et qu'est-ce qu'on peut faire en fonction.

SF10 : alors dans le raisonnement clinique ce qui leur pose à mon sens le plus problème, c'est quand il y a une association de plusieurs pathologies qui rentrent en ligne de compte pour élaborer un ou plusieurs diagnostics et les conduites à tenir derrière.

En résumé, les difficultés perçues par les sages-femmes sont :

- le manque de lien théorico-clinique ;
- le défaut de priorisation des actes ;
- le défaut d'élaboration des pronostics et des conduites à tenir.



c. Causes à l'origine des difficultés rencontrées par les ESF

Concernant les causes à l'origine des difficultés rencontrées par les ESF en stage pour la réalisation du raisonnement clinique, les étiologies citées étaient multiples.

Dans un premier temps, 4 SF mettaient en avant la difficulté que représentait pour les ESF de devoir adapter leurs pratiques en fonction de celles des professionnels avec lesquels elles évoluaient durant la garde.

Question MP : Et est-ce que tu penses, même si en l'occurrence l'étudiante t'a dit pas de souci, est ce que tu penses que ça a pu créer une difficulté pour elle ?

Réponse SF1 : Moi je pense que ça l'a mise en difficulté et je lui ai reposé la question au cours de la journée.

Autres réponses :

SF2 : il faut toujours s'adapter avec qui t'es des fois ça peut être déstabilisant donc je pense que ça peut jouer un peu.

SF4 : tu sens que c'est un peu fragile comme argumentation tout ça parce que souvent, elles sont tiraillées entre ce qu'elles voient faire aussi par d'autres professionnels.

Secondairement, 6 sages-femmes mettaient en avant l'importance de l'expérience pour l'élaboration du raisonnement clinique et des difficultés engendrées par le manque de pratique.

SF3 : La difficulté dans son raisonnement c'était surtout le manque de pratique dans le sens où c'était une fin de ma3 donc c'était pas son premier stage en salle d'accouchement mais à priori c'était la première dame sous synto qu'elle avait vraiment donc c'était compliqué de comprendre vraiment l'effet que ça avait et comment fonctionnait le synto.

SF4 : Je pense que c'est une difficulté normale qui arrive à tout le monde mais moi je pense que c'est normal, c'est normal que ça arrive ces moments-là, de comme je t'ai dit pour moi en plus c'est totalement cohérent avec le moment de ses études.

SF5 : Oui voilà c'est ça y a un côté très théorique après y a ... une certaine maturité, c'est pas négatif mais je trouve que ça joue pour des étudiants qui ont par exemple, on en a eu quelques-unes ces dernières années qui ont déjà travaillé avant, qui sont un peu plus âgées ou qui ont déjà une pratique dans le milieu professionnel et je pense que ce raisonnement il est déjà plus là, alors est-ce que c'est l'âge, est ce que c'est l'expérience je sais pas.

Au travers des entretiens, nous constatons également que la responsabilité des sites de formations en maïeutique tient une place dans les lacunes d'élaboration de raisonnement clinique rencontrées par les étudiants. En effet, 4 sages-femmes identifiaient les écoles comme en partie responsables, en raison de leurs méthodes d'enseignement pédagogique ou de leur absence de communication avec les maternités écoles.

SF1 : Et cette caractéristique-là s'applique beaucoup aux [étudiantes ville A], de ne pas comprendre la réadaptation entre la théorie et la pratique, c'est spécifique des [étudiantes ville A], elles ont beaucoup de mal.

SF9 : Il y a le lien entre nous et l'école de sage-femme qui est vraiment défectueux. Il y a aucune réunion, par exemple la dernière réunion entre l'école de sage-femme et les sages-femmes [établissement A], je parle des sages-femmes, pas des cadres... elle a dû avoir eu lieu en 2009 ou 2010 tu vois ? Et ça je trouve ça aberrant.

SF10 : Moi j'ai remarqué ça depuis quelques années où en plus c'est des cours qui ne sont plus obligatoires, donc je pense que certains étudiants n'assistent pas aux cours donc qu'ils ne l'ont déjà pas entendu et après ils ne l'ont pas appris et du coup ça, ça pose problème parce que sur des pathologies qui sont un peu communes, je sais pas les menaces, le diabète, enfin les trucs qu'on a vraiment souvent donc je pense que ça c'est déjà des freins.

Par ailleurs, la moitié des SF consultées identifiaient les lacunes théoriques comme une des causes responsables de difficultés à l'élaboration du raisonnement clinique chez les ESF.

SF3 : Voilà la difficulté c'est surtout la connaissance donc quand elles connaissent pas la patho, qu'elles l'ont jamais rencontrée ou alors qu'elle ont eu le cours mais qu'il est pas appris c'est difficile pour elles d'avoir un raisonnement vis-à-vis de la pathologie rencontrée. Soit une pathologie foétale, un diabète ou n'importe.

SF5 : Après le manque de connaissances parfois ça peut jouer aussi.

SF10 : Alors pour moi la première des causes c'est quand les étudiants arrivent et qu'ils ne connaissent pas leurs cours.

En outre, 4 professionnels confiaient que le manque d'explications de la part des SF encadrantes représentait un véritable frein pour les ESF à l'organisation du raisonnement clinique, ces derniers ne comprenant pas toujours les tenants et les aboutissants des conduites à tenir mis en place par les SF.

SF3 : Le fait qu'on l'ait pas poussé à réfléchir, parce qu'en ma3 t'es surtout un exécutant et je pense qu'elle s'était plus mise dans une position d'exécutante à attendre qu'on lui dise quoi faire plutôt se dire « tiens je vais le faire ».

SF4 : Je pense que y a beaucoup de professionnels qui prennent des décisions sans forcément... parce qu'il sentent pas la nécessité de devoir les justifier mais en fait c'est pas histoire de les justifier, c'est en tout cas de les expliquer à l'étudiant, tu vois de dire quand ils sont un peu plus jeunes dans la formation « oui moi je la renvoie parce que si parce que ça » pour que l'étudiant vraiment il apprenne pourquoi, je pense que souvent voilà on dit non on va la renvoyer tu vois et on va pas jusqu'à pourquoi et du coup je pense du coup que ça aussi les professionnels sur le terrain sont un peu responsables de ça, du problème du fait que les étudiants ils ont aussi du mal à faire le raisonnement clinique.

SF6 : Les études de sages-femmes tant les études de médecine en fait, vraiment l'art de la médecine en France c'est l'art de la copie, de la répétition, « attends viens je te montre », attends viens je te montre à perfuser, attends viens je te montre à faire un BIP, je te montre je t'explique pas, je te montre.

D'autre part, 3 sages-femmes avançaient que le manque de temps et la charge de travail importante représentaient à la fois un frein à l'encadrement du raisonnement clinique mais aussi une difficulté pour les ESF dans la réalisation de leur raisonnement clinique.

SF2 : Déjà en garde chargée ça peut être compliqué pour l'étudiant d'avoir un bon raisonnement clinique parce qu'il n'a pas forcément le temps de prendre le temps pour chaque dossier et de prendre le temps avec le professionnel.

SF3 : Le manque de temps parce que quand t'as une garde chargée avec plusieurs patientes, la sage-femme va pas trop prendre le temps de laisser son étudiante réfléchir d'elle-même, ça sera plus directif plutôt que d'attendre que l'étudiante donne son avis.

SF5 : Je pense pour moi le fait que des fois on n'a pas toujours le temps de bien vous encadrer.

Pour terminer, 3 sages-femmes identifiaient le stress lié au statut d'étudiant comme une des causes à l'origine de difficultés dans l'élaboration du raisonnement clinique.

SF2 : Alors je pense que quand t'es étudiant t'es toujours un peu stressé.

SF7 : Alors est ce que c'est ça, je sais pas je suis pas dans sa tête mais ça pourrait peut-être être vis-à-vis de l'activité en salle de naissance et puis peut-être sans le vouloir la pression que j'ai pu lui mettre.

SF8 : le stress, la précipitation. Le stress de la salle d'accouchement et le stress de « il faut que je me dépêche, il faut que je fasse ça, il faut que je fasse tous les points que je dois faire mais rapidement » donc du coup on en perd l'essentiel.

En résumé, les causes mises en évidence par les sages-femmes peuvent être divisées en trois parties avec premièrement les causes liées à l'ESF :

- manque d'expérience et de pratique ;
- manque de connaissances et d'apprentissage théorique ;
- stress.

Ensuite les causes liées à la relation SF/ESF :

- adaptation de l'ESF à la SF ;
- manque d'explications de la part des SF.

Enfin, les causes externes :

- responsabilité des sites de formations ;
- charge de travail de service d'urgence.

d. Gestion par la sage-femme des difficultés rencontrées par l'ESF

Pour pallier ces difficultés de raisonnement clinique, les sages-femmes évoquaient différentes solutions à mettre en place avec l'étudiant.

Une des solutions évoquées était de proposer à l'étudiant de faire des dossiers cliniques. En effet, 4 sages-femmes estimaient que l'entraînement au raisonnement clinique via les dossiers cliniques pouvait être bénéfique pour l'ESF.

