



HAL
open science

Étudiants sages-femmes et utilisation des outils pédagogiques en stage : Entre amélioration des stratégies d'autorégulation et blocages résultants de frein inhérents au contexte

Manon Rayssiguier

► To cite this version:

Manon Rayssiguier. Étudiants sages-femmes et utilisation des outils pédagogiques en stage : Entre amélioration des stratégies d'autorégulation et blocages résultants de frein inhérents au contexte. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03234100

HAL Id: dumas-03234100

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03234100>

Submitted on 25 May 2021

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME DE L'UNIVERSITE DE
VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par : **MANON RAYSSIGUIER**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

ETUDIANTS SAGES-FEMMES ET UTILISATION DES OUTILS PEDAGOGIQUES EN STAGE

**Entre amélioration des stratégies d'autorégulation et blocages
résultants de freins inhérents au contexte.**

Soutenu le :

Directeur de mémoire : DRAN Claire, Sage-Femme Enseignante

JURY

Civilité Prénom, NOM, qualité, établissement de rattachement

Civilité Prénom, NOM, qualité, établissement de rattachement

Numéro national d'étudiant : 21304129

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je remercie l'ensemble du département maïeutique de l'Université de Versailles Saint Quentin En Yvelines pour ces années d'étude, et tout particulièrement Mme Elodie Prot, ma référente pédagogique pour son écoute bienveillante, et Mme Claire Dran, pour avoir dirigé ce mémoire avec patience, justesse et professionnalisme. Je remercie infiniment Agathe, Alexandre, Alice, Charlotte, Diane, Jeanne, Justine, Léa, Mael, Marion et Marion pour le temps qu'ils m'ont consacré, leurs déplacements, leurs efforts et surtout leur participation enthousiaste à ce travail.

Je remercie Bertrand et Cécile, mes parents, pour leur soutien durant mes études et leurs conseils pour la rédaction de ce mémoire. Je remercie Monsieur Marguerite qui a été à mes côtés dans les moments où je ne voulais plus avancer. Je remercie du fond du coeur Emilie, Julie, Lauriane, Marco et Pauline pour leur solidarité, leur rire, leur courage, je remercie aussi notre local pour nous avoir accueilli dans les moments où nous craquions. Je remercie l'Association des Etudiants Sages-Femmes de Paris-Ouest, l'Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes, ainsi que les Scouts et Guides de France pour m'avoir appris la passion de l'engagement, de la transmission, et de la remise en question.

Je remercie toutes les patientes, les nouveau-nés et plus généralement les couples dont j'ai pris soin pendant mes stages pour m'avoir rendu au centuple ce que j'ai tenté de leur apporter dans ma pratique. Enfin je remercie tous les professionnels qui m'ont encadrée pour m'avoir permis de donner vie à ce mémoire et m'avoir donné envie, à mon tour, de former des pairs.

Je présente mes excuses à toutes les femmes de ne pas avoir écrit ce travail en écriture inclusive.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES ANNEXES	VII
LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
TITRE ET RESUME	IX
TITLE AND ABSTRACT	X
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Le professionnel médical compétent	2
1.2 Le processus cognitif	3
1.3 L'environnement du processus d'apprentissage	4
1.4 Le positionnement de l'étudiant	6
2 MATERIEL ET METHODES	10
2.1 Pré-enquête	10
2.2 Objectifs et hypothèses	11

2.3	Type d'étude	12
2.4	Participants	12
2.5	Déroulement de l'étude et outils méthodologiques	13
2.5.1	Les entretiens à T0	13
2.5.2	La fiche action	13
2.5.3	Les entretiens à T1	14
2.6	Variables retenues	14
2.7	Stratégie d'analyse	15
2.8	Considérations éthiques et réglementaires	15
3	RESULTATS	16
3.1	Hypothèse 1 : Modification de l'utilisation du carnet de stage	16
3.1.1	Les objectifs institutionnels	16
3.1.2	La grille d'auto-évaluation	18
3.1.3	Le décompte des actes	19
3.1.4	Le bilan semestriel	20
3.1.5	Résultat hypothèse 1	20
3.2	Hypothèse 2 : Modification de l'utilisation de l'appréciation de stage	20
3.2.1	Constat de début de stage	21
3.2.2	Suivi quotidien	25
3.2.3	Bilan de mi-stage	26
3.2.4	Bilan de fin de stage	27
3.2.5	Résultat hypothèse 2	28
3.3	Hypothèse 3 : Freins persistants malgré les modifications d'utilisation	29
3.3.1	Aspects pratiques	29
3.3.2	Freins humains, relationnels	31
3.3.3	Manque de formation	33
3.3.4	Facteurs motivationnels	34
3.3.5	Résultat hypothèse 3	36

4	ANALYSE	37
4.1	Synthèse des résultats	37
4.1.1	Les stratégies efficaces mises en œuvre	37
4.1.2	Propositions pour limiter les freins	37
4.2	Forces et limites de l'étude	38
4.2.1	Forces	38
4.2.2	Limites	39
4.3	Mise en perspective	39
	CONCLUSION	41
	LEXIQUE	42
	BIBLIOGRAPHIE	45
	ANNEXES	49

Liste des annexes

Annexe I : Les outils de stage en deuxième cycle d'IDF	49
Annexe II : Carnet de stage	51
Annexe III : Appréciation de stage	58
Annexe IV : Résultats pré-enquête.....	61
Annexe V : Grille entretien T0.....	64
Annexe VI : Fiche action	67
Annexe VII : Grille entretien T1	68

Liste des abréviations

ADS = Appréciation De Stage

AECA = Apprentissage et Enseignement Contextualisé Authentiques

ANESF = Association Nationale Des Etudiant.e.s Sages-Femmes

CDS = Carnet de Stage

EBE = Enquête Bien-Être

ESF = Etudiants Sages-Femmes

IDF = Ile De France

RDS = Rapport De Stage

SF = Sages-Femmes

SFCI = Sage-Femme CLinicienne

UE = Unité d'Enseignement

Titre et résumé

Étudiants sages-femmes et utilisation des outils pédagogiques en stage : Entre amélioration des stratégies d'autorégulation et blocages résultants de frein inhérents au contexte.

La progression clinique des étudiants sages-femmes (ESF) est suivie via des outils pédagogiques. Les ESF sont supposés actifs dans leur apprentissage. Cette étude porte sur leur posture active.

Objectifs : Recueillir les stratégies d'autorégulation des ESF en stage clinique et produire des propositions de stratégies favorisant l'acquisition de compétences. Pour répondre à la problématique « Comment favoriser un apprentissage autorégulé des ESF sur leurs stages cliniques ? », nous avons émis 3 hypothèses de travail : les ESF peuvent améliorer leur utilisation du carnet de stage (CDS) ; les ESF peuvent améliorer leur utilisation de l'appréciation de stage (ADS) ; des freins à l'autorégulation persisteront malgré les modifications d'utilisation.

Matériel et méthodes : Notre protocole de recherche se basait sur des séries de 2 entretiens semi-directifs avant-après un processus réflexif et une période complète de stage auprès de 11 ESF en deuxième cycle d'Ile-de-France (IDF).

Résultats : Les hypothèses de travail sont validées : les ESF ont déclaré des modifications d'utilisation des outils de stages provoquant selon eux une optimisation de leurs acquisitions de compétences. Des freins ont néanmoins persistés.

Mots-clés : Étudiant Sage-Femme, Outils pédagogiques, Encadrement clinique, Autorégulation

Title and Abstract

Midwife students (MS) and use of pedagogic tools during traineeship : between proactive practices improvement and persistence of constraints inherent in the context.

Clinical expertising of MS is traced via pedagogic tools. MS are supposed as active in the learningship. This study gets interest in their active posture.

Objective : Collect student's autoregulation strategies in clinical traineeship and produce strategies improving skills acquisition. To answer the question "How to promote an autoregulated learnship of MS during clinical traineeship" we elaborated 3 hypothesis : MS are able to improve their use of their Traineeship Books; MS are able to improve their use of their Traineeship Reports; Autoregulation is still held back by persistent constraints inherent in the context in spite of behavior modifications.

Methods Our research protocol was based on a series of 2 semi-structured interviews before-after a reflexive process and a full period of traineeship with 11 MS in the second cycle of Ile-de-France (IDF).

Results and conclusion The hypotheses are validated : MS reported modifications of use of their pedagogic tools, provoking according them an optimization of their skills acquisition. Constraints have however persisted.

Keywords : Midwife students ; Pedagogic tools ; Clinical supervision ,autoregulation

Introduction

La santé génésique des femmes, la prévention gynécologique, la grossesse et l'accouchement, la santé périnatale, sont, en France, confiés aux praticiens médicaux que sont les Sages-Femmes (SF). La qualité des soins dépend de la qualité des pratiques de ces professionnels. Dans l'optique de perfectionner la formation des futurs professionnels, nous nous interrogeons ici sur le processus d'acquisition de compétences clinique des étudiants Sages-Femmes (ESF).

La première partie de ce travail définit ce qu'est la compétence pour un professionnel de santé, et plus particulièrement la sage-femme, avant d'explorer les processus d'apprentissages ainsi que les moyens d'organisation et de régulation de la formation. Enfin, nous concluons sur la posture de l'étudiant qui se veut être une position autonome. Cette revue de la littérature nous a permis d'élaborer la question de recherche : « Comment améliorer l'autorégulation des étudiants sages-femmes? ». Pour y répondre nous avons élaboré un protocole de recherche basé sur des entretiens semi-directifs auprès d'ESF dont le détail est présenté en deuxième partie. Enfin, la troisième partie de ce travail présente les résultats de l'étude et les analyse afin d'émettre des propositions de stratégies qui permettraient d'optimiser les stages des ESF.

1 Contexte

1.1 Le professionnel médical compétent

La formation SF se définit par un faisceau de textes. Nous explorons ici la définition de la compétence et du professionnalisme médical pour ensuite décrire le diplôme d'Etat, son cadre théorique et législatif.

Une formation vise à transformer des apprenants en professionnels compétents. Cette notion de *compétence*¹ est définie par Le Boterf, non pas comme une somme de savoirs, de savoirs-faire et de savoirs-être, mais comme un «savoir-quoi-faire». Le concept de compétence n'est pertinent que si l'on vise à être compétent et non à avoir des compétences : « être compétent c'est être capable d'agir et de réussir avec pertinence et compétence dans une situation de travail » (1). De plus, le « clinicien expert » doit posséder une panoplie de qualités : le raisonnement médical, les *capacités*² cliniques et techniques, le jugement professionnel, la communication et les habiletés interpersonnelles, enfin les stratégies³ métacognitives (2). Ce clinicien expert doit «se fixer et maintenir des normes rigoureuses de compétences et d'intégrité» pour atteindre le *professionnalisme médical* (3).

Par ailleurs, un référentiel du métier est un texte décrivant «les activités professionnelles que sera appelé à exercer le titulaire du diplôme». Il permet la construction d'un référentiel du diplôme qui «décrit les compétences à atteindre dans le domaine professionnel. Sa structure repose sur (...) les *capacités* et *savoirs-faire*, et les *connaissances* associées» (4). Or, la profession SF, qui obéit à un code de déontologie (5), possède un référentiel de compétences (6). Ce référentiel est utilisé en formation pour appréhender le champ de compétences à acquérir. Enfin, l'arrêté de 2013 définit des objectifs de la formation en vue du diplôme d'Etat de Sage-femme (7).

Une sage-femme est donc un professionnel médical qui se perfectionne en situation de travail; dont les compétences sont acquises lors d'une formation structurée autour d'un référentiel. Si le cadre légal et théorique est expliqué, intéressons-nous maintenant au processus d'apprentissage et donc d'acquisition de compétences des étudiants.

¹ Savoir-faire efficace dans une situation déterminée

² Pouvoir, aptitude à faire quelque chose ; activité que l'on exerce

³ Organisation de méthodes, techniques et moyens pour atteindre un objectif

1.2 Le processus cognitif

Afin de comprendre comment un étudiant devient professionnel médical, commençons par exposer les bases de la pédagogie clinique, bases permettant de décrire deux théories d'apprentissage : pédagogie de la maîtrise et pédagogie différenciée.

La science qui étudie « toute activité déployée par une personne pour développer des apprentissages chez autrui » est la *pédagogie* (4). Dreyfus a développé 5 étapes par lesquelles passent les apprenants pour l'acquisition d'un savoir-faire : le stade novice, avancé, compétence, maîtrise et expert (8). Le *behaviorisme* est un courant pédagogique qui stipule que les réponses intellectuelles ou motrices sont modelées à partir de stimuli, de conditionnement, de renforcement positif sans avoir accès au processus interne de l'apprentissage (9). Plus récent, le *constructivisme* postule que l'individu construit lui-même ses compétences à partir des interactions avec son environnement (10). Ces deux courants ont inspiré des théories d'apprentissage : la *pédagogie de la maîtrise* donne une place importante aux boucles de rétroaction⁴, pour que les *remédiations*⁵ rendent accessible un enseignement à tous les apprenants (11). La *pédagogie différenciée* prône l'individualisation de l'apprentissage, en se centrant sur les pré-acquis et les difficultés de l'apprenant (12). L'individu atteint ainsi un objectif qui lui est propre et ne remplit pas seulement une intention de formation, ou programme, comme dans la pédagogie de la maîtrise (4).

Pour atteindre la compétence, un apprenant doit intégrer des connaissances (théoriques, sur l'environnement professionnel, les procédures), des savoir-faire (instrumentaux, techniques, relationnels, empiriques, cognitifs...) et des ressources émotionnelles (aptitudes et qualités personnelles contextualisées) (1), les assimiler et les organiser afin d'opérer à un *transfert des connaissances*. C'est-à-dire adapter les compétences apprises dans un certain contexte à un autre contexte (4). L'étudiant peut ainsi construire ses *schèmes opératoires* : «structure d'actions répétables dans des circonstances semblables ou analogues» (13). Cette capacité au transfert se conserve tout au long de la vie professionnelle, Mendelsohn parle d'ailleurs plutôt d' «apprentissage au transfert», pour être capable de résoudre toute nouvelle situation clinique grâce à l'expertise formée dans une multitude de

⁴ Réaction du résultat d'une action sur la cause qui l'a produite

⁵ En pédagogie : dispositif qui consiste à fournir à l'apprenant de nouvelles activités d'apprentissage pour lui permettre de combler les lacunes diagnostiquées lors d'une évaluation formative

situations *isomorphes*⁶(14). Les opérations mentales mises en jeu dans une telle progression correspondent au concept de *métacognition*⁷.

Les approches pédagogiques doivent donc permettre à un étudiant d'acquérir des connaissances, savoir-faire et ressources pour les transformer en schèmes opératoires via un transfert d'apprentissage. L'étudiant deviendra pleinement compétent en développant des processus métacognitifs qui lui permettront de s'adapter à chaque situation clinique. Le processus cognitif de l'apprentissage étant expliqué, il convient de s'interroger sur les modes d'organisation de la formation.

1.3 L'environnement du processus d'apprentissage

Après avoir présenté le concept de professionnalisme médical et expliqué les modalités théoriques d'acquisition des compétences, intéressons-nous aux modalités pratiques de cet apprentissage. Ici, nous allons voir que le dispositif d'alternance procure des situations cliniques au cours duquel l'étudiant bénéficie d'un compagnonnage cognitif et d'outils pédagogiques de suivi.

La *pédagogie de l'alternance* est un «dispositif de planification de la formation basée sur un principe d'interaction entre les situations de formations et les situations de productions» (4). Cette alternance permet un Apprentissage et un Enseignement Contextualisés Authentiques (AECA) dont les deux principes forts sont l'authenticité du contexte et le *compagnonnage cognitif*⁸ (16). Pour qu'un stage clinique soit pertinent, il faut qu'il offre des situations adaptées à la pratique future de l'étudiant, dans leur authenticité comme dans leurs complexités et leurs multitudes, mais aussi que le compagnonnage cognitif fourni soit de qualité. (17)

Le *compagnonnage cognitif* est la description par un expert de l'action qu'il réalise, en rendant son raisonnement accessible à l'apprenant. Un compagnonnage tend au renversement des rôles où l'expert basculera dans le contrôle de l'action menée par l'apprenant (18). En milieu médical, c'est le terme de *supervision clinique* qui est utilisé pour désigner «l'intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction

⁶ Identité de structure entre deux éléments et/ou situations

⁷ Analyse de son propre fonctionnement intellectuel. Auto-analyse des systèmes de traitement de l'information que tout individu met en œuvre pour apprendre, se souvenir, résoudre des problèmes ou conduire une activité

⁸ Apprentissage basé sur la démonstration effectuée en situation réelle par un expert dans le but de transmettre cette expertise à un apprenti

à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle (...) ou à partir d'un résumé de la situation» (19). La *rétroaction*, correctement verbalisée par le superviseur sous forme de feedback⁹, va permettre à l'étudiant de réajuster ses actions lors des prochaines mises en situation (20). Les éléments d'un *feedback* efficace offrant une réelle opportunité à l'étudiant d'améliorer sa performance ont été étudiés: il importe notamment que les feedback soient réguliers et fréquents et qu'ils impliquent l'étudiant, en étant basé sur des comportements observables et remédiables, autant en positif qu'en négatif et en s'assurant d'un accord quant aux buts et aux objectifs (21).

Un *objectif* est un «énoncé d'intention décrivant le résultat concret attendu à la suite d'une action» (4). Afin de clarifier les attentes envers les apprenants, Bloom a publié une *taxonomie*¹⁰(22) dans laquelle les savoirs et les capacités sont hiérarchisés avec des échelons de difficultés croissantes. Une formation peut ainsi être planifiée et régulée par des objectifs faisant appel à des niveaux précis de cognition (23).

