



HAL
open science

Impact de la formation “ construire son projet de supervision clinique : planifier, enseigner et faire réfléchir ” chez les sages-femmes dans l’encadrement des étudiants sages-femmes en stage

Naïs Mottet

► To cite this version:

Naïs Mottet. Impact de la formation “ construire son projet de supervision clinique : planifier, enseigner et faire réfléchir ” chez les sages-femmes dans l’encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01176432

HAL Id: dumas-01176432

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176432v1>

Submitted on 15 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

IMPACT DE LA FORMATION

**« CONSTRUIRE SON PROJET DE SUPERVISION CLINIQUE : PLANIFIER,
ENSEIGNER ET FAIRE REFLECHIR » CHEZ LES SAGES-FEMMES DANS
L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES EN STAGE**

Mémoire soutenu le 9 Juin 2015

Par MOTTET Naïs

Née le 25 Avril 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2015

Impact de la formation « construire son projet de supervision clinique : planifier, enseigner et faire réfléchir » chez les sages-femmes dans l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage

Titre court : Sages-femmes cliniciennes et supervision clinique

Midwives and clinical supervision

Naïs MOTTET¹, Nadine VASSORT²

¹ Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble, France

² Sage-Femme enseignante, Département de maïeutique, Faculté de médecine UJF, Grenoble, France

Références : 24

Tableaux : 5

Figures : 3

RESUME (292 mots)

Contexte : Les sages-femmes cliniciennes sont essentielles à la réussite des stages des étudiants sages-femmes et ont pour devoir déontologique de transmettre leurs savoirs. Il n'existe ni temps dédié, ni statut (maître de stage) et cela implique de répondre à un double défi : qualité de l'exercice clinique et enseignement. Nous émettons l'hypothèse qu'une formation dispensant les principes d'une supervision clinique motivante intitulée « construire son projet de supervision clinique : planifier, enseigner, évaluer et faire réfléchir » améliore la transmission des savoirs pour les étudiants.

Objectifs : Nous avons comparé les déclarés des sages-femmes cliniciennes concernant l'étape de planification de la supervision en fonction de la participation ou non à la formation et cherché à mesurer le degré d'amélioration de leurs compétences et lesquelles ?

Méthode : Par questionnaire, nous avons interrogé des sages-femmes formées et des sages-femmes non formées. Nous avons analysé 62 réponses : 20 sages-femmes formées et 42 sages-femmes non formées.

Résultats : Les sages-femmes formées ont des comportements significativement plus adaptés dans l'étape de planification : 100% des sages-femmes formées accueillent « toujours » ou « souvent » l'étudiant ; 85% établissaient « toujours » ou « souvent » les objectifs et les étapes de leur supervision et 95% attribuaient « toujours » ou « souvent » à l'étudiant une patiente adaptée à son niveau.

Nous obtenons une différence de score avant-après formation de 1,6/5. La majorité des sages-femmes formées ont déclaré une amélioration concernant les trois étapes de la supervision clinique.

Conclusion : Bien que la nature causale de la relation entre la formation et l'acquisition de compétences nouvelles ne soit pas formellement démontrée, les résultats constituent un argument pour juger positivement de l'appropriation de la formation dispensée.

Mots clés : Supervision, formation, étudiant sage-femme, planifier, évaluer

ABSTRACT (268 words)

Background : Clinical midwives are essential in the success of midwifery students internships and their ethical duty involves passing on their knowledge. They have been given no dedicated time and no status as tutor and that means to answer a dual challenge: Quality clinical practice and education. We hypothesized that training the principles of providing clinical supervision motivating entitled " build his clinical supervision project : planning, teaching, assessing and think" improves the transmission of knowledge to students.

Objective : We compared the midwives statements regarding the planning stage based on participation or not from the training organized and try to measure the degree of improvement to their skills and which ones ?

Method : By questionnaire, we interviewed trained and untrained. We examined 62 responses (20 midwives trained and 42 untrained midwives).

Results : The trained midwives behaviors are more appropriate in the planning stage : to welcome midwifery students on duty (100% of trained welcome « always » ou « often » the student, 85% established « always » ou « often » the objectives and stages of their supervision, 95% attributed « always» ou « often » to student a patient adapted to his level).

We get a score difference before and after training 1.6 / 5. The majority of trained midwives reported an improvement on the three stages of clinical supervision.

Conclusion : Although the causal nature of the relationship between training and the acquisition of new skills is not formally demonstrated, the results are a positive argument for judging ownership of the training .

Key words : Supervision, Training, Midwife Student, Planning, Assessing

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mme Chantal SEGUIN, Directrice Département de maïeutique, UFR médecine de Grenoble,
Présidente du jury

Dr Véronique EQUY, PH HCE, Grenoble, Co-présidente

Mme Marion OUIDIR, Sage-femme Doctorante Institut Albert BONNIOT, Université
Joseph.FOURIER

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme enseignante, Département de maïeutique, Faculté de
médecine UJF Grenoble, directrice et guidante de ce mémoire

REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement :

Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme enseignante, Département de maïeutique, Faculté de médecine UJF Grenoble, Directrice de ce mémoire :

Pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son investissement dans la réalisation de ce projet

Table des matières

ABREVIATIONS.....	1
1. INTRODUCTION	2
2. MATERIEL ET METHODE	3
2.1 Type d'étude.....	3
2.2 Echantillon d'étude	4
2.3 Recueil des données.....	4
2.4 Critères de jugement.....	5
2.5 Analyse statistique	5
3. RESULTATS.....	6
3.1 Caractéristiques population générale	6
3.2 Résultats objectif principal	7
3.3 Résultats objectifs secondaires	11
4. DISCUSSION	12
5. CONCLUSION	15
6. REFERENCES	16