SF2 : Je me suis demandé ce que je pouvais faire pour l'aider, je lui ai demandé si ça l'intéressait de faire des dossiers elle a dit oui et du coup je lui ai dit « fais le d'abord toute seule » et après je te dis comment moi j'aurais fait. Après je dis pas que c'est la bonne solution mais c'est comment moi j'aurais fait.

SF3 : Je lui dis de faire une présentation du dossier, de me présenter les différents pronostics et quelles sont les différentes prises en charges qu'il va y avoir après la naissance selon les différents cas. Donc après si on voit en général qu'on s'en sort

plutôt bien donc c'est surtout reprendre le dossier de A à Z et refaire une présentation quoi.

SF8 : Lui faire revoir le dossier de A à Z. Donc voilà lui dire, la grossesse était sans particularité, on n'a pas de contre-indication à faire telle ou telle chose donc qu'est-ce que tu ferais à ce moment-là ?

Plus largement, 7 sages-femmes indiquaient que pousser l'ESF à réfléchir autour du raisonnement clinique via des questions plus ou moins ciblées autour des cas cliniques rencontrés lors des consultations pouvaient être bénéfique pour le raisonnement clinique de l'étudiant.

SF4 : J'ai essayé de la faire raisonner sur pourquoi la dame était là, pourquoi là elle arrête le tracé, est-ce que pour elle c'est bon de la renvoyer, si c'est suffisant de la faire revenir dans 48h, est-ce que y avait pas une autre option.

SF7 : Oui, c'est plutôt la questionner pour essayer d'aller plus loin, pour voir si justement c'est parce qu'elle ose pas trop ou si vraiment elle en serait restée là [...] la guider dans son raisonnement sans essayer de lui donner la réponse mais y a des fois c'est un peu difficile.

SF9 : Là justement je stimulais le raisonnement clinique des étudiants [...] je leur posais des questions en mobilisant leurs connaissances de médecine par exemple, en leur disant en médecine avec la première année, tu dois pouvoir parler ou m'expliquer l'ictère ou la pré éclampsie par exemple, qu'ils n'avaient pas vu du tout d'un point de vue théorique et là je mobilisais les connaissances de médecine de base pour pouvoir projeter un pseudo cours en fait, j'utilisais un schéma ou d'autre chose, pour leur expliquer qu'avec les connaissances qu'elles avaient acquises à droite à gauche, justement dont elles n'ont pas... comment dire... travailler pour comprendre des notions de terrain, heu... leur montrer qu'on peut avoir une réflexion personnelle pour comprendre.

Ensuite, seulement 3 sages-femmes essayaient de prendre le temps d'expliquer aux ESF les aspects mal compris ou mal exécutés dans l'élaboration de leur raisonnement clinique.

SF3 : Une fois qu'on a mis la dame, qu'on a résolu le souci de son rythme je lui ai expliqué que à son niveau d'étude, mettre la dame sur le côté c'est un réflexe, couper le synton faut qu'elle y pense aussi même si elle le fait pas d'elle-même, qu'elle propose au moins, qu'elle dise « est-ce qu'on coupe le synton maintenant, est-ce qu'on attend un petit peu ? » qu'elle montre qu'elle y a pensé.

SF4 : Je lui ai montré le tracé, je lui ai dit « moi ça me dérangeait que tu l'aies arrêté ici et tout ça » et elle si tu veux elle disait que de toute manière il était normal et ce qui m'a alerté dans son raisonnement, sa compréhension, c'est qu'après quand j'ai posé les questions « pourquoi elle vient pour une surveillance de terme si quand on voit quelque chose on la renvoie ? » et là tu vois plus de réponse et puis alors « qu'est-ce qu'on recherche, quels sont les risques de dépasser le terme et tout ça ? ».

SF6 : C'est ça mon taf aujourd'hui dans l'enseignement, enfin à l'époque dans l'enseignement, c'était de voir jusqu'où en fait ils arrivent à comprendre et à partir du moment où ils commencent à raconter de la merde, de reprendre la main et de réexpliquer, et de réexpliquer en face des couples, pourquoi on fait ça à tel moment. Et en général, après ce que je faisais c'est que du coup on faisait le truc avec la patiente, on discutait auprès de la patiente, l'étudiant sortait, je revoyais avec eux pourquoi j'avais fait ça, s'ils me disaient oui et que j'avais l'impression que... elle comprenait pas... ce que je faisais c'est que je lui disais « ok, maintenant est-ce que, tu vois tu vas prendre une pause dans ta garde, je m'en batte que tu fasses des accouchements ou pas, je voudrais bien que tu comprennes, donc en fait tu vas me le réexpliquer sur un papier et me l'écrire ».

Par ailleurs, 2 sages-femmes tentaient de remédier aux difficultés rencontrées par l'étudiant en laissant plus de place à l'ESF, en lui permettant de pratiquer davantage dans l'optique de stimuler sa capacité de réflexion clinique.

SF1 : J'ai essayé moi d'abord de lui laisser plus de place parce que je sais à quel point ça peut être difficile de trouver sa place et que même si... enfin y a aussi la double chose de certes elle me connaît mais c'est toujours difficile quand on connaît la personne, on se dit « elle... maintenant elle va me juger sur ma pratique professionnelle quoi » et donc pour le savoir, l'avoir vécu je me suis dit que j'allais lui laisser plus de place et que peut être que ça l'aiderait [...]

SF8 : Le raisonnement clinique il vient à force de faire donc plutôt de dire « regarde » j'aime bien la laisser faire.

Finalement, 1 SF essayait d'aider l'ESF en difficulté en reprenant le déroulement des différents gestes et prises en charges tout en demandant à l'étudiant d'argumenter chacun d'entre eux.

SF5 : Je vais essayer de pas m'énerver (rire) c'est pas l'objectif je lui dis « y a quelque chose que t'as pas compris dans l'histoire, réexplique moi ce que tu fais comme gestes quand tu repréparas une dame et pourquoi tu le fais » donc j'essaye de lui faire reprendre le déroulement, souvent elle me dit « je vais lui reprendre ses constantes, on appuie sur le ventre, elle essaye de faire pipi ou je la sonde, je lui fais une petite toilette, je lui enlève sa voie, son cathé de péri » donc voilà on reprend les différentes étapes et dans quel ordre il faut les faire et pourquoi... et normalement à la fin elle doit avoir compris et plus refaire l'erreur.

En résumé, les sages-femmes géraient les difficultés de l'étudiant en :

- faisant faire des dossiers à l'étudiant dans le but d'entraîner ce dernier au raisonnement clinique et plus largement faire raisonner l'étudiant pour stimuler sa capacité de raisonnement ;
- expliquant à l'étudiant les points non compris ;
- laissant l'étudiant pratiquer davantage.



e. Axes d'amélioration

Les SF ont ensuite exprimé leurs opinions à l'égard des possibles améliorations à mettre en place pour un meilleur encadrement des ESF en salle d'accouchement, notamment vis-à-vis du raisonnement clinique.

Dans un premier temps, 7 SF déclaraient que la mise en place d'un système de tutorat serait bénéfique pour l'encadrement du raisonnement clinique des ESF en salle d'accouchement.

SF4 : Essayer quand même d'organiser un pseudo et je vais bien dire pseudo parce que je suis mitigée là-dessus mais un pseudo tutorat. C'est-à-dire que moi je suis pas pour vraiment que l'étudiant il voit que deux sages-femmes durant son stage sur neuf gardes, tu vois je me dis que c'est dommage en fait de pas profiter de plusieurs manières de travailler parce qu'on travaille pas tous pareil et qu'il faut savoir prendre un peu chez tout le monde et y en a pas que deux dans l'équipe qui ont la science infuse, dans l'équipe on est plusieurs sages-femmes donc ça voilà c'est pas pour moi le mieux par contre même en tournant un peu et en voyant tout le monde, ça peut être quand même bien que l'étudiant fasse qu'il ait une ou deux sages-femmes un peu référente(s) c'est-à-dire qu'il voie une ou deux fois dans le stage pour pouvoir avancer et voir où est-ce qu'il en est et ça c'est souvent pour les ma5 je pense qu'il faut [...] un peu d'accompagnement personnalisé de l'étudiant.

SF5 : La formation des professionnels à l'encadrement d'une façon générale (rire) ?... Ça serait bien ça déjà. Le tutorat c'est quand même assez intéressant parce que quand t'arrives à avoir un étudiant sous ta responsabilité... enfin que tu suis sur plusieurs gardes, tu peux avoir quand même une vraie évolution dans le raisonnement, dans la technique, dans le suivi donc ouais c'est déjà plus adapté plutôt que de faire une garde par ci par là où on sait jamais trop ce que l'étudiant sait faire et même si on lui pose la question on a quand même besoin de voir par nous-même donc le côté suivi de l'étudiant et tutorat ça serait quand même intéressant.