Dans cette optique de planification, les *curriculums* sont des énoncés d'intentions de formation comprenant «le public visé, les finalités, les objectifs, les contenus, la description du système d'évaluation, la planification des activités, les effets attendus quant à la modification des attitudes et des comportements des individus en formations». Cet outil oriente l'organisation d'une formation pour la rendre efficiente (4). Pour éviter l'atomisation des programmes de formation en une multitude d'objectifs, les approches par objectifs et par compétences se sont développées. La première permet de cadrer le contrat didactique entre un formateur et un apprenant; la deuxième permet de cibler des situations types, l'expertise de l'étudiant étant évaluée à son degré d'autonomie pour les résoudre (24). Pour garantir une pédagogie maintenant vivant à chaque instant le lien entre les finalités, les savoirs, les savoir-faire et les attitudes professionnelles, il faut favoriser la *réflexivité* du futur soignant et l'utilisation de la pédagogie active (25).

Cette complémentarité entre compétences et objectifs est retrouvée dans les Carnets De Stage (CDS) développés par les instituts de formation de maïeutique d'Ile-de-France (IDF). Ces carnets s'apparentent à des curriculum pour la formation clinique puisqu'ils visent à expliciter sa planification notamment par la présentation des compétences et objectifs. De plus ce sont des outils destinés à l'étudiant, qui conditionnent la validation de son Unité

⁹ Élément clé de l'apprentissage. Informations en retour, littéralement : retour d'alimentation. Le feedback est l'élément indispensable au processus d'apprentissage ainsi qu'au processus de rétroaction.

¹⁰ Classification hiérarchisée

d'Enseignement (UE) Clinique, mais surtout qui l'incitent à s'autoévaluer, et donc à réguler lui-même sa formation (Annexe II). Dans toute la France, des outils de stage sont utilisés pour faire le lien au sein de la *triade pédagogique* formée par l'apprenant, le terrain de stage et l'institut de formation.

Les instituts de formation utilisent donc les approches par objectifs et par compétences pour formaliser et échelonner l'acquisition de compétences cliniques des ESF via des outils pédagogiques. Le feedback reçu au cours de la supervision clinique permet à l'étudiant d'objectiver son évolution.

1.4 Le positionnement de l'étudiant

Les outils pédagogiques permettant de réguler la formation sont des interfaces de lien au sein de la triade pédagogique. Les étudiants en sont les principaux utilisateurs puisqu'ils sont destinés à suivre leur pratique clinique quotidienne sur le terrain. Il convient donc de présenter le concept d'apprentissage autorégulé, ou comment l'autonomie s'applique-t-elle dans l'apprentissage.

L'autonomie se définit comme « l'aptitude à prendre des décisions pertinentes de son propre chef après analyse de la situation à traiter; la capacité à décider par soi-même » (4). Le *paradigme d'apprentissage* veut développer l'autonomie dans la pratique; et favoriser l'autonomie dans l'apprentissage. En effet, si la formation est cadrée (par une alternance, avec des formateurs) et planifiée (par des objectifs et des dispositifs pédagogiques tels que les curriculum), l'apprentissage reste un processus actif au cours duquel l'étudiant doit faire preuve d'autonomie (26). *L'apprentissage autorégulé*, ou *autorégulation*¹¹ pousse les étudiants à développer des stratégies cognitives¹² pour apprendre en autonomie : pour apprendre à apprendre (27). Si cette approche était initialement appliquée au domaine du scolaire, les 7 piliers proposés par Carré pour soutenir l'autorégulation des apprenants sont applicables à la formation en alternance. Parmi ces piliers, sont énoncés la préformation, le projet de l'apprenant, le contrat pédagogique et les formateurs facilitateurs (28).

Ces principes sont appliqués dans les instituts de formation de maïeutique d'IDF : la préformation est mise en œuvre dans les UE théoriques; les étudiants ont des formateurs sur les terrains cliniques et pratiques qui facilitent leur progression; enfin les outils pédagogiques mis à leurs disposition les poussent à être actifs. En effet le CDS et l'Appréciation De Stage

¹¹ Les stratégies d'autorégulation sont des stratégies cognitives que l'élève utilise consciemment, systématiquement et constamment lorsqu'il assume la responsabilité de son apprentissage

¹² Stratégies personnelles de traitement de l'information

(ADS) incitent l'étudiant à se fixer des objectifs personnels, à s'autoévaluer, et à recueillir les rétroactions de ses formateurs. Les rétroactions sont formalisées au cours du suivi quotidien et des bilans (début, milieu et fin) de stage ainsi qu'aux cours d'entretiens semestriels avec une sage-femme enseignante référente (Annexe II et III).

L'autorégulation implique une métacognition au cours de laquelle l'étudiant planifie, monitore et autoévalue son apprentissage : il exerce donc des « opérations mentales sur des opérations mentales »(27). Mais cette activité n'est pas neutre. Bandura souligne que dans le *système de soi*¹³, le *sentiment d'efficacité personnelle*¹⁴ a une place capitale : ainsi une altération de ce sentiment entrainera une baisse de l'acuité de l'autorégulation (29).

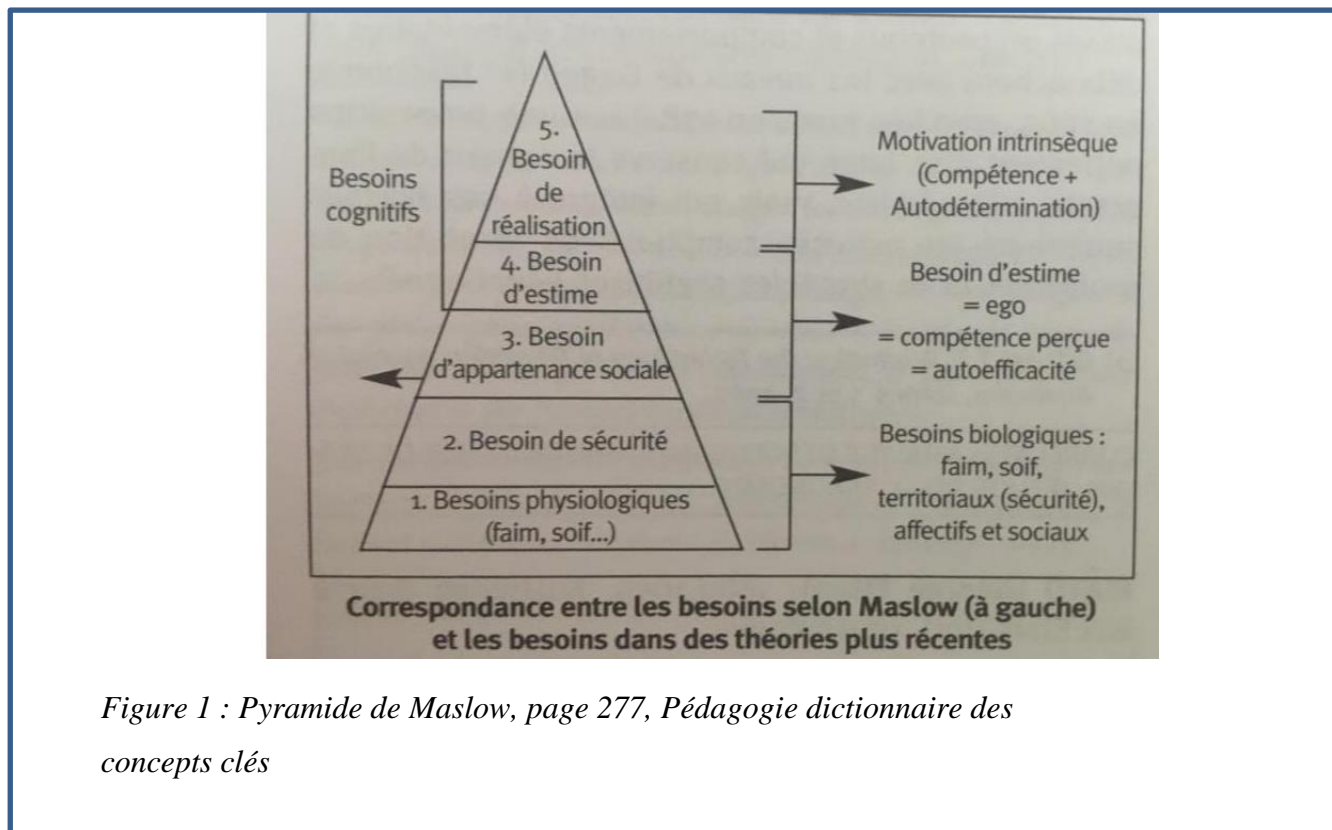
Parmi les facteurs influençant le système de soi, Bandura cite les états physiologiques et émotionnels tels que la motivation¹⁵. Selon Maslow, la motivation peut être modélisée par une pyramide dont chaque palier ne peut être atteint que si le palier sous-jacent est lui-même rempli, comme le figure l'illustration ci-contre (figure 1) (30). Adapté aux études de SF, ce modèle nous sert à comprendre les mécanismes rendant possible l'autorégulation des ESF selon le niveau de satisfaction de leurs besoins fondamentaux : les besoins physiologiques (prendre sa pause déjeuner, aller aux toilettes), les besoins de sécurité (ne pas être mis en danger au cours de sa garde, ne pas subir de violences physique ou morale), besoin d'appartenance et d'amour (faire partie de l'équipe, être accueilli avec bienveillance), besoin d'estime (reconnaissance de la tâche accomplie par les professionnels, feedback positifs), et enfin besoin d'accomplissement (atteinte des objectifs, développement des compétences, professionnalisation).

Cette motivation est la source d'une dynamique qui aura un impact sur la persévérance, l'engagement cognitif et la performance de l'apprenant (31). L'Enquête Bien-Être (EBE) de l'Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes (ANESF) de 2018 constatait avec force le mal-être d'une part importante des ESF. Ce sentiment de mal-être est un facteur important dans la motivation des étudiants : se sentir à bout de force mentalement et physiquement ne permet pas aux étudiants de s'autoréguler de manière optimale (32).

¹³ Système constitué de structures et de processus qui permettent le traitement de l'information à partir d'un noyau fondamental constitué par : les représentations qu'un individu a de lui-même, ses capacités à aborder différents types de situation ; et sa métacognition

¹⁴ Croyances d'un individu en sa capacité à résoudre les problèmes qu'il peut rencontrer dans son existence, soit sur le plan professionnel, soit sur le plan personnel

¹⁵ Ce que l'on veut faire, par opposition à l'habileté ou la compétence qui correspond à ce que l'on sait faire. On peut être parfaitement capable de faire quelque chose, et choisir de ne pas le faire, car rien ne nous motive



Plusieurs études ont mis en évidence des freins à l'encadrement des ESF sur les terrains de formation. Parmi ces freins sont retrouvés les facteurs relationnels (différence d'âge, personnalités incompatibles entre formateur et apprenant), d'investissement (manque de temps, manque de reconnaissance de la tâche, manque de formation) et les facteurs méthodologiques (manque de formation en pédagogie, méconnaissance des dispositifs pédagogiques et de l'évolution du parcours d'études...) (33, 34, 35, 36).

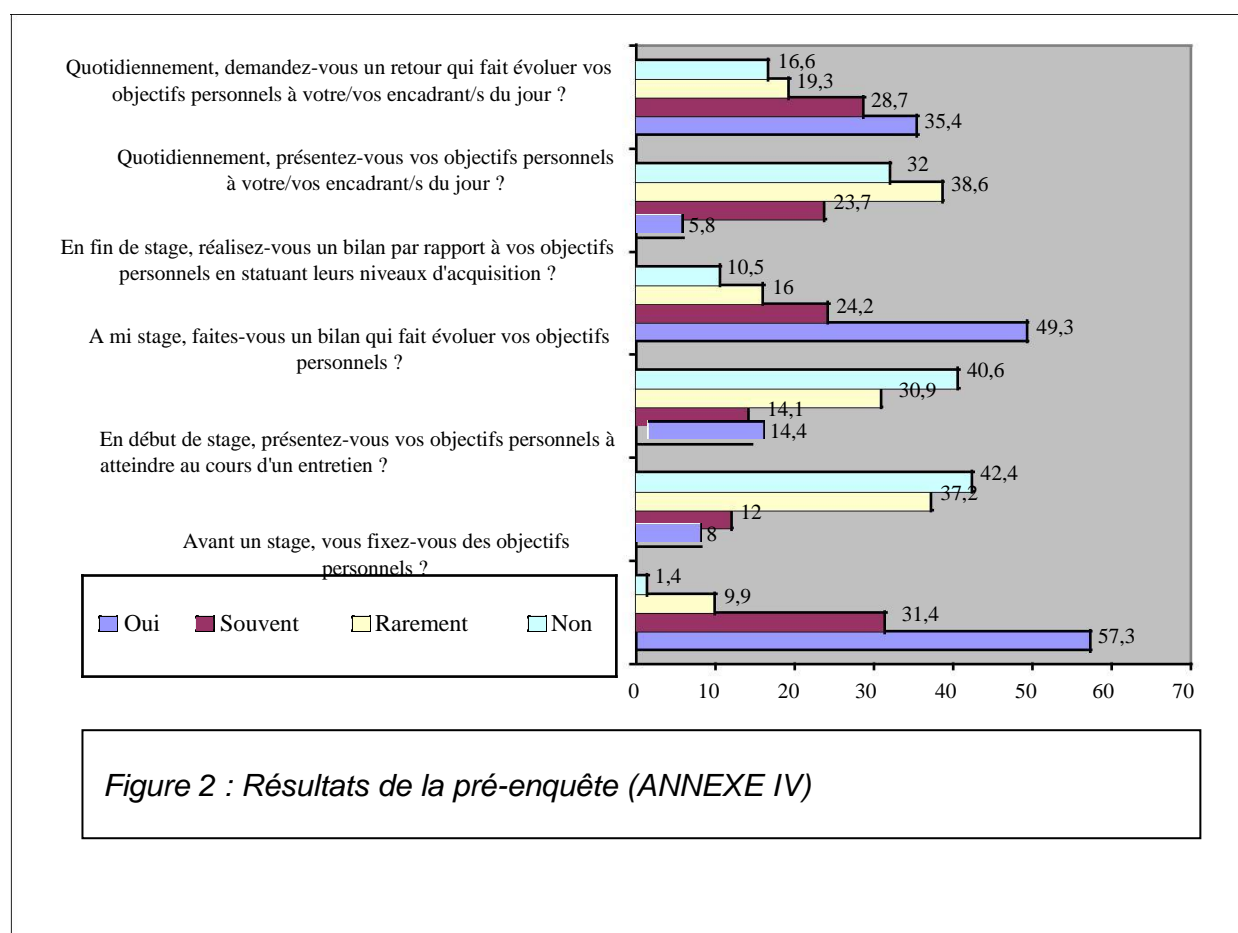
Une étude a déjà montré qu'une formation à la pédagogie auprès des professionnels améliore la qualité de l'encadrement fourni aux étudiants par les Sages-Femmes Cliniciennes (SFCl) via une meilleure supervision (19). Une autre étude portant sur les Rapports De Stage (RDS) dressait plusieurs constats, notamment que les professionnels sur le terrain ne sont pas à l'aise dans la posture d'évaluateur et se placent spontanément en accompagnateur tandis que les étudiants ne savent pas sur quoi ils sont évalués et peinent à mettre en œuvre une auto-évaluation, et ce d'autant si elle a été peu introduite (37). En revanche nous n'avons trouvé aucune publication sur la dynamique motivationnelle ou l'autorégulation des ESF comme facteur d'amélioration de l'apprentissage

Le positionnement de l'étudiant actif est donc influencé par des facteurs motivationnels au sein d'une formation régulée par des outils pédagogiques formalisant les objectifs et les acquisitions de compétences. Cette définition des concepts pédagogiques et cognitifs mis en jeu nous a poussés à étudier les mécanismes d'autorégulation des étudiants sages-femmes. Nous présentons dans la deuxième partie une méthodologie visant à comprendre ces mécanismes et à les améliorer.

2 Matériel et méthodes

2.1 Pré-enquête

Nous avons réalisé une pré-enquête quantitative dont l'objectif était d'évaluer le niveau d'utilisation des objectifs pédagogiques par les ESF de France. Nous avons réalisé un questionnaire informatisé de 6 questions (Annexe IV), via le site Google forms. Ce questionnaire a ensuite été diffusé par l'intermédiaire des 33 associations adhérentes à l'ANESF. Nous avons obtenus 363 réponses d'ESF inscrits en France. Les résultats de la pré-enquête sont présentés dans la figure 2.



Nous avons donc constaté que sur nos 363 répondants; 42,3% ne se fixent pas systématiquement d'objectifs personnels. Pour ce qui est de la présentation des objectifs personnels, seuls 20,4% les présentent lors d'un entretien de début de stage systématiquement à souvent, et seulement 29,5% quotidiennement. Ce sont donc 42,4% et 32% qui ne présentent jamais leurs objectifs respectivement en début de stage et quotidiennement.

Le bilan de mi-stage est plutôt peu réalisé (14,4% systématiquement, 14,1% souvent, 30,9% rarement et 40,6% jamais).

Enfin pour les feedbacks d'apprentissage, les bilans sont réalisés plus systématiquement : 49,3% d'étudiants déclarent réaliser systématiquement un entretien de fin de stage et 35,4% effectuent des bilans quotidiens. Mais ces chiffres, bien que supérieurs aux autres éléments, sont frappants par leurs taux relativement faibles comparé à ce qui devrait théoriquement être fait. Plus de 10% et 16% estiment ne jamais faire de bilan respectivement en fin de stage ou quotidiennement.

C'est ce constat de la manifeste mauvaise utilisation des objectifs par les ESF qui nous a amené à nous intéresser plus spécifiquement aux outils de stage utilisés en IDF (le contenu de ces outils que sont le Carnet de Stage (Annexe II) l'Appréciation de Stage (Annexe III) est expliqué en détail dans l'Annexe I) pour poser ensuite notre problématique et nos hypothèses (partie 2.2.).