ABREVIATIONS

SFC : Sage-Femme Clinicienne

ESF : Etudiant Sage-Femme

ANFIC : Association Nationale de Formation Initiale et Continue

SF : Sage-Femme

SFF : Sages-Femmes Formées

SNF : Sages-Femmes Non Formées

HCE : Hôpital Couple Enfant

SFE : Sage-Femme Enseignante

1. INTRODUCTION

Le rôle de la supervision est essentiel dans la formation de futures sages-femmes (SF). Elle est au cœur du processus d'apprentissage. Elle crée les occasions de développer l'autoévaluation et les habiletés analytiques et réflexives du stagiaire [1]. Ce processus de supervision permet d'établir un lien entre la théorie et la pratique clinique. Ce lien peut s'établir au cours de la formation (Apprentissage du Raisonnement Clinique, Cas clinique, Travaux dirigés ...) mais il est renforcé par l'expérience en milieu clinique [2]. Plus précisément, il s'agit d'un processus de soutien professionnel et d'apprentissage offert par un clinicien d'expérience, lequel permet au stagiaire de développer les connaissances et les compétences cliniques de sa profession, en sus d'assumer les responsabilités professionnelles inhérentes à sa pratique [1].

Le stage constitue donc une composante primordiale du processus d'apprentissage puisqu'il vient compléter la formation théorique du programme. C'est un lieu de construction où l'étudiant développe ses savoirs (savoir, savoir-faire, savoir-être), sous l'encadrement d'un superviseur pour qu'il acquiert les compétences qui lui seront nécessaires dans son futur rôle de clinicien [3]. Les sages-femmes cliniciennes (SFC) qui n'ont reçu aucune formation obligatoire à la supervision ne connaissent pas pour la plupart, ce processus d'apprentissage. Il n'existe pour les professionnels cliniciens ni de temps dédié, ni de statut (comme maître de stage) pour relever le défi de leur exercice clinique et de leur mission d'enseignement.

La supervision en milieu clinique a été définie par Kilminster comme « Apporter une guidance et un feedback à un étudiant, au sujet de son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une situation de soins, auprès d'un patient, dans des conditions de sécurité et de manière appropriée » [4].

L'Association Nationale de Formation Initiale et Continue (ANFIC) a mis en place un séminaire de formation basé sur les principes d'une supervision clinique motivante s'appuyant

sur les recherches d'Irby [5] en proposant de réfléchir autour de trois actions : **Planifier** : accueillir l'étudiant et l'aider à se préparer au stage ; **Enseigner** : questionner, aider à structurer, suggérer des ressources ; **Evaluer** : observer, donner du feed-back, juger de la progression, apprendre à être réflexif [6]. Cette formation a pour but de donner à la SFC la possibilité de créer un projet d'accompagnement des étudiants sages-femmes (ESF) et ainsi de mieux négocier et expliciter ses actions d'enseignement auprès des responsables de son service et des écoles mais surtout améliorer la formation clinique des étudiants. Une formation à la supervision clinique est-elle un moyen d'améliorer les compétences des SFC dans leur rôle de superviseur et à quel niveau de l'encadrement cette formation apporte-t-elle un impact le plus probant ?

L'objectif principal de cette étude était de comparer les déclarés des SF concernant l'étape de planification en fonction de leur participation ou non à la formation dispensée par l'ANFIC. Le choix de ne sélectionner que l'étape de planification résulte du fait que nous ne souhaitons pas surcharger notre travail avec une multitude de notions pédagogiques mais plutôt nous focaliser sur l'une d'entre elle et que cette étape nous semblait essentielle puisque c'est elle qui permet d'activer les étapes suivantes : Enseigner et Evaluer.

L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence les améliorations déclarées par les sages-femmes formées (SFF) sur les étapes planifier, enseigner et évaluer.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude comparant un groupe de SFF et un groupe de sages-femmes non formées (SFNF). Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique. La liste des SFF m'a été communiquée à partir des listings d'inscription et après avoir obtenu leur accord pour la participation par la présidente de l'association Mme Mesnil. La liste des SFNF m'a été

communiquée par Mme Branchet, cadre supérieur de santé de l'HCE qui m'a préalablement donné son accord pour les interroger.

2.2 Echantillon d'étude

Population « exposée »

L'étude rétrospective a inclus toutes les SF ayant bénéficié d'une formation complète c'est-à-dire ayant participé aux deux modules et ayant réalisé un portfolio, entre 2011 et 2013 dans les villes de Grenoble, Paris et Lyon. Ont été exclues toutes les SF qui avaient refusé de participer à notre étude.

Population « non exposée »

Pour la population témoin nous avons choisi les SF de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble. Il s'agit d'une structure de niveau 3 qui a réalisé 2958 accouchements en 2014.

Etaient exclues de l'étude les SF n'ayant aucun contact avec des étudiants dans l'exercice de leurs fonctions, les SF ayant le statut de « cadre de santé » et les SF ayant reçu la formation proposée par l'ANFIC.

2.3 Recueil des données

Les SF ont été interrogées de manière strictement anonyme par l'intermédiaire d'un questionnaire Google-document disponible en ligne et dont l'adresse URL leur était communiquée par mail.