SF10 : Je pense que moi ensuite ce qui m'a beaucoup aidé, ça a été d'avoir fait une formation sur le tutorat. Parce que c'est pas facile de transmettre et puis c'est pas facile quand on a des étudiants en difficulté, que ce soit alors pas forcément dans leurs connaissances mais des fois dans ce qu'ils peuvent vivre à l'extérieur, de ce qu'ils ont peut-être vécu avec d'autres personnes dans d'autres établissements ou au sein de l'établissement, et pour avoir suffisamment de recul pour comprendre pourquoi un étudiant est complètement perdu, dans une garde ou dans un service alors que visiblement ça se passait plutôt bien ailleurs. Toute cette démarche-là, le tutorat je pense que ça aide beaucoup, ne pas dire « lui là, il est complètement nul, ça me saoule il sait rien faire », peut-être qu'il sait faire les choses, mais qu'il sait pas les faire aujourd'hui parce qu'il s'est passé quelque chose d'extérieur dans sa vie, enfin voilà des difficultés donc je pense vraiment que le tutorat ça peut aider pour ça.

Ensuite, 3 SF déclaraient qu'il était nécessaire de faire prendre conscience aux professionnels de leur devoir d'encadrer les étudiants en stages mais qu'il était aussi impératif que lesdits professionnels se forment à l'encadrement.

SF1 : Et je pense qu'on devrait tous encadrer en tant qu'étudiant genre se faire de l'auto compagnonnage les uns les autres pour être mieux formés et après des piqûres de rappel en tant que professionnel parce que dans 5 ou 10 ans je suis pas sûre que j'aurais le même dynamisme, la même envie d'aider les étudiants ou des choses comme ça ou tout simplement que je serais encore d'actualité dans les objectifs de stage des choses comme ça et en fait on est une profession médicale donc il faut qu'il y ait de la formation continue pour être pertinent sinon on serait pas médical on serait je sais pas quoi mais pas ça, voilà.

SF2 : Et il faut je pense sensibiliser les sages-femmes au fait qu'il faut encadrer les étudiants et le faire de manière constructive pour faire progresser l'étudiant.

SF5 : Enfin moi je suis de la nouvelle réforme on va dire donc je pense que je connais ce que t'es censé savoir quand et c'est pas le cas de beaucoup de mes collègues diplômés de façon plus âgée et eux c'est... c'est souvent que j'entends « les étudiants maintenant, ils ont moins de pratique, ils savent moins faire » ça m'énerve mais bon (rires) mais je pense que si mes collègues savaient quelles acquisitions elles sont censées savoir quand, ça aiderait. Et puis peut-être avoir des petits points de communication, des façons d'expliquer, de... voilà parce que des fois dans notre façon d'expliquer peut-être qu'on n'explique pas forcément bien parce qu'on sait pas forcément comment expliquer, on n'est pas prof hein.

Par ailleurs, 2 SF indiquaient que les mises en situations pratiques étaient trop rares au sein des sites de formations et qu'il serait par conséquent nécessaire d'augmenter le nombre de ces mises en situations au cœur des écoles de sages-femmes.

SF3 : Je pense qu'il faudrait.... Qu'elles aient beaucoup plus de sessions de raisonnement, de cas cliniques où en 10 minutes on se dit la dame elle a ça qu'est-ce qu'on en fait et ensuite pendant 15 min elles réfléchissent sur le cas et qu'à la fin on ait une conduite à tenir parce que souvent quand elles arrivent en stage si elles ont pas vu la patho ou qu'elles l'ont juste vue en cours c'est très compliqué de les faire réfléchir. Moi quand j'étais étudiant sage-femme on faisait un truc comme ça, avec plein de sessions avec différents cas cliniques où pendant un quart d'heure on réfléchissait pour chaque cas clinique et à la fin on en ressortait une conduite à tenir, on se mettait en groupe de 2-3 étudiants, je pense que c'est pas mal ça à mettre en place dans les écoles.

SF6 : Les simulateurs, les simulateurs c'est génial, franchement c'est génial si par exemple... moi j'ai adoré le simulateur HDD [...] y en a pas assez, moi je pense que y en a pas assez. Et même pour les vieux comme moi tu vois, heu tu me mets sur une réa, je fais une réa comme moi j'ai appris heu... je me suis mis à jour mais je pense que tu vois y a des choses qui changent tellement que je pense qu'aujourd'hui je suis pas du tout à jour. Encore par rapport à [ville A], je pense qu'on fait pas du tout les mêmes choses.

2 SF indiquaient ensuite qu'une meilleure entraide entre ESF, via l'auto-compagnonnage, ou en débriefant ensemble de situations cliniques rencontrées en stage, pourrait être bénéfique pour entrainer les futurs SF à encadrer le raisonnement clinique en commençant dès les études.

SF1 : Et je pense qu'on devrait tous encadrer en tant qu'étudiant genre se faire de l'auto compagnonnage les uns les autres pour être mieux formés.

SF7 : Je pense que l'étudiant devrait oser, entre eux, débriefer les choses, alors peut-être via des groupes de travail. Mais débriefer entre vous parce que parfois vous pouvez avoir une situation et puis comme nous on fait avec nos collègues, que t'aies les autres étudiantes sages-femmes qui aient vu la même situation qui a abouti aux mêmes choses, ou qu'elles aient eu d'autres idées, vu d'autres choses en stage, c'est toujours bénéfique des fois de discuter de ses difficultés avec les autres alors qu'on n'ose pas forcément mais ça peut peut-être aussi de bloquer un créneau à l'école de sage-femme et de dire « les étudiants qui pensent être en difficulté sur telle ou telle situation peuvent venir de telle à telle heure avec les formatrices et on en parle » sans pression.

Pour finir, seulement 2 SF soulignaient l'importance du climat de confiance entre SF et ESF et de la nécessité d'en instaurer un pour tout encadrement.

SF2 : Pour moi le plus important c'est vraiment la communication quoi, c'est de communiquer avec l'étudiant pour savoir qu'est-ce qu'il veut faire et qu'est-ce qu'il veut travailler, c'est vraiment instaurer un climat de confiance avec l'étudiant pour pas qu'il se sente mal à l'aise pour qu'on puisse l'aider quoi.

SF8 : Mettre en confiance l'étudiant c'est-à-dire voilà lui dire « ok ça c'est bien, là t'as bien pointé la bonne chose », valoriser l'étudiant quoi.

En résumé les sages-femmes proposaient comme idées d'amélioration :

- une formation au tutorat ;
- connaissance des objectifs de stages et d'apprentissages en fonction de l'année d'étude ;
- augmenter le nombre de simulations haute-fidélité ;
- instauration d'un compagnonnage entre ESF ;
- augmenter le temps de pratique de raisonnement clinique ;
- instauration d'un climat de confiance entre SF et ESF.

## IV. Discussion

### 1. Limites et forces de l'étude

Cette étude qualitative présente des biais. Tout d'abord, nous pouvons évoquer un biais de recrutement. En effet, seules les sages-femmes ayant répondu favorablement à notre recrutement ont été interrogées. Il est raisonnable de penser que seules les sages-femmes présentant un attrait pour l'encadrement des ESF ont répondu favorablement aux recrutements et que par conséquent, l'échantillon interrogé n'est pas représentatif de la population générale. Cela explique aussi le fait que la majorité des sages-femmes interrogées déclaraient bien vivre l'encadrement des ESF en stage.

Ensuite, les entretiens ont tous été, à l'exception du premier, effectués par téléphone en raison du contexte sanitaire actuel. Ainsi, il n'a pas été possible d'apprécier le langage non verbal des professionnels interrogés.

Toutefois, pour essayer d'avoir un panel de personnes interrogées suffisamment large, tous les types de maternités ont été ciblés. Cela nous a permis de recueillir des avis venant de professionnels aux profils différents dans le sens où ils n'avaient pas les mêmes nombres d'étudiants à encadrer et les mêmes charges de travail selon les maternités. Enfin, l'étude a été réalisée dans deux départements (Rhône et Ain) de la région Auvergne Rhône-Alpes.

## 2. Analyse des difficultés et de leurs causes dans l'élaboration du raisonnement clinique

Audetat MC et Al (6) identifiaient 5 principales difficultés à l'élaboration du raisonnement clinique à savoir :

- les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses ;
- problème de fermeture prématurée ;
- difficulté de priorisation ;
- difficulté à l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique ;
- difficulté à élaborer un plan d'intervention.

Les SF interrogées quant à elles ont principalement cité 2 difficultés pour le raisonnement clinique à savoir, la difficulté à la génération d'hypothèse diagnostic et les problèmes de priorisation. Elles ont également identifié certaines des causes qu'elles estimaient être à l'origine de ces difficultés. Dans cette analyse nous présenterons, dans un premier temps, les causes éventuelles à l'origine des difficultés rencontrées par les SF et les ESF. Cela nous permettra, dans un deuxième temps, de préciser de quelle manière les SF interviennent auprès des ESF pour pallier ces difficultés. Nous proposerons, dans un troisième temps, des idées d'amélioration pour l'encadrement du raisonnement clinique en salle d'accouchement.