2.2 Objectifs et hypothèses

L'objectif de l'étude est de recueillir les mécanismes d'autorégulation des ESF en stage clinique et de produire des propositions de stratégies favorisant leur acquisition de compétences par une meilleure autorégulation.

La problématique de l'étude est « Comment favoriser un apprentissage autorégulé des étudiants sages-femmes pendant leurs stages cliniques ? »

Hypothèse 1: En améliorant leur utilisation du carnet de stage.

Hypothèse 2: En améliorant leur utilisation du rapport de stage.

Hypothèse 3: Des freins à l'autorégulation persisteront malgré les modifications d'utilisation.

2.3 Type d'étude

Nous avons réalisé une recherche-action en deux temps d'entretiens individuels semi-directifs. Notre support de travail était les outils de stage (rapport et carnet de stage) car ils sont les moyens communs sur l'Ile de France utilisés par la triade pédagogique pour investir en pratique les objectifs pédagogiques (qu'ils soient institutionnels ou personnels).

Le protocole visait à provoquer un processus réflexif (par le questionnement, puis la discussion autour d'une fiche action proposée) et observer si l'utilisation des outils pédagogiques en était améliorée. Nous développons plus loin le détail du déroulement de l'étude et des outils méthodologiques.

2.4 Participants

Les participants à l'enquête sont des ESF inscrits sur l'année scolaire 2018-2019 en deuxième cycle d'études de sages-femmes. Les étudiants en Sma5 de l'UVSQ ont été exclus de l'étude du fait de la situation de l'ESF qui menait l'enquête.

Nous avons choisis les étudiants d>IDF étant donné que les outils de stage ont été harmonisés depuis plusieurs années : le support de travail était donc le même dans le groupe d'interviewés.

Nous avons choisi les étudiants en deuxième cycle avec l'idée que ces étudiants ont une expérience des stages cliniques, de situations d'encadrements favorables et difficiles, ont un bagage et un profil d'autorégulation qui leur est propre et qui s'est déjà développé pendant leurs études. En somme, nous estimions que ces étudiants étaient plus à même d'être déjà réflexifs et pro-actifs que des étudiants de premier cycle. Le deuxième cycle correspond au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa) et s'étend sur deux années (DFASMa1 et DFASMa2) de formation au cours desquelles les étudiants sont en stage pendant 6 mois en discontinu.

Nous avons diffusé un message de recrutement via les associations des 4 écoles de sage-femme franciliennes (Paris Saint Antoine [PSA], Paris Baudelocque [PB], Paris Foch [PF] et l'Université de Versailles St-Quentin en Yvelines [UVSQ]). Les étudiants qui nous contactaient recevaient un deuxième message permettant de fixer les dates des entretiens.

Nous avons recruté 11 sujets, tous en deuxième cycle d'étude de maïeutique inscrits en IDF sur l'année scolaire 2018-2019. Parmi eux : 1 individu de sexe masculin ; 3 ESF issus de l'UVSQ, 2 ESF issus de PB, 3 ESF issus de PSA et 3 ESF issus de PF ; 9 étudiants étaient en DFASMa 1 et 2 en DFASMa 2.

2.5 Déroulement de l'étude et outils méthodologiques

2.5.1 Les entretiens à T0

L'objectif de la première rencontre était de comprendre finement les processus d'utilisation des objectifs de stage par les étudiants sages-femmes en dépistant les stratégies d'autorégulation et les freins préexistants. Une fois l'entretien terminé, nous proposons à l'étudiant interrogé des pistes de stratégies et actions à mettre en œuvre.

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs. Un guide d'entretien a été rédigé à partir des notions de pédagogie de la littérature et des résultats de la pré-enquête (Annexe IV). L'entretien a été testé auprès de 3 étudiantes en Sma5 à l'UVSQ, ce qui nous a permis d'adapter la tournure des phrases, de formuler de nouvelles questions ainsi que de travailler la posture d'interviewer.

La grille d'entretien T0 contenait 14 questions ouvertes principales et plusieurs items de relances permettant de recouvrir tous les sujets relatifs à l'étude. Les sujets abordés sont la connaissance des objectifs pédagogiques, l'utilisation des outils pédagogiques et la satisfaction des étudiants, la relation encadrant-encadré, les stratégies d'autorégulation mises en œuvre et les difficultés rencontrées (Annexe V).

2.5.2 La fiche action

Une fois l'entretien terminé, nous présentons la démarche de l'étude à l'interviewé et lui proposons des stratégies à mettre en œuvre lors de son prochain stage. A cette fin nous utilisons une fiche action qui reprend des propositions d'actions concrètes sur l'autorégulation triées par catégorie : communication avec les cadres, les professionnels encadrants, les référents pédagogiques, et utilisation des outils carnets et appréciations de stage (Annexe VI). Le but était de provoquer un processus réflexif de l'étudiant sur ses

pratiques d'étudiant actif. Cette fiche action a été élaborée par l'étudiante réalisant l'étude et la directrice de ce mémoire, sage-femme enseignante (SFE) à l'UVSQ.

Enfin nous donnions rendez-vous à l'interviewé après la prochaine période complète de stage pour un deuxième entretien individuel.

2.5.3 Les entretiens à T1

L'objectif de la deuxième rencontre était de comparer les stratégies et leurs effets de l'utilisation des objectifs de stage après le processus réflexif et une période complète de stage (arrivée, déroulement et clôture du stage). Nous leur demandions de rapporter la fiche action ainsi que les outils (rapport et carnet) de stage qu'ils avaient utilisé sur la période de stage entre les deux entretiens. Pour cela, nous avons élaboré une deuxième grille d'entretien semi-directive en trois temps : 7 questions générales sur l'avant-après concernant leur autorégulation, leur positionnement et leur perception des outils de stage. Ensuite 2 séries de 6 questions que nous posions en demandant aux étudiants de parcourir les outils de stage qu'ils avaient utilisé depuis le premier entretien, et qui portaient sur les modifications d'utilisations et difficultés concrètes rencontrées. L'entretien T1 comprenait donc au total 19 questions (Annexe VII).

2.6 Variables retenues

Le premier entretien T0 visait à contextualiser l'utilisation des objectifs de stages par l'étudiant et à introduire de la réflexivité quant à sa pratique d'apprenant actif. Le deuxième entretien T1 visait à faire un bilan de la mise en œuvre de stratégies autour des outils de stage et à échanger sur les effets de ces stratégies.

Nous avons conservé des citations marquantes sur les modifications réalisées par les étudiants sur leurs pratiques, ainsi que sur les freins qui ont persisté et qui n'ont pas été résolus : nous n'avons donc cité dans nos résultats que des extraits des deuxièmes entretiens, hormis quelques éléments brefs assez marquants pour décrire les situations initiales.

Pour la première hypothèse, nous avons retenu comme variables la modification de l'utilisation concernant les objectifs institutionnels, la grille d'autoévaluation, le décompte des actes, le bilan semestriel.

Pour la deuxième hypothèse, nous avons retenu comme variables la modification de l'utilisation concernant le bilan de début de stage, le suivi quotidien, le bilan de mi-stage, le bilan de fin de stage.

Pour la troisième hypothèse, nous avons cherché les mentions faites de la persistance des freins suivants : désintérêt des professionnels, manque de valorisation de l'auto-évaluation, charge mentale et manque de motivation, manque de formation, organisation du stage et manque de temps, formulation et mise en page des outils, mode d'évaluation inadaptée.

2.7 Stratégie d'analyse

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés. Ils duraient entre 45 et 85 minutes pour les T0 et entre 23 et 73 minutes pour T1. Pour chaque étudiant, une lettre de l'alphabet a été associée à ses deux entretiens afin de les traiter en double-individuel (c'est à dire que nous regroupions les deux entretiens d'un même étudiant pour les traiter ensemble). Une extraction des verbatim par thème a été effectuée, ce qui nous a permis de dégager les variables retenues. Enfin nous avons analysés thème par thème et présentés les résultats en les discutant et les comparant avec les données de la littérature, en traitant les trois hypothèses successivement.

2.8 Considérations éthiques et réglementaires

Lors des entretiens, nous demandions aux sujets s'ils acceptaient d'être enregistrés. Tous les entretiens retranscrits ont été anonymisés. Les entretiens se déroulant dans des lieux neutres, publics, nous n'avons pas eu besoin d'autorisations spécifiques pour les réaliser. A la fin de l'analyse, les enregistrements ont été détruits. Nous avons exclus les Sma5 de l'UVSQ car l'enquêtrice fait partie de cette promotion ce qui posait un problème éthique de confidentialité. L'étudiante qui a réalisé cette enquête signale un conflit d'intérêt puisqu'elle a participé à la rédaction de la contribution de la commission des questions sociales de l'ANESF qui est citée dans la bibliographie (38).

3 Résultats

3.1 Hypothèse 1 : Modification de l'utilisation du carnet de stage

Dans cette partie nous allons étudier les résultats des variables retenues concernant l'utilisation du carnet de stage. Nous allons donc successivement aborder le niveau d'utilisation initial des étudiants ainsi que les modifications d'utilisation déclarées concernant : les objectifs institutionnels, la grille d'auto-évaluation, le décompte des actes et le bilan semestriel. Enfin nous concluons sur le résultat global de l'hypothèse 1.

3.1.1 Les objectifs institutionnels

Plusieurs ESF ont déclaré dès le premier entretien utiliser cette page pour trouver et choisir leurs objectifs personnels de stage et pour connaître le niveau attendu dans leur année de formation. En revanche, d'autres ESF ont signalé qu'ils ne connaissaient pas leurs objectifs institutionnels, et/ou qu'ils ne lisaient pas voire ne connaissaient pas cette page du carnet de stage.

Les ESF signalent également que les SFCl ne connaissent pas les objectifs institutionnels, cela étant dit aucune ESF n'a signalé présenter ce document aux SFCl; certaines ESF l'emmènent avec elles en stage mais peu l'y utilisent.

Plusieurs modifications ont pu être observées concernant l'utilisation de la page "objectifs institutionnels" du carnet de stage au cours du deuxième entretien.

Nous commencerons par parler de l'étape initiale de lecture, de prise de connaissance des objectifs institutionnels. Voici une citation très parlante d'une étudiante (K) :

« les objectifs de stage que en fait j'avais jamais lu! (...) j'ai pris chaque ligne et j'me suis dit , bon bah ça, est-ce que j'sais faire ça, où est-ce que j'en suis, ça en M1 à la fin de l'année ça doit être acquis, bah moi j'en suis où ?.. pour ça ça m'a vraiment aidé le carnet de stage. »

Cet étudiant fait partie de ceux qui n'avaient simplement jamais utilisé cette partie du carnet de stage et qui ont commencé pendant notre enquête. Les effets obtenus par cette modification ont été divers, ce que nous allons illustrer ci-après.

L'étudiante B nous dit :

« ça (elle montre la liste des objectifs de stage en pernatal) j'avais vraiment lu plus attentivement avant d'aller en stage, (...) c'est des points quand même assez précis, j'ai quand même une vision plus globale de mon stage, je pense (...) que ça a été plus rentable ».

La lecture des objectifs lui a permis de mieux prendre en main le stage et ses objectifs afin de se fixer des priorités, mieux communiquer avec les professionnels et percevoir son évolution.

L'étudiant C déclare : *« ça m'a donné plus d'idée, et en plus ça m'a fait parfois penser à certaines choses que, .. auxquelles j'aurais pu ne pas pas penser avant »*. Dans son cas (qui n'est pas un cas isolé) le carnet de stage a permis, non seulement de se fixer des priorités, mais également de s'ouvrir à d'autres objectifs qu'elle ne connaissait pas et ne se serait pas fixée sans.

Enfin, l'étudiant D déclare :

« moi j'avais un peu la pression j'me suis dit arrivé en sma5, tout doit être acquis limite" (...) j'me suis rendu compte qu'il y avait encore plein de ECA en sma5 (...) j'ai essayé de me fixer des objectifs plus en lien avec l'année où je suis, (...) et euh mis moins de pression sur les objectifs. »

Au total, nous dénombrons 5 ESF ayant modifié leur lecture de la liste d'objectifs institutionnels.

Mais certains étudiants ont modifié leur pratique autrement que par la lecture de la liste. En effet, l'étudiant I déclare :

« J'ai laissé mon carnet toujours sur le bureau, ouvert. (...) elles feuilletaient, elles regardaient (...) elles se sont dit : oh bah tiens en sma3 maintenant vous faites ça, (...) au moins elle voient vraiment où t'en es dans ta formation, voilà parce que y en a qui attendent beaucoup plus de toi, d'autres euh qui pensent que t'es nulle quoi. donc euh je trouve que c'était bien ! ».

Le CDS, a permis, par l'action de l'étudiant (qui l'a laissé à disposition des SF de son propre chef) d'améliorer la connaissance des objectifs des professionnels. Cela a permis de mieux cadrer les attentes envers les étudiants et de pallier au manque de connaissances du parcours de formation et du niveau institutionnel des années de formation qui était constaté dans des études antérieures (33, 37).

Ainsi **les étudiants ont réussi à modifier leur utilisation de cette grille d'objectifs**:

- lecture attentive de la grille qui a permis de mieux se fixer des **objectifs personnels**, d'en découvrir de nouveaux, de mieux **appréhender le stage et les attendus** selon le niveau de formation, ainsi que d'améliorer **la communication aux professionnels**.
- mise à disposition dans les postes de soin qui a permis aux professionnels de mieux s'approprier les objectifs selon l'année de formation de l'étudiant.

3.1.2 La grille d'auto-évaluation

Le niveau de départ d'utilisation de cette grille était très variable. Pour les étudiants l'utilisant le "mieux", certains déclarent le remplir sur les temps de pause de leurs stages; d'autres déclarent que c'est un outil permettant d'objectiver leur progression au cours du remplissage réalisé peu de temps avant un rendez-vous avec une SFE référente pédagogique.

Cependant la plupart des étudiants décrivaient plutôt utiliser cette grille machinalement, juste avant le rendez-vous pédagogique. Certains signalent même que l'outil n'étant pas réinvesti avec une SFE, ils ne le remplissaient tout simplement pas. Beaucoup décrivaient un besoin d'accompagnement dans l'utilisation de cet outil.

Des modifications ont néanmoins été obtenues par certains ESF.

L'étudiante A déclare :

« je prends plus de temps à lire (...) et à me dire ça ça passe en premier, qu'est-ce que je mets là ? je [ne] le fais plus euh juste pour remplir et voilà quoi. (...) bah ça m'a apporté ça pousse à la responsabilité de l'étudiante pour sa progression ».

La modification ici n'est pas sur l'action en elle-même mais sur la perception de l'action : l'étudiant est passé d'un remplissage systématique perçu comme un poids à une tâche réflexive qu'il a réellement investi et perçu comme bénéfique.

Par ailleurs, l'étudiante B déclare :

« j'ai du mal à m'autoévaluer (...) j'ose jamais mettre mes croix dans "maîtrisé". mais par contre avant je mettais que là là (elle montre la case "réalisé sous guidance") et là je me suis dit bon allez, "fait avec étayage" ».

Cet étudiant avait manifestement tendance à se sous-estimer, il a changé sa vision de cet outil qui est devenu non plus une grille sanctionnante mais bien un outil de mesure de son évolution.

Concernant les moments d'auto-évaluation, nous avons observé des modifications pour l'étudiant C : « *Je me réévalue limite à ma troisième garde, ça c'est pas maîtrisé donc en gros faut que je me fixe là dessus* ». L'étudiante a utilisé la grille en cours de stage (et non pas forcément juste avant un rendez-vous pédagogique) ce qui lui a permis de ré-axer, réorienter ses objectifs de stage. De même pour l'étudiante J :

« En fait je me suis fait un bilan de mi stage toute seule ; où est-ce que je me situe et du coup comment exploiter ma fin de stage pour euh pour être au max pour ma progression quoi »

Il a en plus utilisé cette grille en parallèle du bilan de mi-stage pour s'aider à le réaliser.

Ainsi des modifications d'utilisations ont été obtenues concernant la grille d'auto-évaluation :

- perception de l'outil rendant les étudiants plus attentifs à son utilisation, plus honnêtes, et plus constructifs : la grille était vraiment utilisée comme un **outil d'auto-évaluation pour réguler leurs objectifs et leurs stages**.
- moment d'utilisation : au fil du stage plutôt qu'en dehors, ou avant un rendez-vous pédagogique.

3.1.3 Le décompte des actes

Les ESF ne l'utilisent pas ou l'utilisent de manière biaisée : comptent une moyenne ou font « *au pif* ». Certains déclarent ne pas l'utiliser car les SFE ne les réclament pas ou encore car selon eux le nombre d'actes réalisés n'est pas un reflet du niveau d'acquisition.

Aucun ESF n'a déclaré de modification de l'utilisation du décompte des actes du CDS.

3.1.4 Le bilan semestriel

La perception de cet outil est variable : l'utilisation en est soit appréciée car permet de faire un bilan de son semestre, soit est perçue comme une obligation dont l'utilité n'est pas comprise. La partie réservée pour la SFE est perçue par certains ESF comme une répétition brute de ce qu'ils avaient déjà rédigé.

Aucun ESF n'a déclaré de modification de l'utilisation du bilan semestriel du CDS.

3.1.5 Résultat hypothèse 1

Sur les différentes parties du carnet de stage, nous dénombrons au final 5 étudiants qui ont modifié leurs utilisations.

Ces modifications portent sur l'utilisation de **la liste d'objectifs institutionnels** : **lecture attentive**, en lien avec le stage à venir, ainsi **qu'utilisation sur le terrain de stage** pour une présentation aux professionnels. Pour la **grille d'auto-évaluation**, c'est une modification de **la perception de l'outil** qui a permis une utilisation différente : plus **en amont des rendez vous** pour faire de vraies auto évaluations, ainsi que **pendant les temps calmes des stages**. Notons que plusieurs étudiants ont modifié leur utilisation du carnet de stage en **l'utilisant conjointement avec l'appréciation de stage**, notamment le bilan de mi-stage, ce qui a rendu l'utilisation plus pertinente d'après eux.