Le questionnaire était constitué de deux parties :

La première partie était commune aux deux populations car axée uniquement sur l'étape de planification pour répondre à notre objectif principal. Pour évaluer leurs déclarés nous avons choisi de proposer deux types de questions basées sur des principes théoriques exposés par les

travaux de BARNIER [7]. La première avec cinq réponses possibles : « Tout à fait d'accord, D'accord, Sans opinion, Pas d'accord, Pas du tout d'accord ». La deuxième avec quatre réponses possibles : « Toujours, Souvent, Parfois, Jamais ».

La deuxième partie était destinée uniquement aux SFF. Nous les avons amené à évaluer leur capacité sur l'étape de planification avant et après la formation avec une échelle allant de 1= Pas de compétences à 5= Très bon niveau. Puis avec une ouverture sur les étapes «enseigner» et «évaluer». Les items choisis sont basés sur des principes théoriques exposés par les travaux de VILLENEUVE et IRBY [8]. Pour chaque item nous avons utilisé une échelle avec 5 réponses possibles : « Pas de changement, Amélioration minimale, Amélioration modérée, Beaucoup d'amélioration, Très grande amélioration ».

Ces liens étaient inclus dans un email explicatif envoyé aux SFF le 18 Février 2014 et aux SFNF le 10 Avril 2014. Nous avons effectué 4 relances dans chaque groupe à un intervalle de deux semaines : jusqu'au 15 mars 2014 dans le groupe des SFF et jusqu'au 2 mai 2014 dans le groupes des SFNF.

2.4 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le degré d'accord des SF pour chaque action de planification de supervision ainsi que la fréquence de celles-ci.

Le critère de jugement secondaire était le degré d'amélioration des SFF sur les étapes planifier, enseigner et évaluer.

2.5 Analyse statistique

Pour l'analyse de nos résultats nous avons utilisé le logiciel « Stview ». Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel « Excel ». Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages et les variables quantitatives ont

été décrites par la moyenne et l'écart-type. Les déclarés des sages-femmes ont été comparées à l'aide du test du χ^2 , remplacé par la probabilité exacte de Fisher pour les variables qualitatives inférieur à 5. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0.05.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques population générale

Des 25 SFF incluses dans l'étude originale, 2 (8%) n'ont pas pu répondre à notre questionnaire en ligne et 3 (12%) n'ont pu être jointes. Finalement « la population exposée » était constituée de 20 SFF. Des 76 SFNF incluses dans l'étude originale, 4 (5%) ont été exclues du fait de leur participation antérieure à la formation, 1 (1%) a été exclue du fait qu'elle n'avait aucun contact avec les étudiants dans l'exercice de sa fonction et 29 (38%) n'ont pas souhaité répondre à notre questionnaire. Finalement « la population non exposée » était constituée de 42 SFNF. En tout l'échantillon final d'analyse comportait 62 SF (20 SFF vs 42 SFNF).

Les SF avaient un âge médian de 36 ans et une année médiane d'obtention du diplôme en 2001, 60 (97%) étaient des femmes et 56 (90%) travaillaient dans une structure de niveau 3.

(Tableau 1)

3.2 Résultats objectif principal

Tableau 2 – Résultats : Déclarés des SFF et SFNF concernant l'accueil de l'étudiant lors d'un premier jour de stage, en fonction des effectifs.

		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P value
		Tout à fait d'accord	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	
SFF	Accueillir l'étudiant et vous présenter	19 (95)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,02
SFNF		27 (64)	14 (33)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	
SFF	Le présenter à l'ensemble de l'équipe en garde	12 (60)	6 (30)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	0,01
SFNF		8 (19)	17 (40)	5 (12)	12 (29)	0 (0)	
SFF	Lui présenter l'organisation et le fonctionnement du service	14 (70)	6 (30)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
SFNF		27 (64)	14 (33)	0 (0)	1 (2,38)	0 (0)	
SFF	Lui faire un accueil rapide mais efficace	9 (45)	5 (25)	4 (20)	1 (5)	1 (5)	0,43
SFNF		15 (36)	18 (43)	3 (7)	4 (10)	2 (5)	
SFF	Le laisser se débrouiller seul, l'autonomie passe par cette étape	0 (0)	1 (5)	2 (10)	10 (50)	7 (35)	0,5
SFNF		0 (0)	3 (7)	1 (2)	26 (62)	12 (29)	
SFF	Charger un étudiant de niveau d'études supérieur de s'occuper de l'étudiant novice	1 (5)	5 (25)	1 (5)	6 (30)	7 (35)	0,04
SFNF		0 (0)	18 (43)	10 (24)	8 (19)	6 (14)	

N ou n = effectif, SFF = Sages-femmes formées, SFNF = Sages-femmes non formées, p = p-value

Les résultats montrent des différences significatives concernant le degré d'accord des SF sur trois des étapes de la planification en stage qui sont : Accueillir l'étudiant et se présenter, présenter l'étudiant à l'ensemble de l'équipe en garde et charger un étudiant de niveau d'études supérieur de s'occuper de l'étudiant novice.