### a. Le défaut de priorisation

Pour reprendre les propos d'Audetat MC et Al (8), la priorisation est définie comme étant une difficulté à « *interpréter les données pour choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des indices ou des informations obtenues au cours de l'entrevue.* » Il peut également s'agir de difficultés à centrer son recueil des données sur les éléments les plus importants. Parmi les causes citées par Audétat MC et Al comme responsables de cette difficulté figuraient, entre autres, la pression du temps ainsi que le manque d'expérience. Nous avons pu retrouver ces deux causes lors de nos entretiens. Dans un premier temps était citée la pression due au manque de temps ainsi

que celle de l'urgence, caractéristique du service de salle d'accouchement. En 2010, Pellacia *et Al* (9) soulevaient déjà que le raisonnement clinique en médecine d'urgence était associé à de multiples spécificités contextuelles avec en particulier :

- une nécessité dans certaines situations d'agir vite et donc d'obliger le professionnel à réfléchir rapidement ;
- une charge affective du professionnel en raison du risque de décès, dans notre cas, pour la mère et l'enfant ;
- une complexité inhérente au fait que le professionnel est souvent contraint de gérer simultanément plusieurs patientes générant ainsi des interruptions de raisonnement, mais aussi une nécessité de communiquer avec les professionnels impliqués dans la gestion pluridisciplinaire des patientes (pédiatre, obstétricien, auxiliaire de puériculture, etc.).

Toutes ces spécificités font de la salle d'accouchement un terrain difficile pour l'élaboration du raisonnement clinique et peuvent entraîner, entre autres, un problème de priorisation des informations.

Dans un second temps, le manque d'expérience est caractéristique de n'importe quel étudiant en formation et peut être associé à une difficulté à faire des liens entre la théorie et la pratique. Ces deux causes vont de paire, l'aptitude à faire des liens entre la théorie et la pratique venant essentiellement avec l'expérience. Actuellement, le cursus maïeutique comprend environ 90 semaines de stages, le nombre de semaines de stage ainsi que le nombre de gardes par semaine variant selon les différentes écoles. Néanmoins, il est compréhensible que cette pratique et l'expérience s'acquièrent au fil des années. La profession de SF fait partie des professions médicales ayant à ce titre une obligation de remise à jour de ses connaissances pour être au fait des dernières pratiques professionnelles, ceci faisant partie du code de déontologie. Il paraît ainsi logique qu'un étudiant en cours de formation prenne plus de temps pour faire les liens entre la théorie et sa pratique qu'un professionnel avec 10 ans d'expérience. De ce fait, l'expérience, la pratique et la confrontation à différentes situations permettront aux étudiants d'affiner leurs raisonnements cliniques.



b. La difficulté à la génération d'hypothèses diagnostiques  
Selon les travaux d'Audétat MC et Al (10), la difficulté à générer des hypothèses diagnostiques concernerait le cas où « *le clinicien n'identifie pas, ne sélectionne pas ou n'interprète pas adéquatement des éléments-clés ou indices qui pourraient l'orienter et susciter la génération de quelques hypothèses diagnostiques dès le début de l'entrevue.* » Parmi les causes citées comme étant à l'origine de ces difficultés, nous pouvons retrouver le déficit de connaissance et, comme évoqué précédemment, l'inexpérience. Le manque d'expérience a été cité de nombreuses fois dans nos entretiens et souvent décrit comme la principale cause de difficultés. D'après l'arrêté du 19 Juillet 2011 (11), les aptitudes et l'acquisition des connaissances sont appréciées chaque semestre soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés. Néanmoins, et comme souligné lors des entretiens, l'apprentissage des cours théoriques ne serait fait qu'à l'occasion des contrôles.

Nous pouvons d'ores et déjà nous demander si dans un premier temps, cette information représente une vérité générale ou non. Puis, dans un second temps, nous pouvons nous demander si les cours théoriques appris, comme soutenus par certains, exclusivement pour les examens, ne peuvent pas constituer une véritable source de connaissances théoriques. La courbe d'Ebbinghaus ou courbe de l'oubli, décrite au XIX<sup>ème</sup> siècle par son auteur Hermann Ebbinghaus (12), décrit comment une information se perd au fil du temps et à quelle fréquence il est nécessaire de se la remémorer pour ne pas l'oublier. Pour prendre l'exemple d'un enseignement théorique, il sera nécessaire de le relire 10 minutes après le cours (J0), puis une deuxième fois 1 jour après le cours (J+1) puis une troisième fois à J+3, une quatrième fois à J+30 et une cinquième fois à J+180. Si nous partons du postulat que le cours a bel et bien été appris par l'étudiant pour les examens, au bout de 6 mois, en l'absence de relecture ou révision, il aura oublié 80% du cours. Il serait donc nécessaire que l'étudiant effectue une relecture fréquemment pour se souvenir en permanence de tous ses cours. Il serait raisonnable de penser qu'effectuer cette relecture en permanence en parallèle des cours et de stages paraît compliqué. En revanche, pratiquer de façon fréquente les enseignements transmis permettrait de retenir les informations de façon durable dans le temps. C'est un des objectifs des stages dans la mesure où les mises en situation permettent aux

étudiants d'ancrer les connaissances. Xun Kuang, penseur chinois confucianiste ayant vécu au III<sup>ème</sup> siècles avant J-C, confirme ses propos lorsqu'il écrit :

*« Ne pas l'avoir appris n'est pas aussi bon que l'avoir appris ; l'avoir appris n'est pas aussi bon que l'avoir vu exécuté ; l'avoir vu n'est pas aussi bon que le comprendre ; comprendre ce n'est pas aussi bien que de le faire. Le développement de l'érudition est à l'extrême de le faire, et c'est sa fin et son but. Celui qui l'exécute le sait parfaitement ».* (13)

c. Que pensez des autres causes citées ?

Bien que nous nous basions sur la série d'articles publiés par Audétat MC et Al (6), les auteurs précisent bien que les causes citées en fonction des difficultés ne sont en aucun cas exhaustives. Force est de constater que nos entretiens confirment cette non-exhaustivité dans la mesure où ils ont permis de faire ressortir de nouvelles causes aux difficultés rencontrées. Nous retrouvons ainsi des problématiques liées aux sites de formation mais également à la relation SF/ESF.

En effet, au travers de nos entretiens certaines personnes interrogées ont mis en avant la responsabilité des sites de formation maïeutique dans la mesure où certains étudiants ne « *comprennent pas la réadaptation entre la théorie et la pratique* » (SF1). Il semblerait que ce soit « *spécifique aux étudiantes* » de certaines villes « *qui ont beaucoup de mal* » (SF1). Cela soulève des questions en termes de formation et d'uniformité de la formation.

Or, l'arrêté du 19 juillet 2011 (11) définit clairement les objectifs de la formation à savoir :

- l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Cette base scientifique englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes, plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, indispensables à l'appropriation progressive des compétences nécessaires à l'exercice des métiers médicaux ;

- l'approche fondamentale de l'être humain dans l'optique du maintien de la santé et de la prise en charge du malade, par l'acquisition de connaissances en santé publique, en séméiologies clinique et paraclinique ;
- l'acquisition de connaissances fondamentales de physiopathologie et de pharmacologie permettant à l'étudiant d'obtenir une vision intégrée du fonctionnement normal et pathologique des appareils et systèmes du corps humain. L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et d'apprentissage pratique en milieu clinique, permettant à l'étudiant de construire la relation de soin et sa réflexivité.

Il est également précisé que l'organisation des enseignements conduisant au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques est définie par les instances compétentes des structures assurant la formation. Ainsi, bien que la loi prévoit des objectifs de formations précis, l'organisation des enseignements dépend des structures compétentes avec un risque de formations inégales sur le territoire.

Concernant les difficultés liées à la relation SF/ESF, il a été soulevé que les étudiants devaient souvent adapter leurs pratiques au professionnel avec lequel ils étaient en garde. Lauzon O. dans son mémoire intitulé « Exploration de l'expérience d'étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage clinique en regard de l'expression des incertitudes à leur superviseure » (14) souhaitait étudier l'expérience d'étudiantes infirmières lors d'un stage clinique en regard de la formulation des incertitudes à leurs encadrants. Parmi ses résultats, il soulevait que les étudiantes interrogées rencontraient des difficultés en lien avec le contexte de travail et notamment l'adaptation à l'encadrante. Nos résultats rejoignent ceux de Lauzon O. dans la mesure où nous avons pu constater que les étudiants devaient souvent adapter leurs pratiques aux professionnels encadrant la garde.

Par ailleurs, il semblerait que dans la relation pédagogique qui unit la SF et l'ESF, il y ait un manque d'explications de la part des SF, ces dernières préférant la répétition des gestes à la justification. Jean Houssaye dans son livre « Le triangle pédagogique » (15) modélise l'acte pédagogique à l'aide d'un triangle dont les trois sommets sont composés

du savoir, de l'enseignant et de l'apprenant. Ces trois composantes s'articulent entre elles via trois processus à savoir : enseigner, apprendre et former (Figure 1).