Même si le décompte des actes et le bilan semestriel n'ont été utilisés différemment par aucun étudiant, **cette première hypothèse est validée** au regard des éléments déjà expliqués concernant les objectifs institutionnels et la grille d'autoévaluation.

3.2 Hypothèse 2 : Modification de l'utilisation de l'appréciation de stage

Dans cette partie nous allons étudier les résultats des variables retenues concernant l'utilisation de l'appréciation de stage. Nous allons donc successivement aborder le niveau d'utilisation initial des étudiants ainsi que les modifications d'utilisation déclarées concernant : le constat de début de stage, le suivi quotidien, le bilan de mi-stage et le bilan de fin de stage. Enfin nous concluerons sur le résultat global de l'hypothèse 2.

3.2.1 Constat de début de stage

Les pratiques étaient très variables dans le groupe d'étudiants. En effet, ils ne remplissent pas tous cette case avant le début du stage, certains déclarent le faire la veille, vite fait, « à l'arrache ». Cette case est parfois remplie uniquement si un entretien est prévu, ou « au cas où » quelqu'un irait regarder, ou encore « pour faire plaisir à l'école ». Certains ESF expliquent encore qu'ils se font un bilan et se fixent des objectifs mais ne le mettent pas forcément par écrit sur ce rapport.

Concernant la méthodologie pour remplir ce rapport, les pratiques variaient également : à partir de leurs rapports de stage précédent, des retours des professionnels, des notions abordées en cours, des conseils des SFE. Les ESF, inconsciemment, mettent donc en oeuvre un transfert de connaissances car ils perçoivent des liens entre les notions abordées en théorie et les situations rencontrées en pratique, ainsi qu'entre plusieurs situations pratiques isomorphes (4). Certains déclarent encore ne pas faire pareil selon le terrain de stage, mais pas pour les mêmes raisons. Ils peuvent avoir plus de difficulté si le stage concerné est une première expérience (Protection Maternelle Infantile [PMI], Explorations Fonctionnelles [EF]), dans ce cas ils ne savent pas quoi mettre car ils ne le connaissent pas; ou si c'est un terrain très souvent pratiqué (Suites De Couches [SDC]) car dans ce cas ils ne savent 'plus' quoi mettre, considérant que tout est acquis.

Enfin, peu d'étudiants déclarent réaliser un entretien de début de stage et parmi ceux qui le font, moins encore abordent leurs objectifs durant cet entretien. Ils sont victimes de difficultés similaires à ceux observés dans l'enquête de PALEC-BAHU : peur, manque de temps, sentiment d'être un fardeau pour les professionnels (36). Ils expriment également prioriser les aspects pratiques du stage (horaires, déroulement...) et ne veulent pas « abuser » du temps des coordinateurs. Nous avons noté qu'un ESF sollicite la coordinatrice de ses stages par mail ce qui lui permet de savoir à l'avance si ce professionnel référent l'accompagnera sur le plan pédagogique en début de stage. Pour ce qui est de la communication des objectifs auprès des SFCl, les ESF ont là encore des pratiques très variables : certains affirment présenter spontanément et systématiquement leurs objectifs à chaque nouveau professionnel, d'autres estiment que le contexte ne permet pas toujours cette présentation. Certains étudiants déclarent les présenter selon la relation qui se crée avec la SFCl, d'autres encore n'abordent ce sujet que si c'est la SFCl qui l'engage. Là encore les

freins sont similaires à ceux de la littérature : peur, manque de temps, sentiment d'être un poids (36,19). Plusieurs étudiants admettent que cette case n'est pas réutilisée pendant leurs stages : ils ne s'y réfèrent pas spontanément, voire elle n'est pas lue par les professionnels. Ce dernier élément entre en contradiction avec l'enquête de FOURNIER qui observait que les sages-femmes s'inspiraient des appréciations précédentes pour écrire la leur (37).

Nous pensons que l'absence de référent n'aide pas les étudiants à se forcer à faire ce bilan, en effet l'étudiante C raconte :

« la sage-femme qui était en train d'écrire et en fait elle a tourné la feuille pour voir mes objectifs, et y avait rien noté (rires), je me suis sentie con (...) après j'ai fais toutes les démarches et tout, même si y avait pas de rendez vous avec la cadre. Et ça m'a tilté le fait que elle elle regarde. et là je me suis dit putain elle s'intéresse à ça alors que parfois elle s'intéresse pas »

Néanmoins, 2 ESF ont réussi à obtenir un professionnel référent : *« j'avais un planning en fait donc j'ai vite regardé quel jour correspondait à qui et j'ai vu que, 75% du temps c'était avec elle donc je lui ai dit d'emblée »*. Cela leur a permis pour la suite d'avoir un vrai suivi : *« je pense que j'aurais pas pensé à faire un point avec elle si je m'étais pas dit entre guillemet ça va être ma sage-femme référent quoi »*.

Une des ESF (H) qui avait déclaré remplir ce rapport de stage par obligation a modifié sa perception:

« je pouvais vraiment me fixer des objectifs et le fait d'en parler avec la sage-femme avant, ça a permis de chaque jour avoir un objectif spécifique. Donc Voilà j'ai essayé de changer ça et à chaud là ça a marché. »

Elle résume la situation ainsi :

« je t'avais dit au premier entretien c'était vraiment remplir la feuille pour remplir la feuille pour la rendre remplie. Alors que maintenant je la remplis pour moi, pour le montrer à la sage femme et pour qu'elle ait, qu'elle ait quand même une trace écrite de mes objectifs et qu'elle puisse les prendre en compte pour l'évaluation de la fin de journée, maintenant je le fais c'est plus pour moi, mais aussi pour la sage femme.»

Cet étudiant a donc essayé de changer sa pratique pour devenir réellement acteur de son stage en proposant au professionnel d'utiliser conjointement le rapport de stage. Ils ont ainsi pu se fixer un vrai contrat pédagogique, et l'étudiant a perçu ce changement comme bénéfique pour sa progression. Ces données laissent à penser qu'assortir systématiquement à

un étudiant un tuteur ou maître de stage clinicien sur le terrain facilite la prise en main des objectifs du stage par l'étudiant.

Des modifications sur la réalisation ont été observés. Sur le moment de faire ce bilan de début de stage par exemple, l'étudiant A déclare : *« j'avais déjà écrit un peu en avance un peu plus mes objectifs, du coup un peu moins la veille au soir, j'ai bien regardé j'avais mis les croix là où je voulais vraiment insister, donc j'en ai parlé au début (du rapport) de ça »*. Ici, non seulement le bilan de début de stage a été rempli à tête reposée mais a en plus été rempli en co-utilisation de la liste des objectifs du carnet de stage. L'étudiant C constate également :

« à la fin de chaque stage, je me rappelle qu'il faut prendre un rendez vous pédagogique avec ma référente de stage; qu'il faut absolument la feuille et qu'il faut que je remplisse mon carnet ou je m'auto évalue sauf que je le fais qu'à la fin et là c'est vrai que ça a changé ça ».

Dans un autre cas, l'ESF C avait déjà démarré son stage *« on verra ce qui se passe on verra ce qu'il y aura et voilà un peu j'apprends à tâter le terrain parce que je connaissais pas la salle de naissance où j'allais, donc je tâte le terrain j'apprends comment se passe l'organisation euh je suis des patientes on verra quoi en gros c'était un peu ça »*. Elle explique qu'elle a réalisé ce bilan :

« au bout vraiment je crois de la troisième garde (...) je pensais qu'il manquait quelque chose, je commençais à m'embrouiller (...) j'ai commencé à me dire attends là t'es en niveau trois qu'est-ce qui te manque à faire, qu'est-ce qu'il faudrait que tu fasses, et c'est là où j'ai pu prendre ta feuille et j'ai lu des trucs et j'ai mis par écrit pour de vrai, »

Sur la méthodologie pure, le même étudiant A nous déclare :

« par exemple en salle de naissance on a des objectifs sur une année, et qu'au deuxième et au troisième stage t'arrives et t'as pas réussi à les remplir peut être mettre une couleur rouge pour dire ça c'est à faire ça ! sans trop te stresser mais pour faire prendre conscience »

Pour 6 étudiants, le fait d'avoir mieux réalisé ce bilan de début de stage a eu des effets positifs sur le stage, ce qu'exprime A :

« quand tu t'es vraiment posé forcément la question qu'est-ce que tu veux apprendre sur ce stage là ? bah t'as plus l'oeil dès qu'il y a un cas que ta patiente ressemble à ce que tu cherches, si t'as déjà présenté une fois tes objectifs, la sage femme va plus te laisser y aller »

Ce sentiment est retrouvé chez tous ces étudiants : ils étaient plus alertes sur les situations à saisir, ils se sentaient plus légitimes pour communiquer leurs objectifs aux SF, et ils ont senti leurs demandes mieux accueillies, comme le dit J : *« ça leur montrait à elle que moi j'étais volontaire et que je voulais progresser et du coup elles étaient plus dans l'optique bah de m'aider et on va faire ce qu'on peut pour l'aider du coup j'ai vachement apprécié »*. Citons encore B *« ça m'a permis de trouver des pistes pour vaincre ma propre timidité (...) j'arrivais mieux à le tourner genre : c'est mon objectif »* ou encore C *« alors que là le fait de plus me concentrer sur "ah j'ai pas fait ça ça ça ça", je me suis dit nan tu choppes l'occasion maintenant et t'attends pas (...) ça m'a plus confrontée à la réalité de dire j'ai toujours pas fait ça, faut qu'j'me lance. Plus me lancer, plus vite »*. Les situations se sont ouvertes aux ESF : E *« elles font plus facilement confiance elles sont moins à vérifier tout. »*. De plus, cette meilleure préparation en amont du stage, cette étape de se fixer des objectifs est aussi un facteur "protecteur" contre le risque de dépasser ses compétences en n'osant pas dire « Je ne sais pas faire » (E):

« Je me fais plus violence pour... je suis très timide en stage, mais euh pour dire ça je veux le faire, je dis plus , quand je sens que j'ai trop de patientes je dirais plus facilement non alors qu'avant j'avais tendance à dire oui; je pense que je me fixe plus de limites aussi et plus de , je vois plus clair dans ce que je veux faire ».

Au total, **6 étudiants ont réussi à modifier l'utilisation du bilan de début de stage:**

- **insister pour avoir un "professionnel référent"** qui les a **accompagnés dans ce bilan de début** de stage et qui les a **suivis sur la suite**.
- **perception de l'outil** a permis une **meilleure réalisation** de celui-ci : mieux investir ce bilan, et le remplir plus **consciencieusement, en parallèle avec le carnet de stage**, en mettant des **couleurs pour identifier les priorités** etc...
- **positionnement des étudiants** : mieux réaliser ce bilan de début de stage équivalait à **mieux entrer et investir ce stage** ce qui a **augmenté la rentabilité du temps passé en stage**

3.2.2 Suivi quotidien

Plusieurs ESF décrivent le moment du suivi quotidien comme un moment de stress. Cela correspond parfaitement aux données de FOURNIER (37) ainsi qu'aux observations de l'EBE (32). Les pratiques varient autour de ce suivi : il s'accompagne parfois d'un débriefing oral beaucoup plus fourni ou au contraire d'une absence totale d'échange à ce sujet. La qualité de ce moment est de l'avis général fortement influencé par le niveau d'activité du service, LE PALEC BAHU faisait des observations similaires (36). Certains ESF expliquent prendre une certaine distance vis à vis de ce suivi quotidien. Selon eux, il peut ne pas être représentatif de leur niveau, être très vague ou imprécis, n'être pas une évaluation du niveau voire ponctuellement être une source de mal être par malveillance ou maladresse de l'encadrant. Ce sentiment fait écho à l'observation de FOURNIER : les professionnels ne se sentent pas évaluateurs mais accompagnateurs, leurs critères d'appréciation sont flous et variables, et les étudiants ne savent pas concrètement sur quoi ils sont évalués quotidiennement (37). En parallèle, plusieurs ESF déclarent s'autoévaluer quotidiennement mentalement, dans leur tête. FOURNIER constatait que les ESF avaient du mal à s'autoévaluer : dans son étude, la case vide d'auto-évaluation mettait mal à l'aise les ESF qui ne savaient pas exactement ce que les superviseurs attendent d'eux (37). Dans nos entretiens, il apparaît que les ESF, pour la plupart, ont besoin d'un avis, d'une confirmation de leurs autoévaluations par les SF qui les encadrent. Sur ce plan-là, beaucoup constatent que la case "axe d'amélioration" est rarement remplie. Un ESF note cependant ne pas avoir subi de "sanction" de l'institut de formation si des éléments étaient inscrits dans cette case d'axe d'amélioration.

A contrario, quelques ESF décrivent une facilité à aborder le suivi quotidien (notamment en l'abordant avant la fin de la journée) et affirment insister pour recevoir un feedback oral. D'autres ESF décrivent encore que certains cliniciens leur demandent une auto-évaluation orale afin de mieux orienter le débriefing.

Enfin, les ESF constatent que les SFCl lisent les commentaires des autres SF : certains interprètent cela comme une recherche d'inspiration, pour d'autres il s'agit d'une manière de mieux orienter le leur. Les ESF qui ont obtenu une affirmation de leur évolution via ce suivi quotidien et notamment via une différence écrite formellement d'une case à l'autre en retirent une satisfaction importante. C'est la notion du besoin fondamental d'estime de Maslow qui est retrouvée ici : ces

étudiants, ayant satisfait leur besoin de reconnaissance, peuvent atteindre le dernier niveau qui est celui de dépassement de soi et donc d'atteinte des objectifs (30).

Des modifications d'utilisations ont été obtenues par les ESF.

L'ESF B a rempli les cases d'axes d'amélioration en autonomie : *« j'avais aussi noté quelques petits trucs au crayon »*, ce qui a été bien accueilli par la SF coordinatrice: *« je ré-écrivais mes petits objectifs personnels et du coup elle a trouvé ça bien que je me fixe des « auto-objectifs » »*.

Certains ESF, qui n'ont pas mis cette action en œuvre, ont réussi à obtenir un feedback plus approfondi à l'oral après leur demande, ce que nous raconte (D): *« je crois pas qu'elles l'ont écrit je crois qu'elles me l'ont dit, la transmission s'est faite par oral »*, ou encore (H) qui explique que ce feedback oral se déroulait tout au long de la journée et réinvestissait la présentation de ses objectifs du matin :

« le midi elle se posait elle me disait alors ce matin on a fait ça, cet après-midi on va refaire ça toi tu veux faire ça, qu'est-ce que t'aimerais encore faire. Enfin le fait d'avoir parlé avant de mes objectifs elle était capable de m'orienter de me dire ok ça c'est un objectif que t'as plus besoin de travailler ça faut accentuer etc.... »

Au total, 3 ESF ont réussi à concrètement modifier l'utilisation de l'appréciation de stage au moment du suivi quotidien:

- La préparation en amont du constat de début de stage, et
- la discussion quotidienne sur le terrain ayant été plus investie, le **feedback oral a été de meilleure qualité.**

3.2.3 Bilan de mi-stage

Certains ESF estiment important de réaliser ce bilan pour réajuster la poursuite du stage et re-consultent leurs objectifs personnels à cette occasion. En revanche certains de ceux qui remplissent cette case seuls ne savent pas s'ils en ont le droit et en tirent une source de stress. D'autres ESF disent faire ce bilan dans leur tête et un ESF confiait qu'il était difficile de le réaliser car fatiguant mentalement.

Pour ce qui est de la réalisation effective du bilan de mi-stage, les pratiques sont très variables. Certains déclarent que ce bilan est fait *« en loosedé »*, beaucoup d'ESF affirment ne

jamais le réaliser, d'autres affirment ne pas en avoir besoin (car le suivi quotidien suffit, ou que les stages sont trop court pour faire un bilan à moitié). Enfin d'autres expliquent que le bilan n'est fait que si la SF coordinatrice insiste.

Des modifications d'utilisation ont été obtenues par les ESF.

Après le premier entretien, l'étudiante B a été plus sereine pour réaliser son bilan en autonomie :

« je me sentais coupable en fait de l'avoir fait toute seule (...) du coup comme on en a parlé, j'ai repris les points qu'on m'avait dit, j'ai repris les petits trucs et puis j'avais repris mes petites fiches en mode décontracté avec les fiches objectifs genre avec tous les commentaires ».

Deux étudiants qui déclarent ne jamais faire de bilan de mi stage l'ont en fait réalisé peu de temps après le début du stage : F *« J'ai reformulé mes objectifs après les 2 premiers jours de stage parce que en gros sur ce stage là j'ai eu 2 premières gardes ou j'ai galéré à mort, je comprenais pas pourquoi »*. Ces étudiants, spontanément, ont décelé d'eux même la nécessité de faire un bilan, et l'ont fait en autonomie pour mieux continuer. Enfin un étudiant (H) a partagé son bilan avec une encadrante alors qu'il avait l'habitude de le faire seul :

« d'habitude je faisais ça toute seule je vois qu'est-ce que moi j'ai trouvé de positif et qu'est-ce que je pourrais améliorer et là je me suis dit je vais me poser avec la sage-femme voir ce qu'elle a trouvé bien, ce qui était positif et ce qui est encore en cours d'amélioration. »

Au total on dénombre donc **4 étudiants qui ont modifié leurs utilisation du bilan de mi-stage** :

- auto-évaluation en constatant des difficultés, et baisse du stress à s'auto-évaluer,
- confrontation de l'auto-évaluation à l'avis d'un professionnel.

3.2.4 Bilan de fin de stage

Pour la plupart des ESF, le bilan de fin de stage n'est pas une évaluation de compétences. En outre ils pensent soit que la qualité et donc l'utilité de ce bilan est coordinatrice-dépendant, soit qu'il est difficile de savoir avec qui faire ce bilan : coordinatrice, dernier clinicien rencontré, clinicien le plus souvent rencontré ? Certains pensent qu'une coordinatrice n'est pas en position pour réaliser une validation d'acquisition,

que certaines coordinatrices n'attachent pas d'importance à ce bilan, que finalement le bilan n'est pas représentatif mais purement protocolaire.

