

Evaluation des difficultés du raisonnement clinique chez les étudiantes sages-femmes au Maroc

Evaluation of clinical reasoning difficulties among midwifery students in Morocco

Lamy ALLAM

Doctorante

Faculté des Sciences de l'Education

Université Mohammed V

Homme – Société - Education

Maroc

Lamyamall@gmail.com

Moulay Smail HAFIDI ALAOUI

Professeur des Universités

Université Mohammed V

Homme – Société - Education

Maroc

Hafidi.alaoui@um5.ac.ma

Souad KHACHANI

Doctorante

Faculté des Sciences Juridique et Economique

Université Mohammed V

Laboratoire Droit public et Sciences Politiques

Maroc

S.Khachani@gmail.com

Date de soumission : 24/08/2023

Date d'acceptation : 19/10/2023

Pour citer cet article :

ALLAM A. & al. (2023) « Evaluation des difficultés du raisonnement clinique chez les étudiantes sages-femmes au Maroc », Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 6 : Numéro 4 » pp : 425 - 451

Résumé

Les sages-femmes utilisent le raisonnement clinique (RC), pour résoudre les problèmes de santé des patientes. Son apprentissage n'est pas toujours aisé en formation initiale et les étudiants éprouvent des difficultés.

Dans le but d'évaluer l'acquisition du processus du RC, les difficultés et les facteurs qui y sont associés, une étude mixte a été menée auprès de 46 étudiantes de la filière sage-femme de l'Institut Supérieur des professions Infirmières et des Techniques de la Santé de Kenitra. La collecte de données est réalisée en milieu hospitalier par le biais d'une grille de supervision directe, appuyée par la pratique réflexive des enseignantes.

Les résultats montrent que la grille de supervision directe a une forte constance (Coefficient Alpha de Cronbach = 0,968). 63% des étudiantes ont un niveau d'acquisition du RC moyennement optimal. 19,6% ont mobilisé le processus hypothético-déductif de manière optimale. 80,4% ont manifesté des difficultés de RC. Le niveau d'étude est statistiquement associé à l'acquisition du raisonnement clinique, au type du processus de raisonnement mobilisé, ainsi qu'à la présence des cinq difficultés. L'association statistique par Khi2 entre les difficultés d'apprentissage du RC et les facteurs cognitifs est fortement significative.

Mots clés: Evaluation ; difficultés de raisonnement clinique ; étudiantes sages-femmes ; ISPITS ; Maroc.

Abstract

Midwives use clinical reasoning (CR) to solve patients' health problems. Learning this skill is not always easy in training and students have difficulties.

In order to evaluate the acquisition of the CR process, its difficulties and the factors associated with it, a mixed and prospective study was conducted with 46 students in the midwifery program at Kenitra in Morocco. Data collection was carried out in the clinical setting using a direct supervision grid, supported by the reflective practice of teachers.

The results showed that the direct supervision grid had a high degree of consistency. Also, 63% of the students had a moderately optimal level of CR acquisition and only 19.6% mobilized the hypothetico-deductive process optimally. 80.4% showed difficulties and 74% of the sample had cognitive factors that impeded learning CR. The statistical association between CR learning difficulties and cognitive factors is highly significant.

Key words: Evaluation; clinical reasoning difficulties; midwifery students; ISPITS; Morocco

Introduction

Le RC est une activité mentale difficile à observer, associée au manque d'outils de diagnostic pédagogique, l'apprentissage et l'évaluation de cette habileté demeure peu aisés. De plus, le diagnostic pédagogique des difficultés de RC se fait souvent tardivement (Audétat, Laurin, & Sanch et al, 2011).

En effet, ces difficultés peuvent concerner une étape ou plus du processus de RC. Elles peuvent être sous forme de dysfonctionnements, dans la façon dont l'étudiant conduit son interrogatoire, la hiérarchisation des éléments cliniques ou les investigations complémentaires demandées. Elles sont tous des indices qui reflètent que l'apprenant éprouve des difficultés à faire des liens entre les concepts dans la situation clinique. Les dysfonctionnements éprouvés lors de la synthèse des éléments recueillis, pendant leur analyse et pour la prise de décision, renseignent sur la qualité et le résultat des processus inférentiels mobilisés (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012).