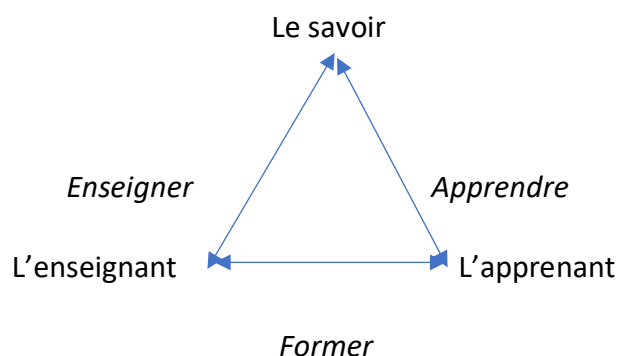


Figure 1 : Le triangle pédagogique

L'auteur dans son livre fait remarquer que toute situation pédagogique privilégie deux éléments des trois sommets du triangle, le troisième faisant le mort. Dans l'enseignement traditionnel, c'est l'enseignant et le savoir qui sont privilégiés, laissant l'apprenant jouer le rôle du mort, l'étudiant ne retenant pas l'information car exclu de la situation. Dans le cas d'un professionnel montrant sans expliquer incitant l'étudiant à répéter son geste sans forcément le comprendre, l'étudiant sage-femme prend le rôle du mort. L'auteur écrira : « *il suppose que dans la pratique pédagogique elle-même, il y ait du jeu et donc autre chose que la simple reproduction ; la simple répétition est d'une certaine manière la fin du jeu* », le jeu étant ici le jeu pédagogique.

Ces deux dernières causes concernent la relation pédagogique présente lors de l'encadrement de l'ESF par la SF. Mais qu'est-ce que la relation pédagogique ? Dans un premier temps, une relation est une interaction entre deux personnes et qui nécessite que les deux protagonistes aient tout d'abord du respect l'un pour l'autre et d'autant plus dans une relation pédagogique. C'est en ce sens que Kozanatis A. écrit :

*« Afin de cultiver une relation bénéfique et motivante, tout pédagogue gagnera à adopter une attitude et un style de communication interpersonnelle qui témoigneront d'un respect, d'une bienveillance, d'un intérêt et de préoccupations sincères à l'égard des étudiants. »*

Il est de plus nécessaire que les deux acteurs aient de la considération l'un pour l'autre, et pour reprendre les mots de Rogers C., « *Avoir de la considération pour une personne, c'est accepter a priori sa spécificité sans l'enfermer dans nos jugements de valeur* » (16). Cette notion d'acceptation de la particularité de l'autre rejoint la cause énoncée précédemment concernant l'adaptation de l'ESF à la pratique de la SF. En effet, l'étudiant s'adapte au professionnel et à la pratique spécifique de ce dernier. Mais cette adaptation peut aussi s'appliquer à la SF qui adapte son encadrement à l'étudiant avec lequel elle effectue la garde, en tenant compte de son caractère et de ses spécificités. La relation pédagogique, pour reprendre les propos de Resweber JP (17), peut être définie comme :

*« Une fonction de médiation indispensable entre les processus éducatifs qui tendent à développer les possibilités du sujet et les processus d'apprentissage qui visent l'acquisition des compétences. L'étudiant acquerra les compétences via l'enseignement que nous pourrions définir comme étant une pratique mise en œuvre par un enseignant visant à transmettre des compétences à un étudiant ». (18)*

Cette transmission de compétences se fait grâce à l'explication mais également grâce à la pratique du geste. Cette notion de transmission de compétences par l'explication rejoint la seconde cause énoncée par les sages-femmes à savoir le manque d'explications. En effet, beaucoup de professionnels décrivaient que les SF avaient tendance à montrer les différents actes sans forcément les expliquer à l'ESF. La conséquence était une mécompréhension des gestes effectués rendant l'élaboration du raisonnement clinique d'autant plus difficile à faire, l'étudiant ne comprenant pas forcément le cheminement effectué par la SF. Nous avons analysé les difficultés rencontrées par les ESF lors de l'élaboration de leur raisonnement clinique ainsi que les causes à l'origine de ces dernières. Nous avons pu constater que ces dernières étaient aussi diverses que variées mais également que les SF et les ESF n'étaient pas les seuls acteurs de cette relation. Nous allons maintenant analyser les moyens mis en place par les SF pour corriger les difficultés rencontrées par les ESF lors de l'élaboration de leur raisonnement clinique.

### 3. Correction des difficultés par les SF

Les SF énonçaient principalement 3 solutions pour remédier aux difficultés dans l'élaboration du raisonnement clinique rencontrées par les ESF en salle d'accouchement. Parmi elles figuraient la stimulation de la capacité de raisonnement de l'ESF ainsi que l'explication des aspects non compris du raisonnement clinique. Ces deux solutions faisaient parties des stratégies de corrections proposées par Audétat MC *et Al* (10) (19) dans leur série d'articles portant sur le raisonnement. Néanmoins, et à la différence des corrections proposées par les auteurs cités précédemment, les stratégies de corrections proposées par les professionnels n'étaient pas spécifiques à la difficulté rencontrée par l'étudiant. Nous avons pu constater que les SF interrogées avaient des difficultés à énoncer précisément les raisons des difficultés rencontrées par les ESF ainsi que les indices leur permettant de les identifier. Cela vient notamment du fait qu'elles n'ont pas la formation nécessaire pour identifier des problèmes pédagogiques. Par conséquent, il leur est compliqué de proposer une solution adaptée à une difficulté mal identifiée. De plus, n'ayant pas de formation pédagogique en résolution de problèmes ou concernant les processus d'apprentissage, elles n'ont pas les outils adaptés pour la transmission de connaissances et elles s'adaptent de manière intuitive aux problèmes que peuvent rencontrer les ESF. Une formation adaptée à l'accompagnement d'un ESF permettrait aux SF encadrantes de gagner du temps et d'être plus pertinentes dans la transmission de connaissances grâce notamment à des méthodes éducatives adaptées. Enfin, parmi les solutions proposées, certaines SF s'effaçaient volontairement pour laisser l'étudiant pratiquer de façon plus autonome, l'obligeant à stimuler sa capacité de raisonnement clinique. Le but est ici le même que celui recherché pour les deux précédentes méthodes à savoir, effectuer plus de raisonnement clinique pour devenir plus performant dans l'élaboration de ce dernier.

Nous avons pu donc constater que les SF ne mettaient en place que trois solutions, non spécifiques de la difficulté rencontrée, pour remédier aux difficultés rencontrées par l'ESF lors de l'élaboration de son raisonnement clinique alors que beaucoup d'autres sont possibles. Nous avons pu également constater précédemment que les difficultés rencontrées par les ESF étaient nombreuses et avaient pour origine des causes variées parmi lesquelles figuraient le manque d'explications ou l'adaptation des ESF au

professionnel encadrant. Toutes ces informations convergent vers un même point, celui du manque de formation des SF à l'encadrement des ESF. En effet, nous avons abordé les différents aspects de la relation pédagogique et de ce qu'elle nécessitait pour être effective en oubliant que les SF sont des professionnels de santé dont le rôle premier est la prise en charge des femmes, enceinte ou non, en bonne santé et non l'enseignement. Nous allons par conséquent examiner quelles solutions s'offrent aux SF mais aussi aux ESF pour un meilleur encadrement en stage du raisonnement clinique.

#### 4. Élaboration du raisonnement clinique et son encadrement

##### a. Axes d'améliorations envisageables pour les SF

Au regard de ce que nous venons d'évoquer et en nous appuyant sur les entretiens que nous avons menés, nous constatons que la principale piste d'amélioration proposée par les SF serait une formation des professionnels encadrants au tutorat. En parallèle de ce tutorat, il serait également intéressant d'informer régulièrement les SF vis-à-vis des objectifs de stages et d'apprentissages demandés selon l'année d'étude de l'étudiant à encadrer, objectifs évoluant avec l'élargissement du champ de compétence des SF. Ces objectifs sont disponibles dans les livrets de stage et les objectifs personnels de l'ESF sont écrits par ce dernier dans le livret en début de stage. Par conséquent, il serait bénéfique que l'étudiant informe le professionnel encadrant la garde de ses objectifs personnels et il serait préférable que le professionnel en question prenne le temps de lire les objectifs de stages décrits dans le livret, temps qu'il n'est pas toujours possible de prendre.

La notion de tutorat et de tuteur auquel il est fait référence peut renvoyer à la fois à l'idée de la mise en place d'un dispositif personnalisé et d'aide pour l'étudiant mais également à un système de formation, pour les SF notamment, permettant d'acquérir un savoir-faire concernant une problématique particulière. Même si à l'origine, le terme « *tutorat* » provenant du latin *tueri* signifiait « *protéger, garder, veiller à* » (20), il a évolué au fil du temps jusqu'à la notion que nous connaissons aujourd'hui. Nous retrouvons différentes définitions en fonction du cadre dans lequel il est utilisé. Néanmoins, dans le contexte qui est le nôtre, à savoir à la fois un contexte de formation universitaire et un contexte de formation professionnelle, nous pouvons définir le tuteur

comme un professionnel dont la fonction est la production de service, et qui exerce des activités ayant directement trait au déroulement de parcours individuel en métier professionnel (21). La formation au tutorat dans notre situation, peut être définie comme une formation donnant aux professionnels la possibilité de créer un projet d'accompagnement des étudiants, et ainsi de mieux expliciter ses actions d'enseignement auprès des responsables de son service et des écoles(22).