En revanche, des ESF citent le débriefing avec une SFE comme le vrai moment utile pour conclure un stage, mais tous n'ont pas ou ne prennent pas de rendez-vous à cette fin.

Des modifications ont été obtenues à propos de ce bilan de fin de stage.

Un étudiant a constaté que le contenu du bilan a été précis et complet (B) :

« Elle reprend bien tous les trucs avec nous enfin elle était assez bien, (...) à chaque garde elle reprenait ; elle a vraiment fait un débriefe de tout le stage finit.. J'ai vraiment trouvé ça super quoi (...) bah je sais pas si ça vient d'elle ou de moi ouais ».

Cet étudiant avait fait son mi-stage en auto évaluation et complété elle-même les axes d'amélioration, et c'est le fait d'avoir une SF coordinatrice impliquée sur la référence des étudiants qui semblent avoir amélioré le contenu du bilan. D'autres ESF qui avaient une SF coordinatrice référente des étudiants n'ont pas tous trouvé que le discours en était vraiment amélioré.

En revanche, d'autres ESF ont choisi de demander à réaliser ce bilan avec une sage-femme clinicienne, ce qui a permis pour 3 d'entre elles de faire vraiment évoluer le rapport de stage, comme nous le raconte I : *« elle a relu tout depuis le début et en fonction de ce que j'avais fait pendant la semaine elle m'a noté elle m'a dit ce qui allait et c'qui allait pas ce qui était dans mes objectifs, est-ce que mes objectifs avaient été atteints, et ils étaient atteints. »*

Au total, **5 étudiant.e.s ont modifié leurs pratiques sur le bilan de fin de stage :**

- interlocuteur pour la réalisation du bilan
- bilan plus complet, précis, statuant le niveau d'acquisition des objectifs permis par une meilleure préparation des objectifs et une auto-évaluation régulière

3.2.5 Résultat hypothèse 2

Les modifications apportées ont été nombreuses : **moment et manière de faire un constat de début de stage, se forcer à mettre par écrit ses objectifs** ainsi que ses **auto-évaluations**, mais également **mieux communiquer et solliciter les professionnels pour**

obtenir un feedback de qualité sont les évolutions observées et ayant eu un impact sur la progression des étudiants concernés. Seuls 2 étudiant.e.s n'ont pas du tout modifié leurs pratiques d'utilisation du rapport de stage. **Nous validons donc cette hypothèse.**

3.3 Hypothèse 3 : Freins persistants malgré les modifications d'utilisation

Dans cette partie nous allons présenter les résultats des variables retenues pour l'hypothèse 3, à savoir : désintérêt des professionnels, manque de valorisation de l'auto-évaluation, charge mentale et manque de motivation, manque de formation, organisation du stage et manque de temps, formulation et mise en page des outils, mode d'évaluation inadaptée. Nous allons donc, au fil de catégories successives aborder les freins qui ont persisté, en distinguant ceux qui ont pu être résolus par d'autres ESF et ceux sur lesquels aucun ESF n'a pu avoir un impact. Enfin nous concluerons par le résultat global de l'hypothèse 3.

3.3.1 Aspects pratiques

Les modalités pratiques provoquent des freins qui ont été observés dans notre étude, ceux-ci portent notamment sur l'organisation du stage et la présentation des outils pédagogiques.

Les premiers freins qui apparaissent inaccessibles à l'action des étudiants concernent la pure logistique d'organisation du stage. Parfois les aléas du programme ou du service font que l'étudiant ne peut pas mettre en oeuvre toutes les actions d'auto-régulation. En témoigne par exemple l'étudiant J *«j'avais une cadre qui était ... euh enfin ... là la moitié de mon stage»*.

Il est intéressant de noter que si le manque de temps était souvent cité dans les premiers entretiens (ainsi que dans les études de notre recherche bibliographique), il n'est pas revenu dans les discours du deuxième entretien, même à la question *«penses-tu qu'il reste des freins sur lesquels les étudiants n'ont pas de moyen d'action»*. Il est possible que le manque de temps soit considéré comme une cause pour beaucoup d'étudiants mais que ce facteur s'estompe quand l'étudiant commence à être proactif et autonome : l'auto-régulation de l'étudiant semble donc être un "palliatif" au manque

de temps des professionnels qui n'ont pas de temps dégagé à l'encadrement. Cependant, les professionnels n'ont pas été interrogés dans notre étude, or dans la littérature ce sont souvent eux qui constatent que le manque de temps ne leur permet d'encadrer correctement les étudiants (33, 35, 37).

De plus, concernant le bilan de mi-stage, plusieurs ESF pensaient encore lors du deuxième entretien que la brièveté des stages (parfois seulement 9 gardes) ne permettaient et ne justifiaient pas de réaliser un entretien approfondi. Dans la littérature, quelle que soit la durée du stage, quasiment aucun bilan de mi-stage n'est réalisé (37).

Un autre aspect pratique des stages concerne la mise en page des outils, et notamment certaines formulations, etc.. Les étudiants ne sont pas à l'origine de l'élaboration des rapports de stage. Au même titre qu'inclure les retours de patients est pertinent pour améliorer une prise en charge, peut-être des travaux collaboratifs entre professionnels et étudiants permettraient-ils de pallier à ces éléments perçus comme freins en terme de présentation des outils pédagogiques.

Sur de la formulation pure, l'étudiant A témoigne « *parfois y a certains mots, dont on comprend pas forcément le sens qu'ils veulent y amener, et vu que t'es censé t'auto évaluer, bah si t'es pas en total accord avec ce que ça veut dire bah en fait tu sais pas quoi répondre* ». La préformation manque aux étudiants, qui n'ont manifestement pas assimilés les outils et qui auraient besoin de plus de présentation : en groupe ou en entretiens personnalisés.

Nous avons noté dans l'hypothèse 1 qu'aucun étudiant n'avait modifié son utilisation du décompte des actes. Arrêtons-nous sur cette situation de l'étudiant J :

« Je vois pas d'intérêt pédagogique à compter les actes. Ce qui serait intéressant c'est de se dire : épisio est-ce qu'en j'ai déjà fait ? Non parce que j'en ai pas vu, oui j'en ai vu mais j'en ai pas fait, oui j'en ai fait mais je me sens pas à l'aise, oui j'en ai fait et je me sens très à l'aise, et pas juste compter les actes ...c'est pas parce qu'on le fait beaucoup qu'on est à l'aise. »

Or, nous avons également constaté que beaucoup d'étudiants ont du mal à utiliser la grille d'auto-évaluation. Peut-être qu'un couplage de ce décompte des actes (à insérer dans l'appréciation de stage, par exemple, pour une actualisation quotidienne) à la grille d'auto-évaluation (pour des auto-évaluations plus espacées mais approfondies) permettrait de

faciliter l'utilisation de ces deux outils : atténuer leurs défauts mutuels en les rendant complémentaires.

Nous avons observé également un sentiment persistant de perception du rapport de stage « *sur le papier c'est.. pas un vrai constat de stage, c'est une fiche de présence, je trouve.* », Un autre étudiant parle du sentiment « *d'être fliqué* ». Ces témoignages viennent d'étudiants qui n'avaient pas modifié leurs utilisations du suivi quotidien ou des bilans de fin de stage. Nous pensons donc malgré tout que ce sentiment pourrait s'estomper avec plus de travail, et notamment un travail dans lequel serait intégré les professionnels, avec une revalorisation de l'étudiant et de sa place : qu'il y ait plus de cases réservées à l'étudiant dans le suivi du stage, pour le remettre dans un positionnement d'acteur et ne perçoive plus ça comme un moyen de surveillance.

3.3.2 Freins humains, relationnels

Malheureusement, quelques étudiants perçoivent encore que certains professionnels ne sont pas motivés par l'encadrement ce qui a forcément un impact sur la supervision et l'accompagnement des ESF. Ces témoignages concernent les professionnels cliniciens, coordinateurs mais également enseignants.

Les témoignages les plus nombreux concernaient les sages-femmes cliniciennes sur les terrains de stage. Sept étudiants nous en ont fait part, par exemple l'étudiante C qui déclare (par opposition aux sages-femmes impliquées dans l'accompagnement) :

« par contre si je sens que c'est la sage-femme braquée , critique qui pendant toute la garde limite elle t'écoute pas elle t'aide pas elle fait un peu comme si t'existais pas si je puis dire, euh ou alors elle t'utilise un peu pour faire ci pour faire ça, en gros se préoccupe pas trop de toi en tant qu'étudiante vraiment, et bah à ce moment-là c'est clair que limite j'ai presque pas envie de lui demander un feedback en fait ».

Il apparaît que le désintérêt du professionnel est un mur sur lequel se heurte la motivation de l'étudiant, or comme le traduit l'étudiant D :

« ça m'est arrivé que je dise je veux faire ça et la sage-femme dis «oui oui» et au final au fil de la garde elle me laisse pas faire ou alors elle a oublié. Donc non ça suffit pas faut que ça vienne des deux côtés je pense.».

Une relation d'encadrement efficace se base sur une collaboration entre les deux personnes. Il apparaît donc que le désintérêt du professionnel est un frein auquel l'étudiant n'a pas accès. La question qui se pose serait que le désintérêt des professionnels soit le fruit d'une expérience où les étudiants n'ont pas été acteurs et pro-actifs, ce qui a fait baisser la motivation des professionnels à s'impliquer dans l'encadrement. Pour répondre à cette question, une enquête similaire pourrait être tenue auprès des professionnels, le but étant de sortir de ce cercle vicieux.

En outre, pour prendre du recul sur sa progression, l'étudiant doit s'autoévaluer mais doit le faire au contact d'un professionnel. C'est ce qui est notamment attendu des relations avec les coordinatrices des services ainsi que des sages-femmes enseignantes. Nombreux d'ESF ressentaient un désintérêt de beaucoup de coordinatrices « *euh oui puis clairement je sentais qu'elle s'en foutait un peu quoi* ». Cependant, c'est une situation pour laquelle il existe une solution, qu'a trouvée par exemple l'étudiant I :

« La cadre en fait elle m'a pas vraiment vue, je lui ai demandé si je pouvais le faire avec la sage-femme que j'ai vu pratiquement tout mon stage et elle m'a dit oui ».

Là encore il apparaît comme facteur d'amélioration qu'un clinicien soit « attribué » comme référent du stage de l'étudiant. Ici, la mise en place est informelle. Probablement qu'une institutionnalisation de cette organisation améliorerait pour un grand nombre d'étudiants le suivi pédagogique d'un stage.

Enfin le cas des enseignants désintéressés s'observe également :

« Je pense qu'on l'utilise pas trop parce que y a pas de retour avec les profs, elles nous le donnent en début et de l'emmener quand on les voit, mais elles regardent pas ce qu'il y a dedans elles disent bah vous êtes libres... ».

Ceci faisant baisser encore une fois la motivation étudiante :

« j'ai l'impression qu'ils les lisent pas en fait (...) elles nous connaissent pas trop, euh d'un point de vue professionnel, compétences et professionnel (...) parce que voilà c'est bien que nous on se fixe nos objectifs mais si eux derrière ils peuvent peut être les relire et nous dire bah essaye de faire ça en plus etc.... ça pourrait nous aider. ».

Non seulement il est difficile pour ces étudiants de percevoir l'utilité de bien utiliser ses outils de stage car les professionnels semblent ne pas s'y intéresser, mais surtout les

étudiants expriment un besoin de la confrontation aux professionnels car ils ne pensent pas être légitimes dans leur autoévaluation. Cela reste un frein sur lesquels l'étudiant peut ne pas avoir de moyen d'action. Un des interviewés témoigne en effet qu'après un stage compliqué et un bilan de fin de stage notant des difficultés, il n'a pas obtenu de débriefing avec une sage-femme enseignante : « *elle m'a dit " ooh la la mais vous savez tout ça c'est subjectif hein ! et elle a regardé vite fait genre Cool Raoul,... et j'étais genre... Bon ... Alors que pour le coup là j'ai formulé une demande et tout ».*

3.3.3 Manque de formation

Le manque de formation ressort souvent comme frein à l'utilisation correcte des outils pédagogiques, et ce manque concerne les professionnels (cliniciens et coordinateurs pour la plupart) tout autant que les étudiants.

Des étudiants déplorent ne pas avoir été assez accompagnés dans la prise en main de ces outils. Il y a peut-être un biais de mémoire, comme le dit A « *après je saurais pas dire si vraiment on nous a briefé sur ça en sma2 et que moi j'ai pas été attentive à ce discours-là! Sur ça vraiment je sais pas* ». Néanmoins ce sentiment revenait régulièrement dans les deuxièmes entretiens sur le pourquoi de la mauvaise utilisation: « *parce que c'est pas bien expliqué* » ou encore : « *mais oui c'est un travail ! C'est un travail donc faut nous dire qu'il faut le faire ouais que c'est important. C'est pour nous ! (...) faut nous répéter que voilà, c'est très important* ». La prise en main des outils et l'apprentissage à l'autorégulation sont deux facettes d'une même notion de promotion de la culture de la pédagogie, or le pilier qu'est la pré-formation ne semble pas suffisamment mis en œuvre auprès des étudiants.

En miroir de ce sentiment d'incompréhension et de méconnaissance des outils dû à un manque de formation, les étudiants perçoivent également des déficits de formation des professionnels quant à l'utilisation des outils : « *elles me disent : bon bah ça c'est en cours d'acquisition mais je vais pas te le marquer. Sauf qu'en fait j'ai envie de te dire si c'est en cours d'acquisition tu dois le marquer... ça va pas me pénaliser !* ». Plusieurs étudiants ont constaté que malgré leur demande de remplir la case "axe d'amélioration", les professionnels s'y refusaient car pensaient que cela n'était pas nécessaire ou risquait de les pénaliser : « *je lui ai dit : tiens ça tu pourrais l'écrire machin" elle avait beaucoup de mal et elle disait je préfère qu'on se le dise comme ça machin . Au bout d'un moment le dialogue de sourd, j'ai insisté 3 fois, puis j'ai laissé tomber* ».

De manière plus générale, ce que comprennent les étudiants c'est que, tout comme eux, les professionnels n'ont pas été formés à cette utilisation :

« Il se trouve que eux aussi n'avait pas conscience entre guillemets de ce qu'il devait acquérir au cours d'une garde, que la garde venait comme ça et qu'ils la prenaient comme ça; peut-être que bah ils y donnent pas non plus tant d'importance que ça parce que ils ont appris comme ça et je pense qu'ils ont appris pas mal sur le tas; une fois qu'ils étaient diplômés. »

Or, pour certains, cela doit faire partie de leur apprentissage : *« ça devrait être vraiment formalisé et qu'on nous accompagne plus là-dedans parce que au final c'est plus de ça que va dépendre notre apprentissage en stage, notre réussite en stage et notre implication tu vois »*

Néanmoins nous avons constaté un élément positif : d'après nous cette formation ne serait pas difficile à mettre en œuvre. En effet, après notre méthodologie qui était une brève et simple sensibilisation aux outils de stage, une ESF nous témoigne :

«en tant que sage-femme... sage-femme encadrante, disons le mot ! bah là je pense que je serais plus active, plus attentive sur les objectifs précis,».

Cela témoigne de deux choses : peu de moyens peuvent avoir un grand impact sur la perception des étudiants, et surtout les actions de formation auprès des étudiants créent un cercle vertueux d'effet sur les futurs professionnels. Ce constat coïncide avec les résultats de l'étude de MOTTET qui constatait une meilleure mise en œuvre de la supervision clinique pour les professionnels ayant reçu, étant étudiant, une initiation à la pédagogie (19).

3.3.4 Facteurs motivationnels

Nous nous référons ici à la classification de Maslow pour proposer une traduction des freins d'ordres motivationnels que nous avons recueilli dans nos entretiens. Plusieurs éléments sont apparus comme frein à la motivation des étudiants pour une utilisation correcte et efficace des outils de stage.

Premièrement, la charge mentale qu'implique une utilisation optimale : un des étudiants qui n'a pas réussi à améliorer son utilisation du rapport de stage nous déclare :

« En fait c'était ça, c'est que j'suis arrivée j'étais trop crevée (...) t'as l'impression d'avoir encore la grande ligne droite sans arrêt devant toi mais que t'as, t'as déjà fait mille bornes derrière et du coup j'avais pas la force de me battre du tout ».

Cette déclaration raisonne avec l'enquête bien-être de l'ANESF, car nous savons maintenant que "être au bout de sa vie" n'est pas un sentiment anecdotique chez les ESF (32). Or la charge mentale et l'épuisement est un facteur freinant la capacité des étudiants, comme nous l'indique la pyramide de Maslow : l'insatisfaction des besoins primaires empêche d'accéder à des besoins supérieurs tels qu'atteindre ses objectifs et se dépasser (30).

De plus, les étudiants expriment bien que les difficultés de communication sont issues aussi de leurs personnalités propres : c'est aussi leur perception de l'outil et de la relation aux professionnels qui les empêchent d'agir pour faire évoluer la situation :

« T'es impuissant sur les sages-femmes que tu rencontres, leur réaction parce que parfois t'as peur et tu te dis aller je me lance à lui dire que j'aimerais bien qu'elle fasse un feedback mais parfois t'as juste peur et je pense que t'es impuissant de ta peur, tes émotions».

L'étudiant est conscient qu'il doit être plus pro-actif mais n'arrive pas à franchir le pas, par l'insatisfaction ici d'un besoin de reconnaissance et d'amour (30).