Tableau 3 – Résultats : Fréquence des actions des SFF et SFNF pour accueillir l'ESF lors de son premier jour de stage, en fonction des effectifs

		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P value
		Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	
SFF	Accueillir l'étudiant et vous présenter	17 (85)	3 (15)	0 (0)	0 (0)	< 1/1000
SFNF		12 (29)	24 (57)	6 (14)	0 (0)	
SFF	Le présenter à l'ensemble de l'équipe en garde	7 (35)	8 (40)	4 (20)	1 (5)	< 1/1000
SFNF		1 (2)	9 (21)	17 (40)	15 (36)	
SFF	Lui présenter l'organisation et le fonctionnement du service	11 (55)	9 (45)	0 (0)	0 (0)	0,02
SFNF		11 (26)	23 (55)	8 (19)	0 (0)	
SFF	Lui faire un accueil rapide et efficace	7 (35)	9 (45)	2 (10)	2 (10)	0,05
SFNF		8 (19)	21 (50)	13 (31)	0 (0)	
SFF	Le laisser se débrouiller seul, l'autonomie passe par cette étape	1 (5)	0 (0)	9 (45)	10 (50)	0,13
SFNF		0 (0)	2 (5)	11 (26)	29 (69)	
SFF	Charger un étudiant de niveau d'études supérieur de s'occuper de l'étudiant novice	0 (0)	1 (5)	7 (35)	12 (60)	0,006
SFNF		0 (0)	7 (17)	27 (64)	8 (19)	

N ou n = effectif, SFF = Sages-femmes formées, SFNF = Sages-femmes non formées, p = p-value

Les résultats montrent des différences significatives concernant la fréquence d'actions des SF sur quatre des étapes de la planification en stage qui sont : Accueillir l'étudiant et se présenter, lui présenter l'organisation et le fonctionnement du service, présenter l'étudiant à l'ensemble de l'équipe en garde et charger un étudiant de niveau d'études supérieur de s'occuper de l'étudiant novice.

Tableau 4 – Résultats : Déclarés des SFF et SFNF concernant leurs rôles au début de la garde, en fonction des effectifs

		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P value
		Tout à fait d'accord	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	
SFF	Vérifier les acquis de l'étudiant	10 (50)	8 (40)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	0,4
SFNF		14 (33)	25 (60)	2 (5)	1 (2)	0 (0)	
SFF	Vérifier les difficultés et les points à améliorer de l'étudiant	13 (65)	6 (30)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0,002
SFNF		10 (24)	30 (72)	2 (4,76)	0 (0)	0 (0)	
SFF	Elaborer les objectifs, les étapes de votre supervision	16 (80)	4 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	< 1/1000
SFNF		10 (24)	22 (52)	7 (17)	3 (7)	0 (0)	
SFF	Lui attribuer une patiente adaptée à son niveau	12 (65)	6 (30)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	0,07
SFNF		12 (29)	24 (57)	5 (12)	1 (2)	0 (0)	

N ou n = effectif, SFF = Sages-femmes formées, SFNF = Sages-femmes non formées, p = p-value

Les résultats montrent des différences significatives concernant le degré d'accord des SF sur leur rôle de superviseur en début de garde sur deux étapes qui sont : Vérifier les difficultés et les points à améliorer, élaborer les objectifs et les étapes de votre supervision.

Tableau 5 - Résultats : Déclarés des SFF et SFNF concernant la fréquence de leurs rôles en début de garde, en fonction des effectifs

		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P value
		Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	
SFF	Vérifier les acquis de l'étudiant	6 (30)	12 (65)	2 (10)	2 (5)	0,7
SFNF		9 (21)	26 (62)	7 (17)	0 (0)	
SFF	Vérifier les difficultés et les points à améliorer de l'étudiant	6 (30)	12 (65)	2 (10)	0 (0)	0,25
SFNF		7 (17)	24 (57)	11 (26)	0 (0)	
SFF	Elaborer les objectifs, les étapes de votre supervision	7 (35)	10 (50)	3 (15)	0 (0)	0,02
SFNF		6 (14)	13 (31)	17 (40)	6 (14)	
SFF	Lui attribuer une patiente adaptée à son niveau	9 (45)	10 (50)	0 (0)	1 (5)	0,003
SFNF		5 (12)	26 (62)	10 (24)	1 (2)	

N ou n = effectif, SFF = Sages-femmes formées, SFNF = Sages-femmes non formées, p = p-value

Les résultats montrent des différences significatives concernant la fréquence d'actions des SF sur leur rôle de superviseur en début de garde sur deux étapes qui sont : Elaborer les objectifs et les étapes de votre supervision, lui attribuer une patiente adaptée à son niveau.

3.3 Résultats objectifs secondaires

La suite des résultats ne concerne que les SF ayant reçu la dite formation.

Après calcul nous pouvons dire que les SF obtenaient une moyenne de 2.3/5 (2 équivalant à peu de compétences) avant la formation et de 3.9/5 (4 équivalent à un bon niveau) après celle-ci. On observe donc une différence de score avant-après formation de 1,6/5 soit une augmentation de 32% de leur capacité. Il existe une différence statistiquement significative entre les capacités de planification avant et après la formation avec une p-value= 0.0001 (<0,05).

Concernant le degré d'amélioration des 20 SFF sur les trois étapes de supervision (Planifier, Enseigner et Evaluer) les résultats montraient que :

Pour l'étape « **planifier** » les SFF ont constaté en majorité « une amélioration modérée » à « beaucoup d'amélioration » après la formation pour identifier les besoins de l'étudiant (14 SF sur 20) , pour sélectionner des patientes appropriées au niveau de l'étudiant (12 SF sur 20), pour expliquer à l'étudiant l'attribution (ou non) d'une telle patiente (14 SF sur 20), pour énoncer les étapes prioritaires de la journée (13 SF sur 20), pour adapter l'activité clinique en fonction du niveau de l'étudiant (14 SF sur 20) et enfin préparer les étudiants aux buts de la démarche clinique (18 SF sur 20). (Figure 1)

Pour l'étape « **enseigner** » les SFF ont constaté une nouvelle fois en majorité « une amélioration modérée » à « beaucoup d'amélioration » après la formation pour questionner et organiser des interactions qui font réagir (11 SF sur 20), laisser des moments seuls à l'étudiant pour comprendre le dossier et poser d'éventuelles questions (14 SF sur 20) et enfin rechercher les connaissances erronées et créer un climat d'apprentissage agréable (14 SF sur 20). (Figure2)