Au Canada, les difficultés de RC touchent jusqu'à 15% des étudiants des facultés de médecine (Audétat, Laurin, & Sanch et al, 2011 ; NENDAZ, CHARLIN, LEBLANC et al, 2005). En France, une étude menée à l'Ecole de Maïeutique de Marseille sur les difficultés de RC des étudiantes sages-femmes, a soulevé que les difficultés identifiées a concerné directement des tâches cognitives qui concernaient le recueil de données chez un tiers des étudiants; l'évaluation de la gravité du diagnostic pour la quasi-totalité des étudiants et l'argumentation du pronostic pour plus de la moitié (Demeester, Eymard, Marchand et al, 2010).

En 2011, une autre étude réalisée auprès des responsables de formation des trente-deux écoles de sages-femmes du territoire français métropolitain, a mis en évidence que 43 % des projets pédagogiques intégraient l'apprentissage du RC et qu'à l'exception de quelques initiatives isolées, les outils et techniques développés étaient très insuffisants pour l'enseigner (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012).

Au Maroc, chaque année environ 500¹ étudiantes suivent leur formation selon un système d'alternance à la filière sage-femme au niveau des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS²). Elle est la condition sine qua non du développement des compétences chez ces futures professionnelles. Les simulations en salle de laboratoires ont leurs limites et la construction de l'identité professionnelle nécessite comme

¹ Division de la Formation, service de la Formation de Base, Ministère de la Santé du Royaume de Maroc

² Fond des Nations Unies pour La Population : www.unfpa.org

chez les infirmiers(ères) et les médecins, un passage obligé dans des équipes professionnelles. Le descriptif de formation de ladite filière préconise l'apprentissage du RC ; Néanmoins, la suprématie des compétences techniques reste très remarquable dans la formation initiale des futurs professionnels de santé marocains par rapport à toutes les autres soft-skills (Darraj, Gourja, Faiq, Tace & Belaaouad, 2020 ; Zaim & Hafidi Alaoui, 2023). Alors que les sages-femmes doivent être capables de recueillir les données pertinentes sur les patientes, les analyser, les interpréter, faire des liens entre les données, formuler des hypothèses, les vérifier et formuler des jugements cliniques et des plans d'intervention (Ministère de la Santé, 2013) avant de passer à l'exécution technique des soins.

De plus, la spécificité du champ d'exercice de la sage-femme, exige aux étudiantes d'apprendre et de se développer dans un contexte souvent caractérisé par le stress, l'urgence et le contrôle de soi. Elles doivent être capables d'établir les diagnostics cliniques et particulièrement d'identifier les complications obstétricales et néonatales à temps, d'évaluer les pronostics et de décider un plan d'intervention efficace dans les normes des délais (Ministère de la Santé, 2013). De façon générale, les études sur les difficultés de RC sont rares au Maroc. En ce qui concerne les étudiantes sages-femmes aucun travail de recherche n'a été mené sur l'apprentissage et l'évaluation du RC. Néanmoins, en 2014 une enquête a été menée auprès de 65 étudiants en Médecine à Rabat. Elle a soulevé que les difficultés de RC perçues par les étudiants étaient en rapport avec l'incapacité décisive chez 26% de la population, suivie de l'insuffisance des connaissances chez 25,5%, puis d'une désorganisation des données chez 16%, de la mauvaise interprétation des bilans chez 13%, la difficulté d'intégrer le rôle de médecin chez 10,5% et l'absence de vérification d'hypothèses chez 9% (Boujoual, Chaouir & Babahabib, 2016).

Pour le contexte local à l'ISPITS de Kenitra, des entretiens préliminaires avec deux enseignantes ont ressorti que souvent les stagiaires éprouvent des difficultés de RC tout au long de la démarche clinique, et qui sont perçues de façon intuitive et tardive. Aussi, elles ajoutent que, le diagnostic pédagogique reste global et indifférenciée. Dans le même sens de ce qui était dit précédemment, quel est le niveau d'acquisition du raisonnement clinique par les étudiantes sages-femmes de l'ISPITS de Kenitra ? présentent-elles des difficultés de son apprentissage ? Et quels sont les facteurs expliquant ces difficultés ? Pour répondre à nos questionnements, une étude mixte a été menée auprès d'un échantillon d'étudiantes de la filière sage-femme associée à la pratique réflexive auprès des enseignantes. Le présent document renseigne brièvement sur les concepts clés dans son cadre théorique, puis relate la méthodologie, les résultats ressortis et leur discussion avec la proposition de pistes d'amélioration.