D'après la HAS (23), les stages des étudiants sont encadrés par des maîtres de stage (MDS) ou des tuteurs qui ont pour mission, d'une part, d'accueillir l'étudiant et l'intégrer sur son lieu d'exercice et, d'autre part, d'assurer sa formation dans son cadre d'exercice. Durant le stage, le MDS/tuteur est l'interlocuteur privilégié du stagiaire et son référent professionnel. De plus, il est précisé que le professionnel qui encadre les étudiants est agréé par la structure responsable de la formation initiale des étudiants et signe une convention avec ladite structure pour chaque stage et une charte encadrant sa fonction ;

- l'agrément définit des prérequis professionnels et organisationnels (en termes d'expérience, d'activité et d'organisation) ;
- la convention définit le cadre organisationnel du stage, notamment sa durée ;
- la charte définit les obligations pédagogiques des MDS/tuteurs, notamment :
  - suivre une formation pédagogique, initiale et continue ;
  - répondre aux activités pédagogiques attendues, notamment superviser les activités et les actes réalisés par l'étudiant, superviser et aider l'étudiant dans sa réflexion sur son activité et la rédaction d'un compte-rendu de ses apprentissages et contribuer à l'évaluation de l'étudiant ;
  - accepter l'évaluation de son activité pédagogique.

Force est de constater que dans le cas des études de sages-femmes, les conventions de stages sont signées par les directeurs des ressources humaines qui délèguent la fonction de maître de stage aux cadres de santé. Cependant, les cadres de santé ne sont pas en mesure de remplir les obligations pédagogiques décrites précédemment principalement par manque de temps. En effet, les sages-femmes de terrain sont plus susceptibles de



remplir ces différentes missions mais elles n'ont, la plupart du temps, pas reçu de formation au tutorat. Nous pouvons nous demander quels outils peuvent apporter une telle formation. Baudrit A., professeur en sciences de l'éducation a effectué de nombreux travaux concernant notamment le tutorat ; dans son livre « le tutorat dans les universités anglo-saxonnes : des idées pour les universités francophones » (24) il décrit les compétences pédagogiques nécessaires au tuteur, qui sont, entre autres :

- diagnostiquer les besoins et les difficultés des apprenants ;
- savoir repérer ses besoins et ses difficultés d'apprentissages ;
- aider l'apprenant à trouver des solutions ;
- savoir donner des méthodologies adaptées de résolution de problèmes.

Des formations avec ces objectifs pédagogiques sont disponibles en France pour les sages-femmes. En effet, L'Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes (ANFICsf) propose des formations sous forme de séminaires constitués de 10 à 15 professionnels qui ont été ou seront amenés à encadrer des ESF, d'une durée de 4 jours, organisés en 4 sessions et d'un coût de 8.000 euros (25). Le prix nécessaire pour cette formation représente logiquement un premier frein conséquent à la formation au tutorat des sages-femmes. De plus, cette formation n'est en aucun cas obligatoire et est dépendante de la volonté des services et des SF à se former, cela représentant un deuxième frein important. Néanmoins elle représente une solution envisageable et bénéfique pour la formation à long terme des futurs professionnels de santé que sont les ESF.

b. Axes d'améliorations envisageables pour les ESF

Pour reprendre l'article du 19 juillet 2011 (11), l'organisation des enseignements conduisant au Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) ainsi que ceux conduisant au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa) est définie par les instances compétentes des structures assurant la formation. En ce sens, plusieurs sages-femmes soulignaient que les sites de formations avaient un rôle important à jouer auprès des étudiants notamment pour augmenter le

nombre de simulations haute-fidélité (simulation durant lesquelles la capacité de raisonnement clinique est mise à l'épreuve) mais aussi pour s'exercer plus longuement au raisonnement clinique par le biais, par exemple, de dossiers cliniques effectués en petits groupes sur les semaines d'enseignements théoriques. Une augmentation des simulations et des exercices relatifs au raisonnement clinique sont en théorie possible si les écoles le souhaitent. Néanmoins, les simulations haute-fidélité exigent un matériel rare car onéreux, présent uniquement dans certains sites de formations et nécessitant du personnel qualifié pour faire fonctionner les simulateurs, tout ceci représentant un frein conséquent à une augmentation du nombre de simulations, bien qu'il soit possible de mutualiser ces simulateurs avec d'autres formations ou UFR. En outre, des simulateurs vidéos sont désormais disponibles pour s'entraîner sur ordinateur à des situations comme l'hémorragie du post-partum ou encore la réanimation néonatale en salle d'accouchement (26). Bien que cela ne puisse remplacer la simulation sur des mannequins haute-fidélité, les simulateurs vidéos peuvent représenter un moyen utile pour que les ESF stimulent leur raisonnement clinique. En ce qui concerne l'entraînement au raisonnement clinique, par exemple en groupe comme pratiqué habituellement dans les sites de formations, une session dure environ 2 heures où environ 4 groupes de 5 personnes peuvent passer chacun leur tour. Le problème ici est davantage de l'ordre du manque de temps, les semaines de cours théoriques comprenant rarement du temps libre. Néanmoins, augmenter le nombre de séances de réflexion autour du raisonnement clinique paraît envisageable sur une formation de 4 ans.

Par ailleurs, plusieurs sages-femmes soulignaient le bénéfice de l'auto-compagnonnage entre étudiants sages-femmes. En effet, commencer à encadrer durant ses études un étudiant d'une promotion inférieure à la sienne permet dans un premier temps d'apprendre à encadrer avant d'être diplômé et ainsi de se rendre compte des difficultés mais aussi du temps que cela implique. De plus, cet exercice oblige l'ESF encadrant à lui-même stimuler sa capacité de raisonnement clinique et rejoint l'idée énoncée précédemment concernant les dossiers cliniques effectués en groupe durant les semaines de cours théoriques. En revanche cela nécessite qu'une sage-femme encadre

non pas un mais deux étudiants ce qui représente une charge de travail conséquente et pas toujours faisable notamment lors de gardes chargées.

Pour conclure, plusieurs sages-femmes avaient souligné qu'il était primordial d'instaurer un climat de confiance entre la sage-femme et son étudiant. Une étude réalisée par Myrick *et Al* (27) auprès de six stagiaires de dernière année d'étude d'infirmières et six tuteurs s'était intéressée à la perception que ceux-ci avaient du processus de développement du raisonnement clinique en stage hospitalier ainsi que sur les mesures mises en place pour favoriser celui-ci. Cette étude qualitative a mis en lumière l'importance de la relation entre le tuteur et son étudiant. Lorsqu'une relation de confiance était établie, l'étudiant et le tuteur travaillaient ensemble activement vers des objectifs d'apprentissage. De plus, lorsque la relation de confiance était mise en place, les étudiants s'avéraient être plus curieux et plus enclins à questionner leur pratique pour se remettre en question. Ainsi, il est primordial que la relation pédagogique s'établisse dans un cadre bienveillant propice à la mise en place d'une relation de confiance pour un meilleur apprentissage.

## V. Conclusion

Le raisonnement clinique est un processus de pensée complexe ayant pour but des prises de décisions et de prises en charges pour des situations cliniques précises. Notre étude avait pour but d'identifier les difficultés rencontrées par les ESF lors de l'élaboration de leur raisonnement clinique en salle d'accouchement, mais également de comprendre les causes à l'origine de ces difficultés. Grâce aux entretiens que nous avons menés dans le cadre de ce mémoire nous avons également pu appréhender la façon dont les sages-femmes encadraient ce processus et quelles éventuelles modifications étaient possibles pour améliorer le raisonnement clinique des ESF et permettre aux SF d'optimiser l'encadrement de leurs étudiants.

Nous avons, au cours de nos entretiens, constaté que les difficultés relevées par les sages-femmes étaient principalement de l'ordre de la priorisation et de la génération d'hypothèses diagnostiques alors que les causes à l'origine de ces difficultés étaient multiples. En effet, les deux principaux protagonistes que sont la SF et l'ESF étaient chacun à l'origine de causes pouvant entraîner des difficultés pour l'ESF lors de l'élaboration de son raisonnement clinique. D'un côté les ESF rencontraient des difficultés pouvant être la conséquence d'un manque de connaissances théoriques, du stress inhérent à la salle d'accouchement ou encore du manque d'expérience caractéristique à tout étudiant. D'un autre côté, les SF n'avaient pas nécessairement le temps d'expliquer leurs gestes ainsi que la prise en charge qui était faite aux ESF, ces derniers ne comprenant pas forcément le cheminement intellectuel effectué par la SF. Nous avons ensuite observé que la prise en charge des difficultés par les SF était peu variée et non spécifique aux difficultés rencontrées par l'étudiant. Parmi les solutions proposées par les sages-femmes pour un meilleur encadrement du raisonnement clinique en salle d'accouchement, la mise en place d'une formation au tutorat faisait l'unanimité. Cette formation permettrait en effet de former les SF à la pédagogie et ainsi favoriser la mise en place d'une relation pédagogique efficace entre la SF et l'ESF. Cela permettrait également aux SF d'acquérir certains outils pédagogiques nécessaires à la transmission d'un savoir et d'un savoir-faire efficace. Par ailleurs, plusieurs professionnels ont souligné que pour une amélioration du niveau des étudiants en

matière de raisonnement clinique, les sites de formations avaient un rôle fondamental à jouer pour augmenter l'exercice au raisonnement clinique.