Pour l'étape « **évaluer** » les SFF ont constaté cette fois-ci en majorité « beaucoup d'amélioration » et « une très grande amélioration » après la formation pour faire faire son auto-évaluation à l'étudiant (15 SF sur 20), évaluer selon des critères précis (12 SF sur 20), donner

du feedback positif (15 SF sur 20) et donner du feedback dans le but d'apporter des pistes d'améliorations (16 SF sur 20). (Figure 3)

4. DISCUSSION

Cette étude est innovante puisqu'elle met en lumière le rôle des SFC dans la formation des ESF mais aussi la place de la pédagogie dans le milieu hospitalier pour permettre l'acquisition et le transfert de connaissances à l'étudiant.

« La plupart des experts connaissent leurs disciplines parfaitement, ce qui ne garantit pas qu'ils soient capables d'enseigner aux autres. Ainsi pour être bon professionnel, les experts en santé doivent avoir une expertise en enseignement et en accompagnement (THARP et GALLIMORE 1988). »

L'apprentissage en milieu clinique fait l'objet de nombreuses publications mais nos recherches ont été peu fructueuses pour ce qui concerne l'impact de formation en pédagogie auprès des professionnels de santé.

Le travail de fin d'année d'étude d'ESF de Marion DESNOYER qui a comparé elle aussi deux groupes dans le but de savoir si une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude changeait les techniques d'encadrement des SF jeunes diplômées, et si celle-ci leur apportait une aide, ne montre pas de différence statistiquement significative dans la manière d'encadrer les étudiants après avoir reçu une initiation à la pédagogie en dernière année d'étude. Une grande majorité des enquêtés pensent qu'il est nécessaire d'aborder ce thème durant les études pour amener des connaissances pédagogiques, une ouverture d'esprit sur l'enseignement et des débats entre étudiants et professionnels. Les jeunes diplômés sont conscients des responsabilités et du rôle des SF dans l'apprentissage clinique des étudiants et mettent en place principalement des actions de supervision. Toutefois, ils ne se positionnent pas majoritairement comme

évaluateurs. Ils rencontrent des difficultés liées à un manque de temps, à un manque de confiance en eux et à la faible différence d'âge avec les étudiants. [9]

Nous n'avons pas pu faire émerger cette difficulté dans notre travail mais cette notion apparaît dans la littérature concernant l'indispensable écart entre l'étudiant et la SFC pour améliorer les apprentissages.

Plusieurs études mettent en évidence les besoins de formation des SFC pour l'élaboration d'une supervision clinique structurée :

Marielle BLANC, dans son mémoire argumente la nécessité d'une formation pédagogique des professionnelles. Ses résultats montrent que même si les SF n'expriment pas ce besoin de formation, elles font part de leur difficulté à l'encadrement ainsi qu'à l'évaluation de l'ESF. Elle explique l'absence de besoin de formation par «une confusion entre réelle compétence pédagogique et les qualités professionnelles ». Bien que certaines SF disposent de qualités telles qu'une prédisposition à transmettre, une longue expérience professionnelle ... celles-ci restent insuffisantes pour assurer la compétence pédagogique. Nos résultats montrant une différence significative de mise en application de principes pédagogiques liés à la planification d'une supervision clinique dans une population formée versus une population non formée viennent conforter ces données. [10]

Attention ici à ne pas faire l'amalgame entre la SFC et la sage-femme enseignante (SFE) car chacune à un rôle bien établi dans la formation de l'ESF. Nadine PEZET (VASSORT) dans son travail, montre l'impact de la formation à la pédagogie dans le cadre de l'évaluation formative ainsi que la connaissance du cursus de l'étudiant pour un encadrement clinique efficace. Du fait du contexte clinique très prenant et aléatoire, les SFC n'ont pas toujours le temps d'apprendre et cherchent plus à avoir des étudiants « autonomes » qui peuvent réaliser des actes multiples pendant qu'elles font d'autres choses impossibles à déléguer.

Notre travail montre l'implication des SFF à l'étape de planification reliée au cursus de l'étudiant puisqu'elles : Vérifient ses acquis de l'étudiant, le questionnent sur les difficultés et les points à améliorer et ce significativement par rapport au SFNF (Tableau 4 et 5).

La formation permet à ces SFC, qui ne sont pas des SFE, de prendre conscience en pratiquant la supervision qu'elles participent et renforcent le processus d'apprentissage chez les étudiants en pratiquant la supervision clinique. [11]

Les implications de notre étude sont multiples. Ses résultats peuvent apporter des améliorations à la formation actuelle et la rendre encore plus performante par une focalisation sur les points incompris par les participants ou insuffisamment mis en œuvre après la formation. Les résultats de cette étude mettent en lumière une formation peu connue des SF hospitalières et exposent les avantages que celle-ci apporterait dans leur pratique quotidienne et dans la relation qu'elles pourraient établir avec l'étudiant en tant que superviseur.