Deuxièmement, le manque de valorisation de l'auto-évaluation est un frein à la motivation pour être proactif. Manifestement, un étudiant ne prenant pas en main ces outils devient passif et progresse moins bien. D'un autre côté, l'autonomie et l'auto-évaluation ne suffisent pas :

« parce que, c'est un truc que tu remplis tout seul (...) je fais mon suivi de stage, bah je note ce que j'ai fait, ouais c'est bien mais toi t'en as marre en fait de dire, j'ai fais ça; t'as envie que quelqu'un te dise: ouais t'as réussi ça.. c'est eux qui vont te dire: t'es diplômée. »

C'est ici le besoin d'estime qui n'est pas satisfait (30). Nous pensons que les étudiants ne peuvent être les seuls moteurs de changement et que les professionnels doivent aussi faire évoluer les modes de validation des acquis pour un vrai réinvestissement de la triade pédagogique. La mise en place de maîtres de stage pourrait faire avancer les choses. Néanmoins les outils de stage, leur mise en œuvre et les validations des acquis cliniques pourraient être étudiés, revalorisés voire repensés pour réinvestir l'étudiant et sa place sans limiter son accompagnement.

3.3.5 Résultat hypothèse 3

Parmi les freins que nous avons observés, certains ont été résolus grâce aux modifications d'utilisation des ESF. Notamment le manque de temps, le manque de formation à l'utilisation des outils ainsi que le manque d'implication de certains professionnels (par exemple certaines SF coordinatrices ont accepté de déléguer la tâche à un professionnel de terrain ou ayant plus de temps, ainsi que des SFCl qui, en constatant la pro-activité des étudiants, se sont mieux investies dans le compagnonnage).

En revanche certains points restent fermés à l'action des étudiants : les SFE **désintéressées** n'ont pas mieux répondu aux demandes des étudiants, les étudiants **démotivés** par une fatigue excessive n'ont pas su trouver la force d'améliorer leur autorégulation. Par ailleurs, un franc **manque de valorisation de l'auto-évaluation** a été observé, à propos duquel les étudiants ont du mal à changer leur vision.

Les étudiants ne peuvent pas non plus modifier leurs outils, la mise en page et les formulations du CDS et de l'ADS. Des travaux en groupe, les entretiens individuels avec un référent pédagogique pourraient améliorer l'état de compréhension de ces outils afin que les ESF les prennent mieux en main : ils en comprendraient mieux la finalité, les utiliseraient au mieux de leur potentiel et en tireraient un bénéfice qui les motiveraient, rétablissant un cercle pédagogique vertueux.

Après revue de tous ces freins, nous pensons que l'étudiant ne peut pas seul, rendre optimal son encadrement. Si l'hypothèse 1 et 2 ont démontré qu'en modifiant ses pratiques, un étudiant peut bel et bien améliorer son encadrement, il reste bien des freins sur lesquels il n'a pas accès : **l'hypothèse 3 est validée.**

4 Analyse

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Les stratégies efficaces mises en œuvre

Dans notre groupe d'ESF, des améliorations ont été observées, et de manière générale nous avons pu inventorier les stratégies d'autorégulation favorisant l'acquisition des compétences.

Prendre connaissance des objectifs institutionnels en amont du stage à tête reposée, se fixer des priorités et formuler clairement ses objectifs personnels par écrit ainsi que par oral. Anticiper la communication avec les professionnels du terrain, formuler la demande d'un professionnel référent, présenter régulièrement ses objectifs personnels et formuler une demande claire de feedback comprenant l'acquisition des objectifs et des moyens de pallier aux difficultés. S'auto-évaluer régulièrement en utilisant les objectifs institutionnels et les grilles d'auto-évaluation pendant les temps calmes des stages, à mi stage, régulièrement pendant l'année et laisser ses documents à disposition des professionnels cliniciens. Toutes ces actions sont autant de moyens simples à mettre en œuvre par les ESF qui créent une dynamique positive sur leur positionnement et leur accueil en stage, sur leur motivation, et donc sur leur acquisition de compétences.

4.1.2 Propositions pour limiter les freins

Nous constatons dans notre étude que la démarche d'auto-régulation des étudiants n'a pas eu d'impact sur plusieurs aspects. Premièrement, les professionnels désinvestis de l'encadrement : comment remotiver certains enseignants, coordinateurs, cliniciens à accueillir les auto-évaluations des étudiants. Est-ce un manque d'estime, une perte de confiance dans le corps étudiant ? Pourtant les étudiants ont le désir de prendre en main leur progression et d'être acteur de leur formation. Par ailleurs, les services accueillant des étudiants devraient pouvoir proposer des formations à la pédagogie, à l'encadrement, en y incluant des notions de bienveillance, de communication, d'écoute active, etc... Ces formations auraient toutes leur place dans le Développement Professionnel Continu (DPC).

Par ailleurs, un point n'ayant pas évolué sont les pratiques des étudiants qui étaient dans un état de surcharge mentale. Nous espérons que la publication de l'EBE fournira des leviers pour faire évoluer les conditions d'étude, et ainsi faire diminuer cet état de fatigue psychique intense (32).

Ensuite, le manque de valorisation de l'auto-évaluation revenait également souvent comme frein non modifiable. Ce point là ne pourra évoluer sans un changement global de paradigme de la part du corps enseignant : l'étudiant ne reprendra sa place centrale que si cet espace lui est laissé disponible. Pour que cela se fasse correctement, une augmentation de la part de pédagogie dans les programmes, et une revalorisation de l'auto-évaluation comme élément clé de la validation des acquis cliniques nous semblent pertinents.

Enfin, les soucis de formulation, de mise en page et donc de compréhension des outils peuvent se résoudre selon nous par deux moyens : une réforme des outils qui se fasse par un travail collaboratif entre professionnel et étudiant, et enfin une meilleure présentation et formation à l'utilisation de ces outils. Cela rejoint la nécessaire augmentation de la pédagogie dans les programmes théoriques, mais cela passe aussi par la mise en place de référent pédagogique qui seraient les tuteurs individuels de l'utilisation de ces outils afin que les ESF aient un interlocuteur qui les accompagne dans cette utilisation.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces

L'aspect qualitatif de l'enquête a renforcé la richesse des témoignages obtenus ce qui a permis une compréhension fine des situations complexes et multifactorielles de l'utilisation des outils de stage. L'intervieweuse étant au même niveau d'étudiante que les interviewés, ceux-ci ont pu se sentir en confiance pour parler librement de leurs pratiques : les témoignages recueillis sont honnêtes. De plus, étant étudiante sage-femme en deuxième cycle, l'intervieweuse connaissait bien le sujet et les outils qui étaient abordés dans les entretiens ce qui permettaient de créer une communication fluide entre interviewer et interviewé.

Cette enquête est forte par son originalité et son engagement : en lien avec le contexte politique actuel, notre protocole mettait l'étudiant au cœur de son enseignement, nous avons choisi de considérer l'étudiant comme moteur de sa propre amélioration.

4.2.2 Limites

Notre étude est limitée par le fait qu'en réalité, les 4 instituts d'Ile de France n'ont pas rigoureusement les mêmes outils de stage. En effet les pages de bilan et les grilles d'auto évaluation ne sont pas présents dans tous les carnets de stage. De surcroît, les dispositifs pédagogiques ne sont pas tous les mêmes. Par exemple, les 4 instituts de formation n'ont pas tous fait le choix d'attribuer un référent pédagogique individuel à chaque ESF.

Par ailleurs, nous observons dans notre étude des différences avant-après. Or une limite importante est que, comme beaucoup d'ESF le disent, chaque terrain de stage est unique, et beaucoup d'autres facteurs (moral, intérêt, fatigue...) influencent le déroulement d'un stage. Certaines modifications et certains effets bénéfiques ont donc pu être apporté non pas par le protocole de recherche mais par le fait que l'ESF rencontrait un nouveau terrain de stage plus favorable à l'autorégulation de l'étudiant.

De plus, une autre limite à l'étude est que les étudiants interrogés étaient spontanément intéressés par le sujet et intellectuellement et psychologiquement disponibles à la remise en question et la modification de leurs pratiques. Qu'en serait-il d'étudiants désintéressés par le sujet, ou peu convaincus ? Des études sur un plus grand nombre ou sur des sujets choisis aléatoirement pourraient répondre à cette question.

Enfin, notre étude qui se limitait à interroger des étudiants de deuxième cycle auraient pu avoir plus d'impact auprès d'étudiants de premier cycle, débutant en apprentissage clinique, pour qui les propositions de stratégie auraient peut-être plus tenu de la découverte et de la primo-mise en œuvre que de rappels.

4.3 Mise en perspective

Afin de prendre du recul sur l'encadrement clinique et la part d'autorégulation que nous étudions, nous avons choisi de nous renseigner sur la régulation de la formation dans les études de soins infirmiers.. La place de la pédagogie est importante dans leur programme de formation et des publications des syndicats insistent sur la place des maîtres et tuteurs de stage. En outre ils précisent la nécessité de connaissance des objectifs du stage, des moyens pour les atteindre et stipulent notamment que l'évaluation se fait via un support écrit et que l'autoévaluation est une base pour l'évaluation par le tuteur pédagogique (39).

Concernant la profession sage-femme : sur son site internet, la Conférence Nationale des Enseignants Maïeutique (CNEMa) confirme que la formation est organisée selon une approche par compétence en se basant sur le référentiel de métier et en utilisant comme définition de compétence « une capacité à combiner un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être en vue de réaliser une tâche ou une activité. Elle a toujours une finalité professionnelle. » Dans la rubrique dédiée à l'apprentissage clinique, elle explique que les stages permettent de développer « une approche réflexive des situations, le développement de l'autonomie et la capacité d'adaptation à des situations cliniques complexes ». La CNEMa mentionne donc le développement de l'autonomie comme un axe principal des stages, mais nous n'avons pas trouvé de positionnement concernant les outils pédagogiques utilisés, leurs méthodologies et la place de l'apprenant au sein du dispositif de validation. Néanmoins la CNEMa rappelle que chaque stage doit être validé pour passer dans l'année supérieure. (40)

Du côté étudiant, l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) se positionne publiquement pour la mise en place de maître de stage : professionnel qui aurait la charge du suivi du parcours et de la progression en stage (41). Nous rejoignons cette position en l'appuyant par les éléments observés dans notre étude, notamment l'intérêt que le professionnel chargé du suivi soit un clinicien en situation de superviser l'étudiant, de lui fournir un feedback de qualité, de l'accompagner dans sa cognition sur ses objectifs et son auto-évaluation. Pour cela, la formation à la pédagogie semble pouvoir être augmentée en formation initiale, et un développement professionnel continu pourrait compléter les compétences pédagogiques des maîtres de stage. Enfin du temps de travail dégagé (et donc valorisé) spécifiquement semble nécessaire aux professionnels pour encadrer correctement les étudiants. (38)

Conclusion

Dans le sillage de l'enquête bien-être mais aussi de l'évolution de la profession sage-femme, l'encadrement des étudiants est un sujet clé, et le positionnement des ESF y occupe une place capitale.

Notre enquête centrée sur l'utilisation des outils pédagogiques par les ESF de deuxième cycle en Ile de France et cherchant une modification de cette utilisation après un processus réflexif et une période de stage nous a permis de mettre en lumière plusieurs constats. Premièrement, il est possible d'être optimiste sur le positionnement des étudiants puisque nos observations ont révélé des modifications de perception et d'utilisation des outils, ce que les étudiants ont vécu comme favorisant leurs acquisitions de compétences. Deuxièmement, le contexte optimal pour le développement des compétences n'est pas encore atteint. En effet, des freins persistent sans que les étudiants arrivent à avoir impact sur eux.

Nous pensons que des études de ce type (recherche action avant-après) pourraient être menées dans d'autres régions; en ciblant spécifiquement certains aspects des outils (les grilles d'auto-évaluation ou le décompte d'actes notamment); ainsi qu'auprès de professionnels en situation de supervision clinique. D'autres types d'étude, notamment des focus groupe pourraient également enrichir la réflexion pour que plusieurs ESF échangent sur les stratégies pouvant être mises en œuvre et peut-être trouvent des solutions à des freins constatés ici comme non surmontables.

Si des propositions sont émises par les organismes représentants (ANESF, CNEMa, ...), peut-être notre étude pourrait-elle être diffusée auprès de professionnels et surtout d'étudiants pour transmettre le message suivant : «étudiants, vous avez la possibilité de faire changer les choses par votre propre action».

Lexique

Sauf mention contraire, toutes les définitions sont issues de l'ouvrage : « Pédagogie, dictionnaire des concepts clés »(4).

Autonomie : aptitude à prendre des décisions pertinentes de son propre chef après analyse de la situation à traiter; la capacité à décider par soi-même

Autorégulation: les stratégies d'autorégulation sont des stratégies cognitives que l'élève utilise consciemment, systématiquement et constamment lorsqu'il assume la responsabilité de son apprentissage.

Boucles de rétroaction : réaction du résultat d'une action sur la cause qui l'a produite.

Capacité: pouvoir, aptitude à faire quelque chose; activité que l'on exerce

Compagnonnage cognitif : apprentissage basé sur la démonstration effectuée en situation réelle par un expert dans le but de transmettre cette expertise à un apprenti

Compétence : savoir-faire efficace dans une situation déterminée

Curriculum : énoncé d'intentions de formation comprenant le public visé, les finalités, les objectifs, les contenus, la description du système d'évaluation, la planification des activités, les effets attendus quant à la modification des attitudes et des comportements des individus en formations

Isomorphie: identité de structure entre deux éléments et/ou situations

Métacognition: analyse de son propre fonctionnement intellectuel. Auto-analyse des systèmes de traitement de l'information que tout individu met en œuvre pour apprendre, se souvenir, résoudre ces problèmes ou conduire une activité.

Motivation : ce que l'on veut faire, par opposition à l'habileté ou à la compétence qui correspond à ce que l'on sait faire. On peut être parfaitement capable de faire quelque chose, et choisir de ne pas le faire, car rien ne nous motive.

Objectif : énoncé d'intention décrivant le résultat concret attendu à la suite d'une action

Pédagogie : toute activité déployée par une personne pour développer des apprentissages chez autrui

Pédagogie de l'alternance : dispositif de planification de la formation basée sur un principe d'interaction entre les situations de formations et les situations de productions

Remédiation : en pédagogie, dispositif qui consiste à fournir à l'apprenant de nouvelles activités d'apprentissage pour lui permettre de combler les lacunes diagnostiquées lors d'une évaluation formative

Schèmes opératoires : structure générale d'une action, se conservant au cours de ses répétitions, se consolidant par l'exercice et s'appliquant à des situations qui varient en fonction des modifications du milieu (14)

Stratégie : Organisation de méthodes, techniques et moyens pour atteindre un objectif

Stratégie cognitive : Stratégie personnelle de traitement de l'information

Sentiment d'efficacité personnel : croyances d'un individu en sa capacité à résoudre les problèmes qu'il peut rencontrer dans son existence, soit sur le plan professionnel, soit sur le plan personnel

Supervision clinique : Intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle ou à partir d'un résumé de la situation (21)

Système de soi : Système constitué de structures et de processus qui permettent le traitement de l'information à partir d'un noyau fondamental constitué par : les représentations qu'un individu a de lui-même, ses capacités à aborder différents types de situation; et sa métacognition

Taxonomie : Classification hiérarchisée

Transfert de connaissances : Adapter les compétences apprises dans un certain contexte à un autre contexte

Bibliographie

- (1) Le Boterf G, Construire les compétences individuelles et collectives, Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions, P. 58-71, 7e édition, Eyrolles, Paris, 2015
- (2) Chamberland M, Hivon R, Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique, Pédagogie Médicale, Vol 6, p101, 2005
- (3) Sereni D, Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire, une charte pour les praticiens, Pédagogie Médicale, Vol 5, pp 43-45, 2004
- (4) Raynal F, Rieunier A, Pédagogie, dictionnaire des concepts clés ; Apprentissage, formation, p338, psychologie cognitive, 8e édition, ESF Editeur, Issy-lesMoulineaux, 2009
- (5) Ordre des sages-femmes. Le Code de déontologie des sages-femmes, CNOSF. [En ligne]. Disponible : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-versionconsolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>(consulté le 13 août 2019)
- (6) Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétence des sages-femmes, 2010 [En ligne] : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf> (consulté le mardi 13 août 2019)
- (7) Legifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.[En Ligne]. 2013. Disponible : <http://juin ps://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00002> (consulté le le 08 juin 2019)
- (8) Dreyfus, A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition,, University of California, Berkeley, p 15, 1980
- (9) Morgan JB, Watson JB, Emotional Reactions and Psychological Experimentation, American Journal of Psychology, Vol 28, pp 163-174, Vol 28, 1917

- (10) Chalon-Blanc A, Piaget, Constructivisme, Intelligence : l'avenir d'une théorie, Presses universitaires du septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2011
- (11) Carrol JB, A model of school learning, Teachers College Record, Vol 64, pp 723-733, 1963
- (12) Legrand L, La différenciation pédagogique, coll Pédagogies nouvelles, Edition du Scarabée CEMEA, 1986
- (13) Bideaud J, Houdé O, Piedinelli J-L, L'homme en développement, PUF, Paris, pp35-37, p 1993
- (14) Colloque International sur les transferts de connaissances en formation initiale et continue Lyon - Conférence Pr Mendelsohn, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de L'éducation, 29 septembre 1994 [En ligne].2013 Disponible : http://tecfa.unige.ch/tecfa/publicat/mendel-papers/lyon_94-1.html (consulté le 13 août 2019)
- (15) Tilman & al & al, Manuel de la formation en alternance, Chronique sociale, Eyrolles, 2000
- (16) Bédard D & al, Les fondements de dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : les perspectives de « l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques », Res Academica, Vol 18, p21-47, 2000
- (17) Vanpee D & al, Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat, Pédagogie Médicale, Vol 10, pp 253-266, 2010
- (18) Delacote G, Savoir apprendre, les nouvelles méthodes, Odile Jacob, Paris, 1996, p155-156
- (19) Mottet A, 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, Mémoire de fin d'études du diplôme d'état de sage-femme, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2015