Nous avons souligné dans notre étude le bénéfice que pourrait représenter une formation des professionnels au tutorat, néanmoins aucune étude n'a encore été faite sur le bénéfice de cette formation au sein des sages-femmes. Il serait par conséquent intéressant d'étudier à long terme les effets d'une telle formation.

## VI. Bibliographie

1. REFERENTIEL SAGES-FEMMES 2010.pdf. (Page consultée le 7 oct 2020). [En ligne] : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>.
2. Code de déontologie des sages-femmes version consolidée au 19 juillet 2012.pdf (page consultée le 7 oct 2020). [En ligne]: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>.
3. Comte F. Le raisonnement clinique en obstétrique : enquête auprès des étudiants sages-femmes de l'hôpital Foch. [Mémoire de diplôme inter universitaire en pédagogie médicale]. U.F.R. Saint-Antoine, Cochin, Necker, Créteil, Pitié ; 2005.
4. Demeester A, Eymard C, and Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale de sage-femme. Revue Française de Pédagogie [en ligne]. Décembre 2012, N°181, [consultée le 19 oct 2020]. Disponibilité sur Internet : <https://journals.openedition.org/rfp/3906>.
5. Audétat MC, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, 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 [En ligne]. févr 2011, Vol 12, N°1, p7-16, [consultée le 20 oct 2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2011/01/pmed09030/pmed09030.html>.
6. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique I. Pédagogie Médicale [En ligne]. Nov 2011, Vol 12, N°4, p223-229, [consultée le 20 oct 2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2011/04/pmed110022/pmed110022.html>.
7. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. (Page consultée le 25 nov 2020). La démographie de la profession, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
8. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique IV. Pédagogie Médicale [En ligne]. Nov 2011, Vol 13, N°2, p109-114, [consultée le 20 oct 2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2012/02/pmed120068/pmed120068.html>.
9. Pelaccia T, Tardif J, Emmanuel T, Ammirati C, Bertrand C, Charlin B. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. Ann Fr Médecine Urgence [En ligne]. 1 janv 2010, Vol 1, p77-84, [consultée le 2 fév 2021]. Disponibilité sur internet : [https://archives-afmu.revuesonline.com/gratuit/AFMU1\\_1\\_13341\\_2010\\_Article\\_6.pdf](https://archives-afmu.revuesonline.com/gratuit/AFMU1_1_13341_2010_Article_6.pdf)
10. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique II. Pédagogie Médicale [En ligne]. Nov 2011, Vol 12, N°4, p231-236,

[consultée le 20 oct 2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2011/04/pmed110042/pmed110042.html>.

11. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel (page consultée le 3 déc 2020). Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024454241/>
12. Fraisse P, Piaget J. Traité de psychologie expérimentale. VII. L'intelligence. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.
13. Kuang X. Chapter 11. In: The teachings of the Ru. (The Xunzi).
14. Lauzon O. Exploration de l'expérience d'étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage clinique en regard de l'expression des incertitudes à leur superviseure. 2020 [Mémoire de maîtrise en sciences infirmières]. Université Laval ; 2020.
15. Houssaye J. Théorie et pratiques de l'éducation scolaire. 3<sup>ème</sup> ed. Berne : Peter Lang ; 2000.
16. Rohart J-D. Carl Rogers et l'action éducative. Lyon : Chronique sociale ; 2008.
17. Resweber JP. Les pédagogies nouvelles. Paris : Presses Universitaires de France ; 2017.
18. Musial M, Pradère F, Tricot A. Comment concevoir un enseignement ? 1<sup>ère</sup> ed. Paris : De Boeck ; 2012.
19. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique III. Pédagogie Médicale [En ligne]. Mai 2012, Vol 13, N°2, p103-108, [consultée le 20 oct 2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2012/02/pmed120067/pmed120067.html>.
20. Bédouret T. « Tutorat », « monitorat » en éducation : mises au point terminologiques. Rech Form. 2003 ;43(1) : 115-26.
21. Barbier JM. Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. Rech form. 1996 ;22(1) : 7-19.
22. Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes. Initiation au tutorat : « Construire son projet de supervision clinique : Planifier, enseigner et évaluer ». 2019.
23. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 20 février 2021) L'encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat).
24. Baudrit A. le tutorat dans les universités anglo-saxonnes : des idées pour les universités francophones. Revue française de Pédagogie. 2001;136:182-3.
25. Association National de Formation Initiale et Continu des sages-femmes (Page consultée le 19 février 2021) [En ligne]. [http://www.anfic-sages-femmes.fr/176\\_p\\_2246/accueil.html](http://www.anfic-sages-femmes.fr/176_p_2246/accueil.html).

26. MEDUSIMS, Simulation numérique pour les professionnels de santé (Page consultée le 19 mars 2021). [En ligne]. Disponible sur: <https://medusims.com/>
27. Myrick F, Yonge OJ. Creating a climate for critical thinking in the preceptorship experience. *Nurse Educ Today*. 1 août 2001;21(6):461-7.



## Annexes :

### Annexe I : Formulaire d'information et de recrutement à destination des sages-femmes

Madame, Monsieur

Maintenant en 5ème année à l'école de sage-femme de Bourg-En-Bresse, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'encadrement du raisonnement clinique des étudiants sages-femmes en salle de naissance par les sages-femmes. Pour ce faire je sollicite votre autorisation pour effectuer ma recherche dans votre service en m'entretenant avec des sages-femmes travaillant dans le service de salle d'accouchement.

En vous remerciant par avance de bien vouloir prendre ma demande en considération, veuillez agréer, Madame, mes respectueuses salutations.

Melchior Périer

Etudiant sage-femme en FASMa5

## Annexe II : Trame d'entretien

### 1<sup>ère</sup> partie : Présentation générale du professionnel

- Âge du professionnel (tranche d'âge)
- Nombre d'années d'exercice
- Fréquence de passage d'étudiants sages-femmes par mois dans le service de salle de naissance (sur la dernière année)

### 2<sup>ème</sup> partie : Intérêt pour la transmission de connaissances

- Comment vivez-vous l'encadrement des ESF en salle d'accouchement ?

### 3<sup>ème</sup> partie : Prise en charge des sages-femmes face à la situation d'un étudiant en difficulté dans l'élaboration de son raisonnement clinique

- Pouvez-vous me présenter 1 cas où vous avez été face à la situation d'un ESF en difficulté lors de son raisonnement clinique durant son stage en salle d'accouchement ?
- Quelles étaient la ou les difficultés rencontrées par cet ESF lors du déroulement de son raisonnement clinique ?
- Quels éléments vous ont indiqué que cet étudiant rencontrait des problèmes dans certaines étapes de son raisonnement clinique ?
- Quelles peuvent être les causes à l'origine de la difficulté rencontrée par cet étudiant lors de l'élaboration de son raisonnement clinique ?
- Comment avez-vous procédé face à cette difficulté ?
- D'une manière générale, selon vous, quelle difficulté est rencontrée lors du déroulement du raisonnement clinique pour l'étudiant ?
- Quelles causes peuvent être à l'origine de difficulté lors de l'élaboration du raisonnement clinique pour les ESF ?
- Quelles sont les solutions que vous mettez en place pour remédier aux difficultés rencontrées par les étudiants lors de l'élaboration de leur raisonnement clinique ?

### 4<sup>ème</sup> partie : Amélioration de l'encadrement

- Y aurait-il des points à améliorer concernant l'encadrement des ESF en stage vis-à-vis de leurs raisonnements cliniques ?
- Auriez-vous des idées d'amélioration concernant l'encadrement du raisonnement clinique des ESF en stage ?