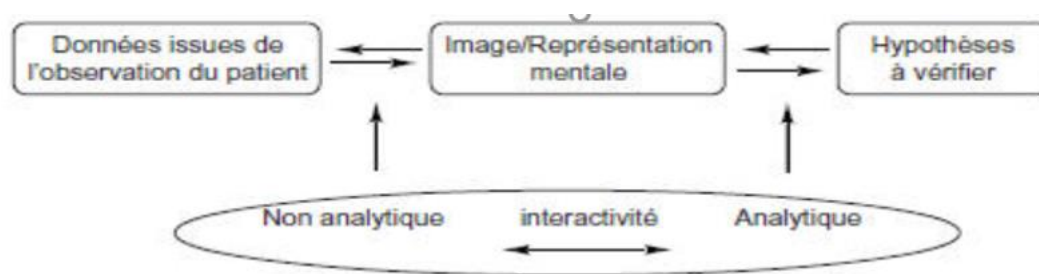
1. Cadre théorique

Le cadre théorique adopté pour étudier les difficultés du RC est celui d'Audétat, Laurin, & Sanch et al, (2011).

1.1. Raisonnement Clinique

Le RC est un ensemble de processus mentaux mobilisés par les professionnels de santé pour la résolution de problème de santé. Il existe plusieurs modèles de RC, dans notre étude nous avons adopté le modèle hypothético-déductif (analytique), le pattern cognition (non-analytique) et le modèle mixte (figure 1).

Figure 1 : Modèle de RC mixte combinant les processus analytique et non analytique



Source : Elaboration des auteurs

Le RC ne possède pas vraiment de définition claire et consensuelle, mais il a des attributs, des antécédents et des conséquents. En effet, les attributs du RC sont : l'utilisation de la cognition, l'utilisation de stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), la démarche d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives. Quant aux antécédents du RC, ils incluent l'expérience de la personne dans son domaine, ses connaissances, sa mémoire à court et à long terme, la perception de signaux, la collecte de données ainsi que l'utilisation de l'intuition. Enfin, les conséquents du RC sont la prise de la décision, le passage à l'action (la décision d'intervenir), la formation d'un jugement clinique et finalement, la résolution ou non du problème (Côté & St-Cyr Tribble, 2012).

1.2. Difficultés d'apprentissage du raisonnement clinique

Le Tableau 1 explique en résumé les cinq difficultés du RC et leurs significations.

Tableau 1: Résumé des difficultés du RC

Etapes du RC	Catégories de Difficultés
Génération d'hypothèses et récolte de données	D1: Difficultés (1) dans la perception des indices, dans la génération d'hypothèse, dans l'orientation de la récolte des données: l'étudiant n'identifie ou ne sélectionne pas les éléments clés ou les indices qui pourraient orienter la génération des hypothèses diagnostiques, ou ne génère pas un certain nombre d'hypothèses diagnostiques pour orienter son raisonnement ou n'oriente ni ne cible sa collecte de données;
Raffinement et traitement des hypothèses	D2: Problème de fermeture précoce: C'est une fermeture passive par défaut de génération d'hypothèse différentielle ou active par une focalisation rapide sur un élément. L'étudiant se centre rapidement sur une seule hypothèse diagnostique et conduit le questionnaire de façon superficielle ou orientée exclusivement en fonction de cette hypothèse diagnostique ; D3: Difficulté (3) de priorisation: L'étudiant a la difficulté de centrer l'entrevue sur les éléments les plus importants notamment quand il y a plusieurs plaintes. Ainsi, il éprouve la difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des indices ou des informations recueillies ;
Diagnostic final et élaboration d'un plan d'intervention	D4: Difficulté (4) à élaborer un portrait global de la situation clinique: L'étudiant ne fait pas de liens entre les différentes données, n'intègre pas la perspective du patient ni les données du contexte pour construire un portrait de la situation clinique et y ajuster son plan d'investigation ou de traitement; D5: Difficulté (5) à élaborer un plan d'intervention: Cette difficulté consiste à ce que le processus d'intégration et de synthèse de tout le processus de raisonnement est insatisfaisant et l'étudiant débouche sur des plans d'intervention inadéquats.