Notre étude comporte plusieurs limites potentielles. L'évaluation de l'impact de la formation présente de multiples difficultés de réalisation. Plusieurs étapes comme évaluer la pertinence de l'action de formation, vérifier l'efficacité pédagogique en termes d'acquis des participants et/ou s'assurer que le transfert des acquis est effectivement réalisé sur le terrain professionnel (d'après François-Marie GERARD [12]) sont très complexes prises séparément et je n'ai pu les honorer complètement à mon niveau. L'effet attendu sur le terrain sous-entend que de telles actions de formation (en améliorant la pratique des SF) rendent les étudiants plus performants et nous n'avons pas interrogé d'étudiants à ce sujet dans notre mémoire ce qui rend l'évaluation incomplète. Selon les trois éditions de l'Observatoire e-Performance qui mettent en évidence des écarts pouvant atteindre 20% entre ce que déclarent les utilisateurs et leurs comportements observés, notre étude déclarative, a un impact limité. Une observation fine des SF dans leur milieu et au contact des étudiants serait une approche intéressante pour évaluer si écarts il y a

entre « faire et dire ». Cette observation n'a malheureusement pu être mise en place dans cette étude mais nous avons essayé de révéler leurs attitudes et leurs comportements à travers la fréquence de leurs actions de supervision. Enfin l'échantillonnage de notre étude, constitué de 62 SF (20 formes et 42 NF) n'est pas représentatif de la population générale.

5. CONCLUSION

Bien que la nature causale de la relation entre la formation et l'acquisition de compétences nouvelles ne soit pas formellement démontrée dans notre étude, les résultats constituent un argument pour juger de la positive compréhension des actions de formation dispensées ainsi que d'un impact bénéfique sur le terrain au vue des améliorations déclarées sur toutes les étapes de la supervision clinique.

Cette étude dévoile aussi les imperfections et les modifications à apporter à cette formation à travers les déclarés des SF pour la rendre encore plus performante. Tous ces constats nous encouragent à promouvoir la formation à la pédagogie, à la rendre plus accessible pour les SF de terrain afin que l'étudiant puisse apprendre d'un professionnel ayant des bases de supervision clinique (renforçant ainsi sa qualité de prise en charge), pour qu'à son tour, il transmette ses connaissances de manière optimale.

6. REFERENCES

- (1) JONES A, Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary ». *Journal of Nursing Management*
- (2) « Superviser un stagiaire » Consortium national de formation en santé. Volet Université d'Ottawa site internet : www.sante.uottawa.ca/esr/fc/index.htm
- (3) BAIRD B.N, *The Internship Practicum and Field Placement Handbook*, 2005
- (4) KILMINSTER S, COTTRELL D, GRANT I, IOLLY R, AMEE Guide No 27. *Effective educational and clinical supervision. Med teach*, 2007
- (5) IRBY D. *What clinical teachers need to know. Acad med*, 1994
- (6) BARNIER G, *Interactions de guidage et effet tuteur, Education*, 1996
- (7) BARNIER G, *Le tutorat dans l'enseignement et la formation*, Paris, L'Harmattan, 2001
- (8) VILLENEUVE L, *L'encadrement du stage supervisé. Montréal : Éditions Saint-Martin*, 1994
- (9) DESNOYER Marion. *Les Sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Clermont-Ferrand, Mémoire fin d'étude*, 2012
- (10) BLANC Marielle. *Prélude à une planification de la formation clinique des étudiants sages-femmes en stage. Expérience d'une sage-femme clinicienne au CH d'Auxerre. Nantes, DIU pédagogie*, 2005
- (11) PEZET Nadine. *Encadrement clinique : Outil à la formation pratique et clinique des étudiants sages-femmes ? UFR Angers-Brest-Nantes-Rennes. DIU pédagogie médicale*, 2001
- (12) GERARD, F.-M. *L'évaluation de l'efficacité d'une formation*, 2003
- (13) DRAN Claire, *La sage-femme et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage. Dijon, Ecole de cadre sages-femmes*, 2005
- (14) BOUTET M et ROUSSEAU N, *Les enjeux de la supervision des stages*, Ed. Presses de l'Université du Québec, 243 pages, 2002
- (15) AUDETAT MC et LAURIN S. *Supervision du raisonnement clinique, méthode et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. Canadian Family Physician*
- (16) CHAMBERLAND M et HIVON R. *Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale*, 2005
- (17) TARDIF J et PRESSEAU A, *Quelques contributions à la recherche pour favoriser le transfert des apprentissages, Vie pédagogique*, n° 108, septembre-octobre, 1998
- (18) MULLER F, *L'évaluation formative. Récupéré en ligne de <http://francois.muller.free.fr/diversifier/formativ.htm>*, 2002
- (19) TARDIF J, *L'évaluation des compétences - Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Éducation*, 2006
- (20) BOUTIN G et CAMARAIRE L, *Accueillir un stagiaire... Guide pratique à l'usage de l'enseignant-formateur. Montréal : Éditions Nouvelles AMS*, 2001
- (21) République française. *Arrêté du 19 Juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. JO du 19 Juillet 2011*.
- (22) ANESF. *Enquête nationale : le vécu de la formation initiale des étudiants sages-femmes*, 2004, site www.anesf.org
- (23) LEGENDRE R. *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Paris, Ed ESKA, 1993
- (24) ANFICSF, *LIVRET I et II de formation*

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon d'analyse

Variables	Pop totale	SFF	SFNF	P value
N (%)	62 (100)	20 (36)	42 (68)	
Age, m (e.t) en année	36 (9)	38 (9)	35 (9)	0,1
Sexe, n (%) - Féminin - Masculin	60 (97) 2 (3)	20 (100) 0 (0)	40 (95) 2 (5)	0,3
Lieu de travail, n (%) - Hôpital public - Niveau 1 - Niveau 2a - Niveau 2b - Niveau 3 - Clinique - Autres	56 (90) 2 (3) 0 (0) 1 (2) 56 (90) 1 (2) 2 (3)	18 (90) 2 (10) 0 (0) 1 (5) 14 (70) 1 (5) 2 (10)	42 (100) 0 (0) 0 (0) 0 (0) 42 (100) 0 (0) 0 (0)	0,007
Années du diplôme, m (e.t) en année	2001 (9)	1998 (2)	2003 (2)	0,06
Répartition géographique, n (%) - Grenoble - Lyon - Paris	46 (74) 11 (12) 5 (8)	4 (20) 11 (55) 5 (25)	42 (100) 0 (0) 0 (0)	