- (20) Ende J, Feedback in Medical Education, JAMA, Vol 250, pp 771-781, 1983
- (21) O'brien M, Charlins, Le Feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique, Pédagogie Médicale, Vol 4, pp 181-191, 2003
- (22) Bloom B, Taxonomie des objectifs pédagogiques, Vol 1, Le domaine cognitif, Presses de l'université, Québec, 1975
- (23) Kratohl D, A revision of Bloom's Taxonomy : An overview, Theory Into Practice, Vol 41, pp 212-218, 2002
- (24) Nguyen, , Blais, Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique, Pédagogie Médicale, Vol 8, pp 232-251, 2007
- (25) Parent F, Jouquand J, Penser la formation des professionnels de la santé, une perspective intégrative, De Boeck, Bruxelles, 2014, pp 160-162
- (26) Jouquan, Bail, A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale, Vol 4, p 163 - 175, 2007
- (27) Noel B, Cartier S, Tardif J, De la metacognition à l'apprentissage autorégulé, De Boeck, Louvain-la-heure, 2016, p97
- (28) Carré P, Tétart M, Les ateliers de formation individualisée ou l'auto formation accompagnée en actes, L'harmattan, Paris, 2003, p125
- (29) Bandura A, Autoefficacité, le sentiment d'efficacité personnelle, De Boeck, Bruxelles, 2003, p718
- (30) Maslow, Motivation and Personality, Harper and Row, New York, 1954, p32-36

- (31) Viau, La motivation en contexte scolaire, De Boeck, Bruxelles, 2009, p168
- (32) Association Nationales des Etudiant.e.s Sages-Femmes, Enquête bien-être étudiant de l'Anesf - Association Nationale des Etudiants Sages Femmes, [En ligne]. 2018 Disponible : <http://anesf.com/index.php/enquete-bien-etre/> (Consulté le 13 août 2019)
- (33) Dran C, La sage-femme et l'encadrement des étudiants sages- femmes en stage, Mémoire de fin d'études de l'école des cadres, 2005
- (34) Desnoyer I, Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes, Mémoire de fin d'études, Ecole de Sage-femme de <<Clermont Ferrant, 2012
- (35) Mouchard M, Entre professionnalisé et professionnalisation : les enjeux de l'accompagnement des étudiants sages-femmes par les sages- femmes cliniciennes, Mémoire de fin d'études, Université de Rouen, 2014
- (36) Le Palec-Bahu A, Apprentissage en stage en salle de naissance : le vécu de l'étudiant sage-femme, Mémoire de fin d'études, Université de Versailles SaintQuentin en Yvelines, 2015
- (37) FOURNIER Catherine, La validation des stages en salle de naissance: les sages-femmes face au rapport de stage, mémoire pour le diplôme de cadre sagefemme, 2009
- (38) Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes, Le bien-être : constats et perspectives pour les ESF [en ligne], 2019, disponible : <http://anesf.com/index.php/bien-etre-etudiant-e-s/cqsa-et-contribution/> (consulté le 23 aout 2020)
- (39) Solidarité Santé Gouvernement, Guide pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers, programme 2009, en ligne, d i s p o n i b l e : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_d_encadrement_des_etudiants_infirmiers.pdf (consulté le 15 août 2019.)
- (40) CNEMa, Apprentissage Clinique, en ligne, disponible : <https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale/apprentissage-clinique/> (consulté le 1er aout 2019.)
- (41) ANESF. Nos positions. En ligne, disponible : <http://anesf.com/index.php/lanesf/nos-positions/> (consulté le 15 août 2019)

Annexes

Annexe I : Les outils de stage en deuxième cycle d’Ile-de-France

Dans les 4 instituts de formation de maïeutique d’IDF, les outils pédagogiques ont été uniformisés. Les ESF ont donc à leur disposition un CDS et un rapport ou Appréciation De Stage (ADS).

Le CDS (Annexe II), est un équivalent de curriculum qui couvre la période d’un cycle scolaire. Il présente le déroulé de la formation, son contenu en terme d’enseignement, les acteurs de la formation (ici la triade pédagogique de l’étudiant, du référent du stage et des superviseurs cliniciens, et du tuteur pédagogique) et leurs missions (Annexe II.a). Il est ensuite séparé en plusieurs livrets correspondant aux terrains de stages spécifiques : livret prénatal, pernatal, postnatal et planification, surveillance gynécologique.

Chacun de ces livrets est organisé comme suit : les **compétences à développer** (prenant comme source les articles de loi) (Annexe II.b) ; les situations cliniques type (issues du référentiel métier) (Annexe II.c); et les objectifs de stage (Annexe II.d) qui sont présentés dans un tableau spécifiant le niveau d’acquisition attendu selon l’année de formation (En Cours d’Acquisition [ECA] ou Acquis [A]). Ce niveau d’acquisition correspond aux **objectifs institutionnels**, c’est à dire aux objectifs que les instituts de formation ont fixé pour chaque année de la formation. Enfin la **grille d’auto-évaluation** qui consiste en un tableau où l’étudiant peut cocher, pour chaque situation clinique type, son niveau estimé (observé et/ou connaissances théoriques, réalisé sous guidance, effectué avec étayage, ressources suffisantes pour gérer la situation) (Annexe II.e).

Enfin, après les différents livrets, arrivent 3 parties : une grille d’autoévaluation similaire mais concernant des **situations transversales** (qui concernent donc les différents domaines de la pratique maïeutique); un **relevé d’acte** (Annexe II.f) formalisant le décompte de chaque acte par semestre ; et enfin **l’analyse et évaluation des compétences acquises par semestre** (Annexe II.g.). Ces zones comprennent une auto-évaluation (principaux acquis, difficultés et points à approfondir, moyens envisagés) et un avis du tuteur pédagogique (points positifs, axes d’amélioration, moyens proposés) qui se concluent par la validation de l’UE Clinique du semestre après report des avis (favorable/défavorable) de chaque stage.

Les ADS (Annexe III) sont elles spécifiques à chaque période de stage. Ce sont des livrets beaucoup plus courts (4 feuilles A4) qui comprennent plusieurs parties. Sur le premier feuillet sont inclus : l'identification de la triade pédagogique (étudiant, stage, référent du stage); un **constat de début de stage** comprenant une zone compétences acquises, objectifs personnels et une zone d'émargement pour le cadre du service ou référent du stage (Annexe III.a). Les objectifs personnels sont donc distinguables des objectifs institutionnels expliqués plus haut : la zone est limitée en terme de place, ces objectifs sont les priorités de l'étudiant sur cette période de stage spécifique. Vient ensuite un **bilan à mi-stage** (Annexe III.b.) comprenant une zone « axes d'amélioration», «points positifs» et l'émargement du cadre ou référent. Le deuxième feuillet constitue le **bilan de fin de stage** (Annexe III.c.) qui se compose d'une liste détaillée de capacités (triées par catégories : capacités professionnelles, de communication, techniques, cliniques, sécurité des soins) dans un tableau avec des cases pouvant être cochées selon le niveau de cette capacité (insuffisant, nécessite des améliorations, satisfaisant, très satisfaisant), puis une zone libre "appréciation générale" et enfin l'avis du cadre ou du référent du stage. Cet avis est formalisé par une case avis "favorable/défavorable" concernant l'atteinte des objectifs, une zone absences "oui/non/nombres", et l'émargement du responsable et de l'étudiant. Les deux derniers feuillets correspondent au **suivi de stage** (Annexe III. d) qui consiste en une succession de deux cases pour chaque garde, spécifiant la date, l'encadrant, la première case correspondant aux « capacités atteintes et remarques générales (cognitives, gestuelles, relationnelles....) » et la deuxième au « plan d'action (axes d'amélioration) ».

Pour certains terrains de stages, l'appréciation est formalisée différemment, en ambulatoire par exemple l'appréciation ne contient pas de suivi quotidien par gardes mais par thèmes (consultations obstétricales au cabinet, préparation à la naissance, suivi prénatal, suivi postnatal,).

Ces outils de stage ont été les supports de notre étude et ont permis d'élaborer des hypothèses pour répondre à notre problématique.



Annexe II : Carnet de stage

CARNET DE STAGE

2^{ème} CYCLE DES ETUDES EN SCIENCES MAIEUTIQUES



Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
U. F. R. des Sciences de la Santé Simone Veil
Département de Maïeutique
2 avenue de la Source de la Bièvre
78180 Montigny-le-Bretonneux
Camille Doridot camille.doridot@uvsg.fr 01 70 42 93 07
Romain Doulle romain.douille@uvsg.fr 01 70 42 92 10
Alizée Saliva alizee.saliva@uvsg.fr 01 70 42 92 11

Directrice : Christine Etchemendigaray
christine.etchemendigaray@uvsg.fr

Directrice adjointe formation : Elodie Prot
elodie.prot@uvsg.fr

Directrice adjointe recherche : Anne Rousseau
anne.rousseau@uvsg.fr

Nom :

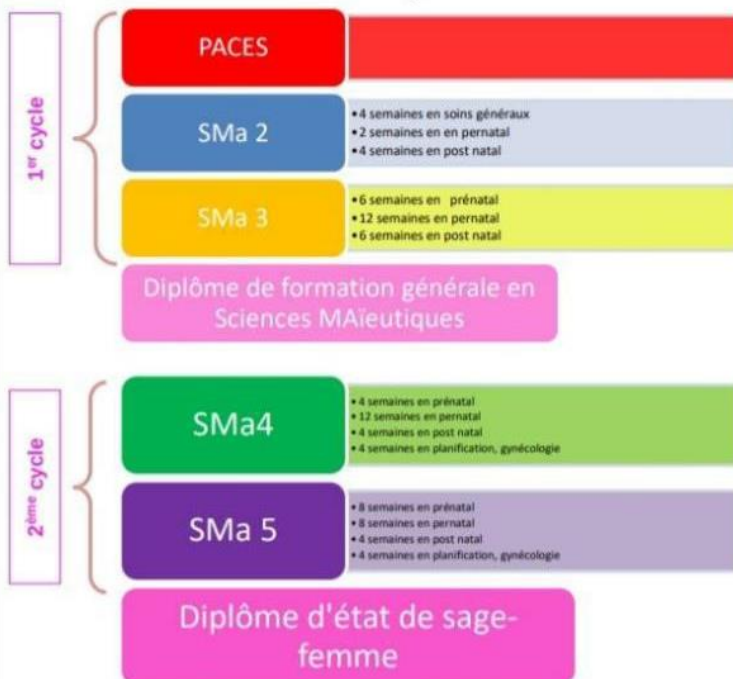
Prénom :

Promotion : 201 -201

1

Organisation des études

Le département de maïeutique



Responsable de la promotion : Eléonore Hericher
eleonore.dargenne@uvsg.fr 01 70 42 92 27
Responsable des stages : Rui Lourenco
rui.lourenco@uvsg.fr 01 70 42 93 13

Responsable de la promotion : Marie Bourdillon
marie.bourdillon@uvsg.fr 01 70 42 92 33
Responsable des stages : Eléonore Teychené
eleonore.teychene@uvsg.fr 01 70 42 92 44

Responsable de la promotion : Claire Dran
claire.dran@uvsg.fr 01 70 42 92 39
Responsable des stages : Sophie Prudhomme
sophie.prudhomme@uvsg.fr 01 70 42 92 38

Responsable de la promotion : Anne Rousseau
anne.rousseau@uvsg.fr 01 70 42 92 36
Sophie Baumann
sophie.baumann@uvsg.fr 01 70 42 92 37
Responsable des stages : Sophie Prudhomme
sophie.prudhomme@uvsg.fr 01 70 42 92 38

2

Annexe II.a : Contenu de la formation

PRÉAMBULE

Article 13 de l'arrêté du 11 mars 2013 : « la validation des stages est prononcée au vu du carnet de stage par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme ou son représentant, sur avis du responsable de stage. Tous les stages doivent être validés pour passer dans l'année supérieure. »

Ce carnet de stage est un outil de suivi et d'évaluation des apprentissages en stage.

Il donne l'opportunité à l'étudiant et au tuteur pédagogique de réfléchir sur la progression dans le curriculum de maïeutique et permet au tuteur pédagogique de mettre en place des actions afin que l'étudiant atteigne les compétences visées.

Le carnet de stage favorise les interactions entre l'étudiant et les superviseurs cliniciens.

L'exploitation des situations d'apprentissage permet le développement de compétences professionnelles.

Une liste de situations clinique type est proposée.

Le choix s'est porté sur les situations les plus fréquentes et/ou les plus graves devant être maîtrisées pour que l'étudiant soit certifié.

Les situations cliniques types intègrent des compétences transversales.

Les compétences développées lors du premier cycle doivent être approfondies lors du deuxième cycle.

3

LA FORMATION

L'objectif général :

La formation clinique en stage a pour but le développement des compétences professionnelles et leur évaluation en situation réelle d'exercice. L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, réflexif et responsable c'est-à-dire apte à prendre des décisions dans les limites de ses missions et compétences. La sage-femme doit prendre les dispositions nécessaires pour assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

Les acteurs :

L'étudiant : acteur de sa formation

- Identifie ses besoins d'apprentissage d'après les niveaux de compétences attendues.
- Prépare son arrivée en stage
- Présente ses objectifs de stage institutionnels et personnels
- S'implique dans les situations d'apprentissage
- Collabore avec l'équipe pluridisciplinaire
- Tient à jour son carnet de stage

Le référent du stage : responsable de l'organisation du stage

- Accueille l'étudiant
- Présente les ressources et modalités du stage
- Donne un avis sur la validation du stage en accord avec le superviseur clinicien
- Communique avec la structure de formation

4

LA FORMATION

Le superviseur clinicien (professionnel de santé) : assure le suivi et l'évaluation de l'apprentissage de l'étudiant selon son niveau

- Évalue les capacités acquises en début, milieu et fin de stage
- Sélectionne les situations d'apprentissage
- Supervise les activités directement ou indirectement en assurant un feedback constructif
- Réalise le bilan à mi-stage et en fin de stage

Le tuteur pédagogique (la sage-femme enseignante) : assure la formation et la coordination des apprentissages

- Facilite l'intégration des apprentissages de façon individualisée
- Gère l'interface terrain de stage/structure de formation

5

Annexe II.b : Compétence à développer, livret prénatal

LIVRET PRENATAL

Les compétences à développer (Articles L4151-1 à L4151-4 CSP et R4127-318 CSP)

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

En cas de pathologie maternelle ou fœtale pendant la grossesse, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse pathologique.

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé .

La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant : les femmes pendant la grossesse, le fœtus. La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer : L'échographie gynéco-obstétricale ;

La sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

6

Annexe II.c : Situations cliniques types

Les situations cliniques type :

- Patiente présentant une menace d'accouchement prématuré
- Patiente avec un fœtus présentant un RCIU
- Patiente présentant une grossesse gémellaire
- Patiente présentant avec une rupture prématurée des membranes avant 37 SA
- Patiente présentant une hyperthermie
- Patiente présentant une pathologie hypertensive
- Patiente présentant une anémie
- Patiente présentant un diabète
- Patiente présentant des métrorragies
- Patiente présentant un prurit
- Patiente présentant des douleurs abdominales
- Patiente présentant une séroconversion infectieuse
- Patiente porteuse d'une infection chronique
- Patiente présentant une pathologie thyroïdienne
- Patiente présentant des troubles urinaires
- Patiente présentant un risque thromboembolique
- Patiente présentant une vulvo-vaginite
- Patiente présentant une anomalie de la vitalité fœtale
- Patiente présentant un malaise avec ou sans perte de connaissance
- Parturiente présentant une grossesse prolongée
- Patiente nécessitant un transfert
- Patiente avec un fœtus présentant une pathologie
- Patiente nécessitant un diagnostic anténatal
- Patiente présentant un risque d'allo-immunisation
- Patiente victime d'un traumatisme
- Patiente en parcours d'AMP
- Patiente présentant une Mort fœtale in utero
- Patiente présentant une diminution des MA
- Autres situations :

Situations transversales : voir p.39



Annexe II.d : Les objectifs institutionnels



Objectifs de stage en prénatal

ECA = En cours d'Acquisition

A = Acquis

	SMa2	SMa3	SMa 4	SMa 5
Réaliser un diagnostic				
en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)		A		
en déterminant le ou les motif(s) de la consultation		A		
en informant sur le déroulement de la consultation		A		
en reconstituant l'anamnèse		A		
en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents personnels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risques éventuels en datant la grossesse		A		
en sachant dater la grossesse		A		
en sachant diagnostiquer les petits maux de la grossesse		A		
en réalisant l'examen clinique général				A
en évaluant les constantes	A			
en effectuant un examen général adapté à la consultation		A		
en vérifiant l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions		A		
en évaluant l'adaptation psychologique		ECA	ECA	A
en vérifiant la qualité du soutien de son entourage		A		
en réalisant l'examen obstétrical				A
en effectuant un examen obstétrical adapté au terme		A		
en effectuant les examens de dépistage nécessaires au suivi (PV, FCU, ...)		A		
en réalisant une échographie si besoin		ECA	ECA	A
en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse				A
en analysant les données recueillies		A		
en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9eme mois		A		
en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie, maltraitements)		ECA	ECA	A
en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux)		ECA	ECA	A
en diagnostiquant les pathologies concernant la mère et le fœtus			ECA	A
en participant au choix des décisions thérapeutiques et à leurs réalisations préventives et/ou curatives			ECA	A
Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement				A
en faisant la déclaration de grossesse		ECA	A	
en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales et en recueillant le consentement si nécessaire			ECA	A
en donnant des conseils d'hygiène de vie		A		
en prescrivant les examens complémentaires nécessaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, DM)		A		
en expliquant les intérêts des prescriptions et les résultats attendus		A		
en délivrant des conseils d'éducation à la santé		A		
en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse				A
en donnant les informations selon les normes de qualité		ECA	ECA	A