Source : selon le guide de Audétat, Béique, et al (2011)

2. Méthodes et matériels

C'est une étude descriptive mixte. Elle appartient au champ de l'évaluation des apprentissages. Elle est aussi explicative et s'intéresse aux associations statistiques entre les variables.

2.1. Lieu de l'étude

Le service d'admission gynéco-obstétricale à la maternité hospitalière IDRISI à Kenitra au Maroc, a été choisi comme lieu de l'enquête, vu le nombre important des accouchements qu'elle assume annuellement (12055 accouchements en 2017), ainsi que sa vocation comme une structure de recours qui reçoit et gère les cas obstétricaux à risque ou compliqués. Ces

caractéristiques contribuent à la disponibilité des ressources pédagogiques cliniques de niveaux de complexité variés et qui requièrent l'utilisation des différentes étapes du processus du RC.

2.2. Population et échantillonnage

La population à l'étude est les étudiantes de la filière sage-femme de l'ISPITS de Kenitra dont N=72. Un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a permis d'inclure toute étudiante qui a bénéficié des enseignements/apprentissages cliniques pendant au moins un semestre et ayant reçu au moins les modules théoriques relatifs à la physiologie de la grossesse, l'accouchement normal, l'accouchement pathologique, les urgences obstétricales et les grossesses à risque. En fait, 25 étudiantes sont au semestre 4 et 23 au semestre 6 (n=48) ont été incluses. Toutes de sexe féminin, l'âge moyen est 20,5 ans et il n'y avait pas de redoublantes.

2.3. Recueil et analyse des données

- La supervision directe :

La collecte des données a été faite durant la période du stage à l'aide d'une grille (Annexe 1) de supervision directe élaborée et validée dans le contexte canadien par Audétat, Béique, Caire Fon, Laurin & Sanche. Elle est publiée en 2011 dans le "Guide au soutien du diagnostic des difficultés du RC". L'échelle de mesure que nous avons adoptée est sémantique à trois échelons: Optimal, inconstant et sous optimal. Une sage-femme clinicienne experte qui a une expérience de 14 ans de travail au service des admissions et qui a déjà reçu une formation sur le tutorat a été associée à la chercheuse pendant la supervision directe. Les étudiantes ont été supervisées en prenant en charge trois cas cliniques. Le choix du degré de la complexité des cas est fait selon le niveau des objectifs de la formation des étudiantes.

Toutes les données collectées étaient saisies sur SPSS. Les résultats se sont présentés à l'aide de la statistique descriptive sous forme de fréquences. Puis des associations univariées ont été réalisées à l'aide du test de Chi-2 ($\alpha = 0,05$). Les mesures de correction par le test de Fisher ont été considérées quand les effectifs ne répondent pas aux normes du Khi2.

- La pratique réflexive des enseignantes :

Le recueil des données s'est poursuivi par le biais de la pratique réflexive des enseignantes. La finalité de la pratique réflexive est d'aider les enseignantes à améliorer leur pratique enseignante afin d'établir des plans de remédiation. Dans ce cadre, un comité composé de quatre enseignantes de la filière sage-femme et de la sage-femme clinicienne experte a été formé. Elles étaient appelées à réfléchir et à analyser les résultats issus de la supervision directe des étudiantes et les confronter aux pratiques enseignantes du RC. La durée de la réunion est 1h30.

Les données récoltées étaient transcrites et analysées en identifiant et catégorisant les items ressortis.

2.4. Considérations éthiques :

Avant de commencer l'enquête, nous avons obtenu des autorisations administratives au niveau de l'hôpital El Idrissi et à l'ISPITS de Kenitra. Ainsi que le consentement libre et éclairé des participantes à l'étude, nous les avons informés aussi sur le respect de l'anonymat et la confidentialité des données récoltées.