N ou n = effectifs, m= moyenne, e.t = écart-type

Figure 1 : Le degré d'amélioration des 20 SFF sur l'étape « planifier »

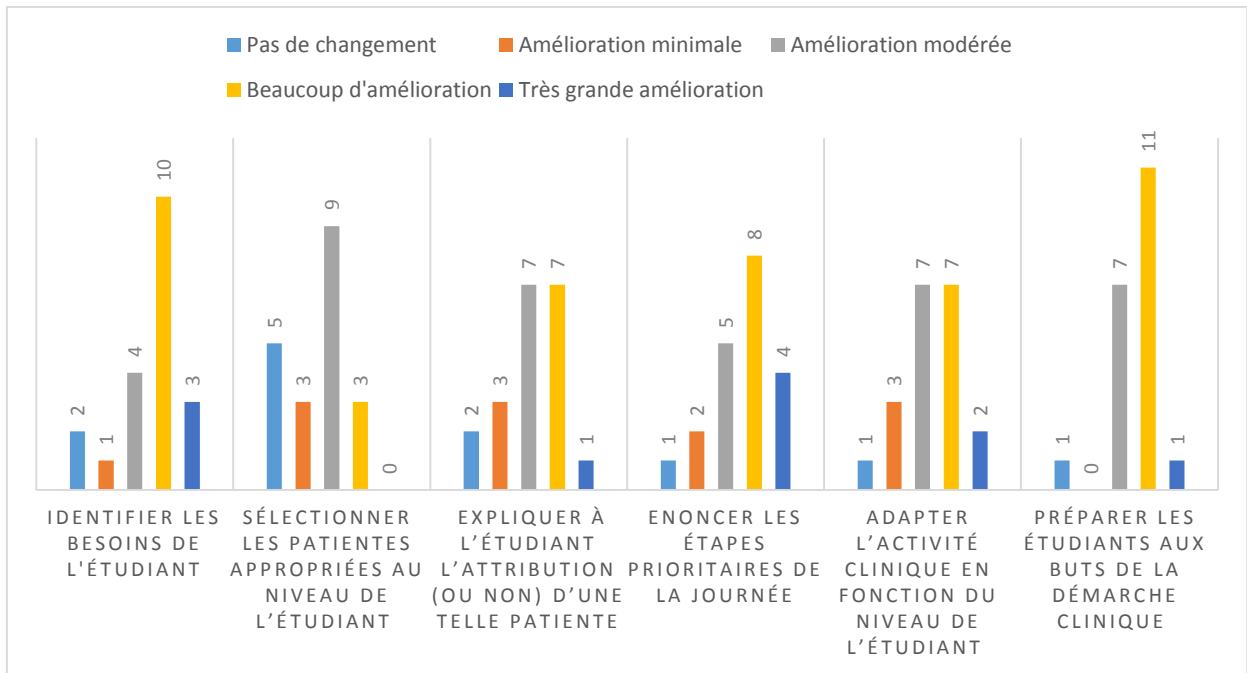


Figure 2 : Le degré d'amélioration des 20 SFF sur l'étape « enseigner »