**PROCOLE DE RECHERCHE**  
**Résultat de l'enquête exploratoire**

**Etude qualitative**

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux  
Site Bourg en Bresse



|   |
|---|
| <b>Auteur : Melchior Périer</b>   |
| <b>Directeur de recherche : C.Smentek</b>   |
| <b>Titre provisoire : Encadrement par les sages-femmes hospitalières, du raisonnement clinique effectué par les étudiants sages-femmes en salle de naissance.</b>   |
| <b>CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE</b><br><p>Le référentiel métier et compétences des sages-femmes définit, entre autres, les compétences acquises par les sages-femmes (1). Parmi elles figure le savoir-faire de raisonnement clinique et de décision. En parallèle de cela, le code de déontologie (2) précise que la ou le sage-femme a le devoir de participer à la formation des étudiants sages-femmes. Il paraîtrait donc logique que les sages-femmes hospitalières participent activement à l'enseignement du raisonnement clinique auprès des étudiants sages-femmes sur les terrains de stages. C'est dans cette logique que Comte F (3) en 2005 avait présenté un mémoire ayant pour but d'évaluer les difficultés des étudiants à raisonner cliniquement. Elle avait ainsi montré que sur 47 étudiants de l'école de maïeutique Paris-Foch répartis entre la troisième et la quatrième année de la formation, 98% éprouvaient des difficultés dans l'élaboration de leurs raisonnements cliniques. De plus, elle avait soulevé le problème d'une pédagogie nécessitant d'être modifiée pour un meilleur apprentissage du raisonnement clinique. Plus tard, Demeester A et Al (4) ont mené de 2009 à 2010 une étude ayant pour but d'identifier les principales difficultés observées lors de l'élaboration du raisonnement clinique chez les étudiants sages-femmes de l'école de maïeutique de Marseille mais aussi d'en trouver les causes. L'étude avait ainsi pu identifier parmi les difficultés à l'élaboration du raisonnement clinique : le recueil de données, la mauvaise évaluation de la gravité du diagnostic, la mauvaise argumentation du pronostic et une conduite à tenir insuffisante. Dans les causes retrouvées étaient citées : des causes d'origines cognitives (lacunes théoriques, défaut d'organisation des connaissances et insuffisance de mise en lien), des causes liées au stage (manque de pratique réflexive, stage mal orienté) et des causes liées à l'évolution du métier (perception du rôle professionnel et du raisonnement clinique). Un an plus tard, Audétat M-C et Al (5) publie une étude qui avait pour but de mettre en avant les pratiques des cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique via des entretiens semi dirigés avec 14 praticiens. Il était ressorti des entretiens que les enseignants avaient rapidement l'intuition de difficultés dans le raisonnement clinique chez l'apprenant mais que la perception restait trop générale et que les remédiations étaient focalisées sur l'aspect organisationnel et peu sur l'aspect du raisonnement clinique. En causes, des méthodes principalement intuitives lorsqu'il s'agit d'identifier et de remédier aux difficultés rencontrées par les apprenants lors de l'élaboration d'un raisonnement clinique. La même année Audétat MC et Al (6) publie une série de 6 articles ayant pour but d'identifier les difficultés dans l'élaboration du raisonnement clinique mais aussi de décrire un processus de diagnostic pédagogique, d'identifier les causes de ces difficultés et d'élaborer des stratégies de remédiations spécifiques. Les auteurs ont identifié 5 grandes difficultés à la conception du raisonnement clinique pouvant être vécues par l'étudiant lors de l'élaboration de son raisonnement clinique, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le recueil initial des données et génération d'hypothèses</li><li>- La fermeture prématurée</li><li>- Les difficultés de priorisation</li><li>- L'élaboration d'un portrait global de la situation clinique</li><li>- L'élaboration d'un plan d'intervention</li></ul> |

Au regard de ces données, il paraît évident que le raisonnement clinique semble être un exercice impliquant son lot de difficultés pour les apprenants mais il semble aussi avoir son lot de solutions pouvant être mises en œuvre par les enseignants. Nous pouvons donc nous demander comment les sages-femmes hospitalières décèlent et corrigent les difficultés rencontrées par les étudiants sages-femmes en stage durant l'élaboration de leurs raisonnements cliniques.

**OBJECTIFS**

**Principal :**

- Déterminer comment les sages-femmes identifient les étudiants en difficulté dans leurs raisonnements cliniques et comment elles pallient ces problèmes.

**Secondaire :**

- Identifier les facteurs influençant l'encadrement du raisonnement clinique durant les stages
- Identifier les causes de difficultés à l'élaboration du raisonnement clinique
- Proposer des solutions pour un meilleur encadrement du raisonnement clinique durant les stages hospitaliers

**METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE**

- Entretiens avec des sages-femmes exerçant une majorité de leur activité en salle d'accouchement (minimum 10 sauf si j'arrive à saturation des données avant)

**POPULATION CIBLE**

-Les sages-femmes hospitalières encadrant régulièrement des étudiants et exerçant une majorité de leurs gardes en salle d'accouchement

**CRITERES D'INCLUSION :**

- Accord de la sage-femme
- Sage-femme hospitalière encadrant des étudiants de manière fréquente

**CRITERES DE NON-INCLUSION**

- Sage-femme n'encadrant pas/peu d'étudiants en salle de naissance
- Sage-femme libérale

**CRITERES DE SORTIE D'ETUDE**

-Sage-femme dont je me rends compte durant l'entretien qu'elle n'encadre pas d'étudiants

**NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES**

-10 sages-femmes minimum jusqu'à saturation des données

**DUREE DE L'ETUDE**

-Du mois d'août 2020 jusqu'à saturation des données

**LIEU DE LA RECHERCHE**

- Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Service(s) de salle d'accouchement

**RETOMBÉES ATTENDUES**

- Modification de l'encadrement du raisonnement clinique des étudiants en stage en salle d'accouchement
- Faire prendre conscience des difficultés rencontrées par les professionnels pour encadrer les étudiants sur leurs raisonnements cliniques

**Aspects éthiques et réglementaires**

- Anonymat des sages-femmes
- Respect du secret professionnel

**Mots clés :**

- Encadrement
- Raisonnement clinique
- Causes
- Conséquences

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Auteur :</b> Melchior Périer   | <b>Diplôme d'état de sage-femme</b> |
| <b>Titre :</b> Encadrement du raisonnement clinique des étudiants sages-femmes par les sages-femmes en salle d'accouchement   |                                     |
| <b>Résumé :</b>   |                                     |
| <u>Introduction</u> : L'aptitude à effectuer un raisonnement clinique fait partie du référentiel métier et compétences des sages-femmes. De plus, le code de déontologie des sages-femmes indique que la ou le sage-femme a le devoir de participer à la formation des étudiants sages-femmes. Notre travail visera à étudier l'encadrement par les sages-femmes hospitalières du raisonnement clinique élaboré par les étudiants sages-femmes en salle d'accouchement.   |                                     |
| <u>Objectifs</u> : Comprendre comment les sages-femmes encadrent les étudiants sages-femmes vis-à-vis de leurs raisonnements cliniques afin de repérer les améliorations possibles.   |                                     |
| <u>Méthode</u> : Etude qualitative via des entretiens semi-directif. Les sages-femmes incluses sont des sages-femmes hospitalières ayant encadré en salle d'accouchement des étudiants sages-femmes sur l'année 2019-2020. Le recrutement est sur la base du volontariat et réalisé dans des maternités de tous types (1,2 et 3).   |                                     |
| <u>Résultats et discussion</u> : Les difficultés rencontrées par les étudiants sages-femmes selon les sages-femmes étaient principalement la difficulté de priorisation et le défaut d'élaboration des pronostics et des conduites à tenir. Les causes retrouvées étaient multiples et concernaient autant les sages-femmes que les étudiants sages-femmes. Les solutions mises en place pour pallier ces difficultés comprenaient essentiellement la pratique du raisonnement clinique grâce à des dossiers cliniques ou en questionnant l'étudiant pour stimuler son sens clinique. La principale piste d'amélioration pour un meilleur encadrement est la mise en place d'une formation au tutorat à destination des sages-femmes. |                                     |
| <u>Conclusion</u> : Bien que l'encadrement des étudiants sages-femmes soit une obligation pour les professionnels, peu y sont formés. Les difficultés rencontrées par les étudiants sont multiples et les causes variées. Pour y remédier, les sages-femmes autant que les étudiants sages-femmes ont un rôle à jouer et de nombreuses solutions sont possibles pour améliorer l'encadrement notamment la mise en place d'une formation tutorat auprès des professionnels.  |                                     |
| <b>Mots-clés :</b> Raisonnement clinique – pédagogie – encadrement – difficultés – tutorat  |                                     |

|  |
|--|
| <b>Title :</b> Supervision of clinical reasoning of midwives student by midwives in delivery room  |
| <b>Summary:</b>  |
| <u>Introduction:</u> The ability to perform clinical reasoning is part of the midwives' professional and competency framework. Moreover, the code of ethics of midwives indicates that the midwife has the duty to participate in the training of students midwife. Our work will aim to study the supervision by hospital midwives of clinical reasoning developed by student midwives in the delivery room.  |
| <u>Objectives:</u> To understand how midwives supervise student midwives in their clinical reasoning in order to identify possible improvements.   |
| <u>Method:</u> Qualitative study via semi-directive interviews. The midwives included are hospital midwives who have supervised student midwives in the delivery room during the year 2019-2020. Recruitment was on a voluntary basis and carried out in maternity hospitals of all types (1, 2 and 3).  |
| <u>Results and discussion:</u> According to the midwives, the difficulties encountered by the student midwives were mainly the difficulty of prioritization and the lack of elaboration of prognoses and procedures. The causes found were multiple and concerned both midwives and student midwives. The solutions implemented to address these difficulties included clinical reasoning practice through clinical records or questioning the student to stimulate their clinical sense. The main area for improvement is the implementation of tutoring training for midwives. |
| <u>Conclusion:</u> Although the supervision of student midwives is an obligation for professionals, few are trained in this area. The difficulties encountered by students are multiple and the causes varied. To remedy this, both midwives and midwives students have a role to play and many solutions are possible to improve supervision, including the implementation of tutoring training for professionals.  |
| <b>Keywords :</b> Clinical reasoning - pedagogy - coaching - difficulties - tutoring   |