3. Résultats

3.1. Evaluation de la fiabilité de la grille de supervision directe dans le contexte marocain :

Les résultats montrent que la grille de supervision directe a une forte constance (coefficient Alpha de Cronbach = 0,968).

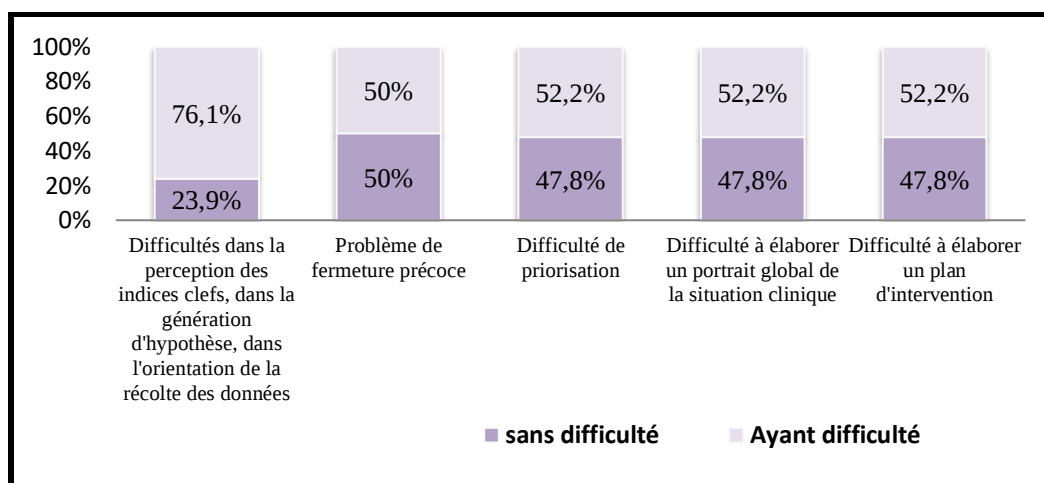
3.2. Évaluation de la performance des étudiantes en RC :

L'acquisition du processus de RC est optimale chez seulement 19,6% et moyennement optimal chez 63% des participantes. Tandis qu'il est sous-optimal chez 17,4%. 18% était incapable de verbaliser leur RC. 45,7% des participantes ont mobilisé le processus de RC Mixte, 19,6% ont adopté le RC hypothético-déductif et 34,8% ont utilisé le modèle des Pattern Recognition.

L'association statistique entre le niveau d'étude et le niveau d'acquisition du RC est significative ($p=0.005$).

3.3. L'identification des types des difficultés de RC :

80,4% des participantes ont manifesté des difficultés de RC (Figure 1).

Figure 2 : Répartition des participantes selon les types des difficultés de RC éprouvées

Source : Elaboration des auteurs

La difficulté (D1) "la perception des indices clefs, la génération d'hypothèses et la collecte des données pertinentes" touche 76,1%. Les difficultés de priorisation (D2), d'élaboration d'un portrait global de la situation (D4), d'élaboration d'un plan d'intervention (D5) et le problème de la fermeture précoce (D3) touchent la moitié de l'échantillon.

Le croisement des données entre le niveau d'acquisition du RC et les 5 difficultés, montre que la totalité des étudiantes ayant un niveau d'acquisition de RC sous-optimal, ont manifesté les cinq difficultés de RC.

Pour les étudiantes ayant un RC moyennement optimal: 89,7% ont présenté la difficulté (1).

Le test de Khi2 démontre qu'il existe une association statistique forte entre le niveau d'acquisition du RC et les cinq difficultés ($p = 0.000$ pour chacune des difficultés).