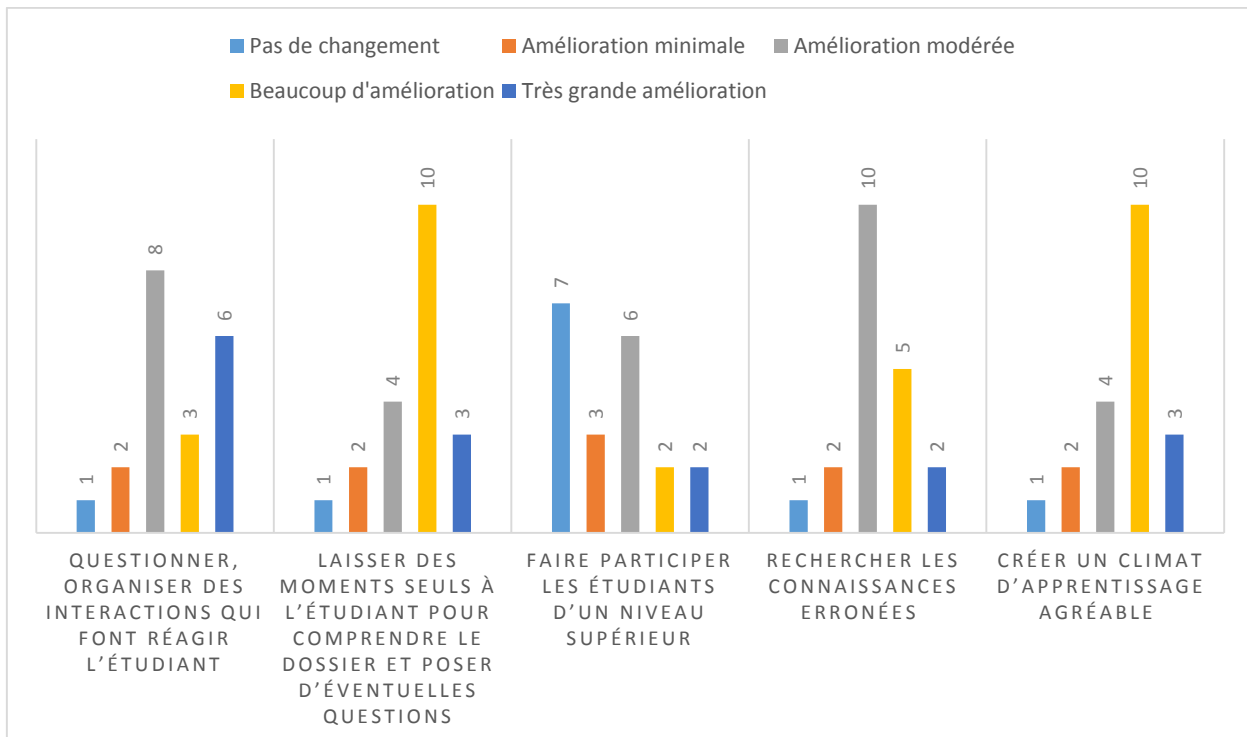
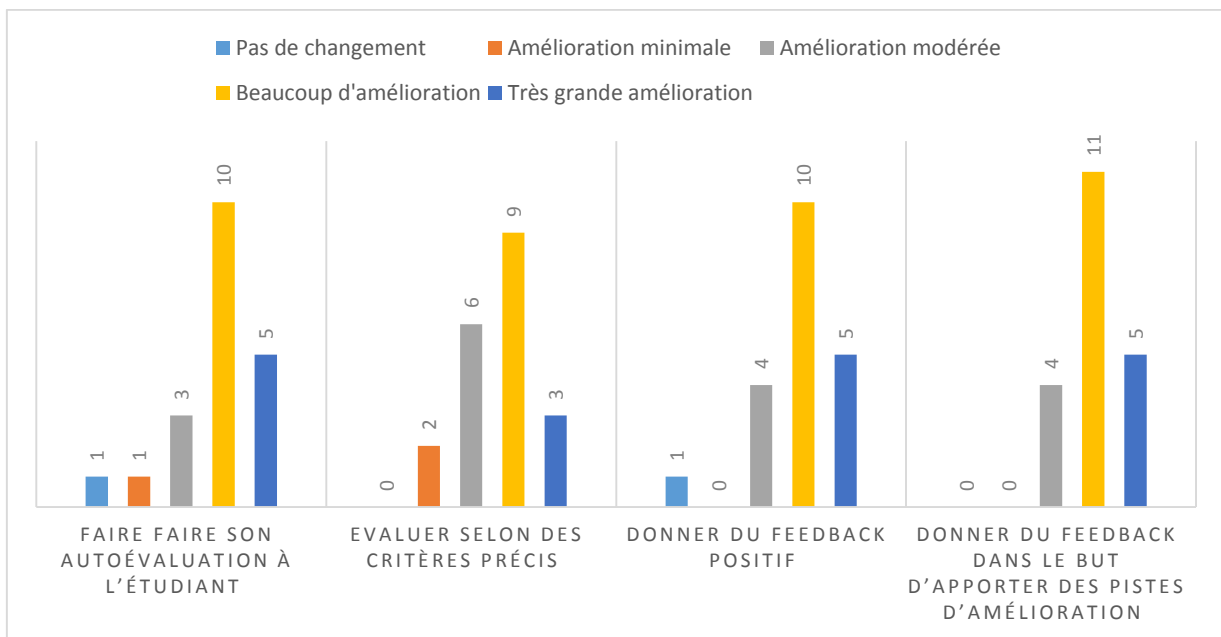


Figure 3 : Le degré d'amélioration des 20 SFF sur l'étape « évaluer »



RESUME (292 mots)

Contexte : Les sages-femmes cliniciennes sont essentielles à la réussite des stages des étudiants sages-femmes et ont pour devoir déontologique de transmettre leurs savoirs. Il n'existe ni temps dédié, ni statut (maître de stage) et cela implique de répondre à un double défi : qualité de l'exercice clinique et enseignement. Nous émettons l'hypothèse qu'une formation dispensant les principes d'une supervision clinique motivante intitulé « construire son projet de supervision clinique : planifier, enseigner, évaluer et faire réfléchir » améliore la transmission des savoirs pour les étudiants.

Objectifs : Nous avons comparé les déclarés des sages-femmes cliniciennes concernant l'étape de planification de la supervision en fonction de la participation ou non à la formation et chercher à mesurer le degré d'amélioration de leurs compétences et lesquelles ?

Méthode : Par questionnaire, nous avons interrogé des sages-femmes formées et des sages-femmes non formées. Nous avons analysés 62 réponses : 20 sages-femmes formées et 42 sages-femmes non formées.

Résultats : Les sages-femmes formées ont des comportements significativement plus adaptés dans l'étape de planification : 100% des sages-femmes formées accueillent « toujours » ou « souvent » l'étudiant ; 85% établissaient « toujours » ou « souvent » les objectifs et les étapes de leur supervision et 95% attribuaient « toujours » ou « souvent » à l'étudiant une patiente adaptée à son niveau.

Nous obtenons une différence de score avant-après formation de 1,6/5. La majorité des sages-femmes formées ont déclaré une amélioration concernant les trois étapes de la supervision clinique.

Conclusion : Bien que la nature causale de la relation entre la formation et l'acquisition de compétences nouvelles ne soit pas formellement démontrée, les résultats constituent un argument pour juger positivement de l'appropriation de la formation dispensée.

Mots clés : Supervision, formation, étudiant sage-femme, planifier, évaluer