Annexe II.e : La grille d'autoévaluation

Les situations cliniques type en prénatal: AUTO EVALUATION SMa4-SMa5

STAGE N°	Observé et/ou connaissances théoriques	Réalisé sous guidance	Effectué avec étayage	Je dispose des ressources suffisantes pour gérer la situation
Patiente présentant une MAP				
Patiente avec un fœtus présentant un RCIU				
Patiente présentant une grossesse gémellaire				
Patiente présentant une RPM avant 37 SA				
Patiente présentant une hyperthermie				
Patiente présentant une pathologie hypertensive				
Patiente présentant une anémie				
Patiente présentant un diabète				
Patiente présentant des métrorragies				
Patiente présentant un prurit				

Annexe II.f : Relevé d'actes

RELEVÉ D'ACTES 2^{ème} CYCLE

Actes réalisés par l'étudiant	1 ^{er} cycle	Sma4		Sma5		TOTAL
		Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	
Pré-natal						
Consultation de suivi de grossesse						
Consultation de suivi de grossesse à risque						
Prise en charge d'un transfert inter établissement						
Prise en charge d'une grossesse à risque de l'entrée à la sortie de l'hospitalisation						
Echographie obstétricale						
Entretien prénatal précoce						
Animation d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité						
Participation à une consultation d'AMP						
Per-natal						
Pendant le travail						
Surveillance du travail						
Diagnostic d'engagement						
pH au scalp						
Surveillance du travail d'une présentation du siège						
Surveillance du travail d'une grossesse gémellaire						
Pose d'une tocométrie interne						

Annexe II.g : Bilan semestriel

ANALYSE ET EVALUATION DES COMPETENCES ACQUISES PENDANT LE SEMESTRE 1

Stages réalisés :

Lieux

AUTO EVALUATION

Principaux acquis

Difficultés et points à approfondir

Moyens envisagés

AVIS DU TUTEUR PEDAGOGIQUE

Points positifs

Axes d'amélioration

Moyens proposés

Date

Signature SFE :

Signature ESF :



Annexe III : Appréciation de stage

Annexe III.a : bilan de début et mi-stage

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
U. F. R. des Sciences de la Santé Simone Veil
Département de Maïeutique
2 avenue de la Source de la Bièvre
78180 Montigny-le-Bretonneux
01 70 42 93 07
scolarite-maieutique.sssv@uvsq.fr



APPRECIATION DE STAGE

L'étudiant		
Nom	Prénom	SMA 4
Enseignant de référence		
Le stage		
Lieu	Du	
Service	Au	
Le référent du stage		
Identité	Coordonnées	

Constat de début de stage :	Cadre du service ou référent de stage
<u>Compétences acquises :</u>	
<u>Objectifs personnels :</u>	
	(Date et signature)
Bilan à mi-stage :	Cadre du service ou référent de stage
<u>Axes d'amélioration :</u>	
<u>Points positifs :</u>	
	(Date et signature)

Annexe III.b : bilan de fin de stage

CAPACITÉS PROFESSIONNELLES	Insuffisant	Nécessite des améliorations	Satisfaisant	Totalement satisfaisant
Se montre actif dans son apprentissage				
Se présente avec une tenue appropriée				
Apprend de ses erreurs				
CAPACITÉS DE COMMUNICATION	Insuffisant	Nécessite des améliorations	Satisfaisant	Totalement satisfaisant
Collabore efficacement au sein de l'équipe				
Etablit une relation efficace et respectueuse avec le patient et sa famille				
CAPACITÉS TECHNIQUES	Insuffisant	Nécessite des améliorations	Satisfaisant	Totalement satisfaisant
Réalise les gestes techniques selon les recommandations				
CAPACITÉS CLINIQUES	Insuffisant	Nécessite des améliorations	Satisfaisant	Totalement satisfaisant
Recueille les données de façon ciblée				
Effectue l'examen clinique de façon orientée				
Pose un diagnostic				
Propose une conduite à tenir adaptée et argumentée				
Recueille le consentement de la patiente				
Assure la traçabilité des informations (transmissions)				
Participe à la continuité des soins				
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS	Insuffisant	Nécessite des améliorations	Satisfaisant	Totalement satisfaisant
S'organise en fonction des priorités et de l'urgence				
Décide dans son champ de compétences				
Respecte les principes des vigilances				
Respecte les règles d'hygiène et de confort				
Respecte les recommandations pour la pratique clinique				
APPRECIATION GÉNÉRALE				
AVIS DU CADRE DU SERVICE OU DU BÉNÉFICIAIRE DE STAGE SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS				
Avis favorable <input type="checkbox"/>	Nom(s) et signature(s) du (s) responsable(s)		Date et l'heure :	
Avis défavorable <input type="checkbox"/>				
Absences Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Signature de l'étudiant :			
Nombre :				

Annexe III.c : suivi quotidien

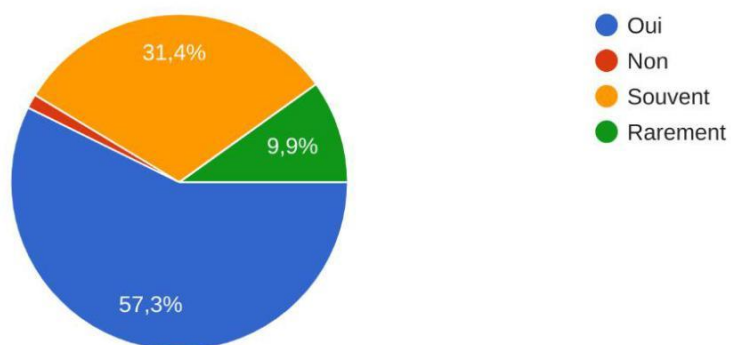
SUIVI DE STAGE

	Capacités atteintes et remarques générales <i>(Cognitives, sensorielles, organisationnelles...)</i>	Plan d'action <i>(Axes d'interventions)</i>
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		
Garde du : L'encadrant :		

Annexe IV : Résultats pré-enquête

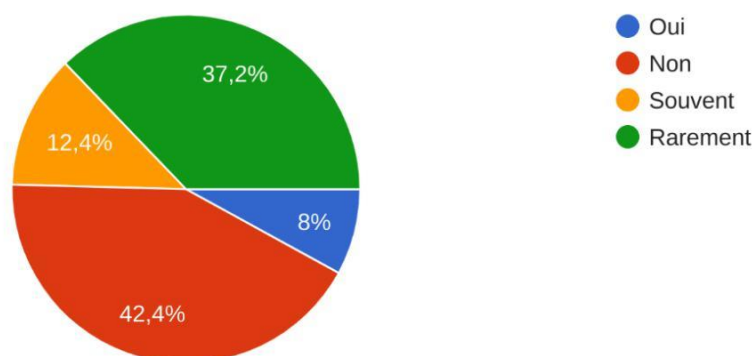
Avant un stage, vous fixez-vous des objectifs personnels ?

363 réponses



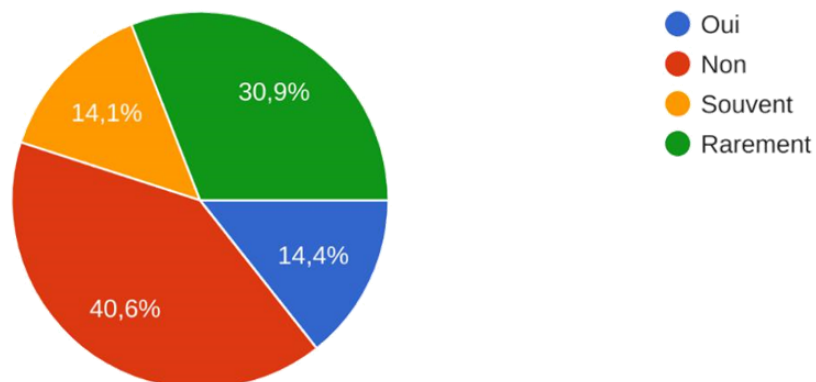
En début de stage, présentez-vous au cours d'un entretien des objectifs personnels à atteindre ?
(en dehors du suivi quotidien)

363 réponses



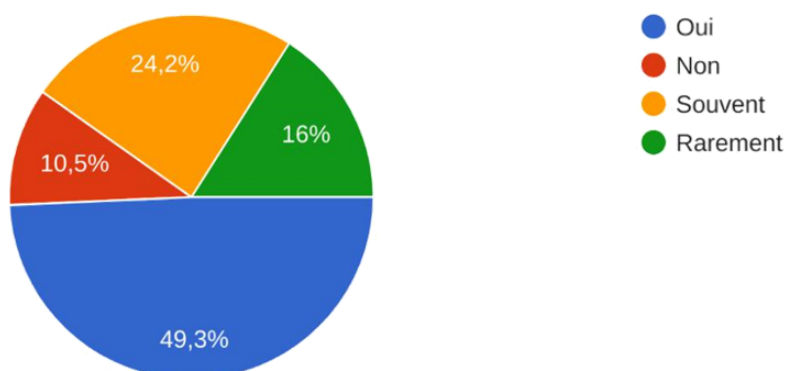
A mi-stage, faites vous un bilan qui fait évoluer vos objectifs personnels ? (en dehors des retours quotidiens)

362 réponses



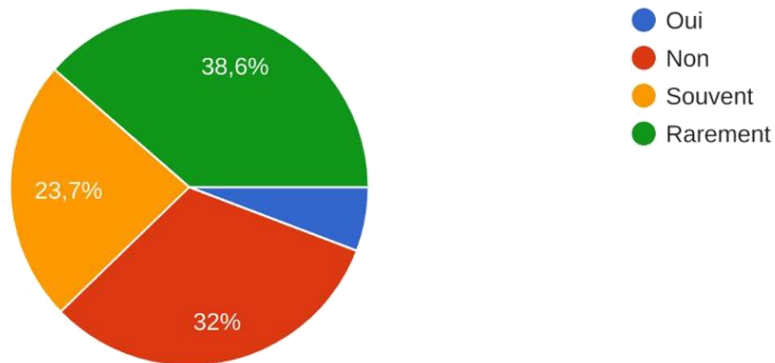
En fin de stage, réalisez-vous un bilan par rapport à vos objectifs personnels en statuant leurs niveaux d'acquisition ? (en dehors du retour quotidien)

363 réponses



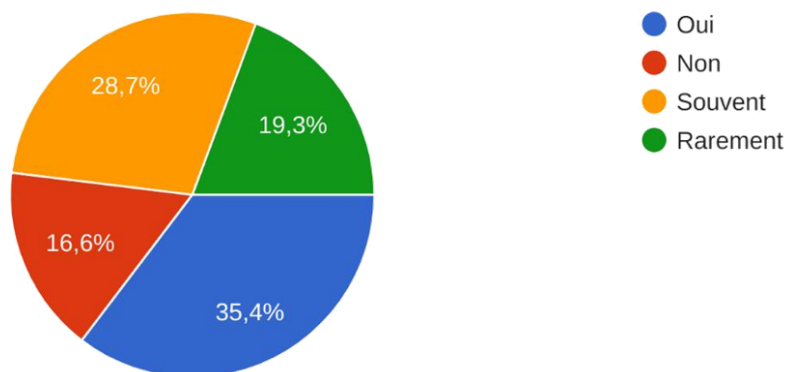
Quotidiennement, présentez-vous vos objectifs personnels à votre- vos encadrant-s du jour ?

363 réponses



Quotidiennement, demandez-vous un retour qui fait évoluer vos objectifs personnels à votre- vos encadrant-s du jour ?

362 réponses



Annexe V : Grille entretien T0

Je te remercie de prendre le temps de participer à mon mémoire. Nous allons réaliser aujourd'hui un entretien semi-directif : les questions sont formulées de manière à t'influencer un minimum et à te laisser une liberté de parole importante.

Le sujet de l'entretien est ton expérience personnelle de ta progression en tant que future sage femme et des dispositifs pédagogiques qui existent.

Selon toi, qu'est-ce qu'un objectif de stage ?

objectifs institutionnels

objectifs personnels

Selon toi, qu'elle est l'utilité des objectifs de stage ?

progression personnelle

acquisition de compétences

Selon toi comment s'utilisent les objectifs de stage .

appréciation de stage

carnet de stage

réfèrent pédagogique

Comment abordes tu tes objectifs de stage avec l'équipe pédagogique de l'école ? moment

réfèrent pédagogique

Prépare tu tes objectifs avant de partir en stage ?

échange avec les pairs

introspection

appréciation de stage

appréciation de stage

Utilises tu le carnet de stage de l'UE clinique ?

comment

quand

difficulté

Abordes tu tes objectifs de stage avec un réfèrent de stage ?

difficulté

intérêt

Abordes tu tes objectifs de stage avec les sages femmes qui t'encadrent ?

moment

contexte

difficulté

intérêt

action concrètes

As tu de mauvaises expériences d'échanges avec les sages-femme sur ta progression ? temps

d'échange, feedback

compagnonnage cognitif

quels moments

quel positionnements

difficulté

évolution garde apres garde

A contrario as tu de bonnes expériences d'échanges avec les sages-femme sur ta progression ?

Comment utilises tu ton appréciation de stage ?

cases entretien

case journalière

bilan

difficulté

accompagné d'un feedback oral

moment

Comment se passe le processus de validation de l'UE Clinique ?

moment

pertinence

application

valorisation

Réalise tu une autoévaluation de ta progression clinique ?

ecrite

en continu

echange avec les sf

As tu des difficultés à utiliser et mettre en oeuvre des objectifs de stage ?

Que penses des outils pédagogiques utilisés dans la formation ?

utilisation

connaissance

mode d'évaluation

pertinence

As tu des difficulté à communiquer avec tes encadrants de tes objectifs de stage, en premier les membres de l'équipe pédagogique

temps

motivation

sentiment d'efficacité

As tu des difficulté à communiquer avec tes référents de stage de tes objectifs de stage temps

motivation

sentiment d'efficacité

As tu des difficulté à communiquer avec les sages femmes qui t'encadrent ? temps

motivation

sentiment d'efficacité

As tu l'impression d'avoir évolué au cours de tes études sur l'utilisation des outils pédagogiques ?

Annexe VI : Fiche action

Avec ton carnet de stage tu peux ...

- lire la page d'objectif spécifique à ton stage
- surligner les objectifs prioritaires pour toi
- Photocopier cette feuille et la mettre dans ton rapport de stage ou même dans les bureaux du stage où tu vas
- remplir au crayon a papier les pages d'auto-évaluation pendant les temps mort des stages
- réaliser ton auto-évaluation à chaud en fin de stage et réfléchir à chaud aux objectifs pour le prochain stage

Avec ton rapport de stage tu peux ...

- insérer la page d'objectifs surlignés pour que les SF la voit
- te fixer des objectifs pour le stage, qui peuvent être autre que ceux que carnet de stage
- penser à des moyens d'actions concrets pour les atteindre
- réaliser ton autoévaluation quotidienne sur une feuille blanche
- remplir la case quotidienne moyen d'action au crayon papier toi meme

Les rapports et carnet de stage ne sont que des supports écrits, Ce qui importe vraiment, ce sont les réflexions que tu mènes et les échanges que tu as avec tes encadrants : ne te satisfait pas d'un doute ou d'un sentiment d'inachevé, va au fond des choses avec tous les encadrants que tu rencontres !

Avec la cadre tu peux

- si la communication semble facile, n'hésite pas à lui parler de tes objectifs et de tes difficultés
- lui demander des idées de moyens concrets pour atteindre tes objectifs
- lui demander de regarder le planning pour savoir si tu rencontreras plusieurs fois une même sage femme clinicienne pendant ton stage : sage-femme référente ?
- si la communication semble difficile, si elle n'a pas le temps, demande lui si tu peux réaliser les entretiens avec d'autres sages femmes, qui t'encadrent

avec la sage-femme qui t'encadre tu peux ...

- si l'activité le permet, lui présenter tes objectifs de stage en début de garde et ton niveau actuel
- discuter avec elle de moyens d'actions précis pour atteindre tes objectifs
- lui demander des retours sur ton niveau au fur et à mesure des actions
- aborder le rapport de stage toi dans la journée
- lui proposer de lire les mots précédents de ses collègues
- Demander un débriefing oral en plus du mot écrit dans le rapport de stage
- lui demander de se positionner sur ton niveau par rapport à tes obectifs
- réaliser des entretiens plus poussés a la moitié et a la fin de ton stage

Tu peux aussi échanger avec d'autres étudiants sur vos objectifs; discuter de tout ça avec les professionnels que tu rencontres; et même mettre des actions en oeuvre dont l'idée te viendra peut-être...

Annexe VII : Grille entretien T1

Ta perception des objectifs de stage a-t-elle évolué depuis le dernier entretien ?

Ton utilisation des objectifs de stage a-t-elle évolué depuis le dernier entretien ?

Quel résultat et efficacité as tu ressenti vis à vis d'une évolution de tes pratiques d'étudiant actif ?

Quelles difficultés as tu ressenti dans la mise en application des propositions de la fiche action ?

Quels ont été les échanges sur les outils pédagogiques avec d'autres étudiants depuis le dernier entretien ?

Quels ont été les changements dans les relations pédagogiques avec tes encadrants depuis le dernier entretien ?

Coordinatrice des stages

clinicien encadrant

sage femme enseignant

Penses tu pouvoir mettre des actions en place sur ton prochain stage vis à vis de l'utilisation de tes outils pédagogiques ?

Pour **chaque élément du rapport** de stage peux tu me dire :

Comment l'as tu utilisé pendant ton stage par rapport à avant notre première rencontre ?

Comment penses tu pouvoir améliorer son utilisation de toi-même ?

Comment l'améliorerais tu si tu en avais la possibilité ?

Pour **chaque élément du carnet** de stage peux tu me dire :

Comment l'as tu utilisé pendant ton stage par rapport à avant notre première rencontre ?

Comment penses tu pouvoir améliorer son utilisation de toi-même ?

Comment l'améliorerais tu si tu en avais la possibilité ?