3.4. L'analyse des facteurs des difficultés d'apprentissage du RC (Tableau 2 et 3)

Tableau 2 : Répartition des étudiantes ayant des difficultés de RC selon le type des facteurs influençant leur raisonnement

Facteurs	% des étudiantes
Facteurs cognitifs	74
Facteurs d'ordre communicationnel	50
Facteurs liés aux attitudes de l'apprenante	47

Source : Elaboration des auteurs

Parmi l'ensemble des participantes ayant eu des difficultés de RC, 74% ont manifesté des facteurs d'ordre cognitif comme entrave à l'optimisation de leur RC, 50% ont eu des obstacles en matière de communication et 47,8% ont été influencées par des facteurs liés à leurs attitudes.

Tableau 3 : Association statistique des trois catégories de facteurs et l'acquisition du RC

	Acquisition du Raisonnement clinique % (n)			Test de Khi-2
	Sous optimal	Moyennement -optimal	Optimal	
Facteurs cognitifs	23,5%(8)	76,5%(26)	0% (0)	p= 0.000
Facteurs communicationnels	21,7%(5)	78,3%(18)	0% (0)	p= 0,004
Les attitudes des étudiants	22,7% (5)	77,3% (17)	0% (0)	p= 0,006

Source : Elaboration des auteurs

Le tableau 3 montre que 76,5% des étudiantes présentant des facteurs cognitifs, ont une acquisition du RC Moyennement optimal, alors que 23,5% ont un niveau sous-optimal. Le test de Khi2 prouve qu'il existe une forte association statistique significative entre ces deux variables (p= 0.000).

3.5. L'Association entre les difficultés de RC et les sous-facteurs cognitifs, communicationnels et ceux liés aux attitudes personnelles : (Tableau 4)

Tableau 4 : Association des différents facteurs et les difficultés de RC

	Difficultés du Raisonnement clinique % (n) & Khi-2 ou test de Fisher si effectif réduit				
	D1 (n=34)	D2 (n=23)	D3 (n=24)	D4 (n=24)	D5 (n=25)
F. cognitifs (n=34)	94,1%(32) p=0.000*	67,6%(23) p=0.000	64,7%(22) p=0,004	67,6%(23) p= 0.000	73,5 % p= 0.000
Défaut d'organisation (n= 11)	100% (11) p= 0,044*	81,8% (9) p=0,016	90,9%(10) p=0,003*	72,7% (8) p=0,118	90,9%(10) p=0,005
Défaut de mise de liens (n= 20)	90% (18) p= 0,029	75% (15) P=0,003	60% (12) p= 0,351	65% (13) p= 0,127	85% (17) p=0.000
Défaut d'activation (n= 10)	100% (10) p= 0,044*	70% (7) p= 0,153	70% (7) p= 0,289*	60% (6) p= 0, 725*	50% (5) p= 1*
Méconnaissance du RC (n= 15)	100% % p= 0,005*	100% (15) p=0.000	86,7%(13) p= 0,001	93,3% p=0.000	100%(15) p=0.000
Lacunes théoriques (n=16)	100% % p= 0,004*	75% (12) p= 0,013	68,8%(11) p= 0,1	81,2% p= 0,004	87,5% p= 0,001

Facteurs communicationnels	F.Communica-tionnel (n=23)	100% (23) p=0.000	69,6%(16) p= 0,008	69,6%(16) p= 0,018	56,5% p= 0,555	56,5% p= 0,767
	Patiente difficile(n= 7)	100% (7) p= 0,165*	57,1% (4) p= 1*	71,4% (5) p= 0,418*	28,6%(2) p= 0,234*	57,1%(4) p= 1*
	Trop de plaintes et de demandes (n=6)	100% (6) p= 0,317*	66,7% (4) p=0,665*	100% (6) <u>p=0,012*</u>	66,7%(4) p= 0,446*	50%(3) p= 0,819*
	Transformation sémantique (n=10)	100% (10) <u>p=0,044*</u>	80% (8) <u>p=0,032*</u>	60% (6) p=0,725*	60%(6) p=0,725*	70%(7) p=0,306*
	Inconscience du Niveau Intellectuel de la patiente(n=6)	100% (6) p= 0,317*	66,7% (4) p=0,665*	83,3% (5) p=0,190*	83,3%(5) p=0,190*	33,3%(2) p=0,390*
Les attitudes des étudiants	F. Attitudes (n=20)	95% (19) <u>p= 0,004</u>	70% (14) <u>p= 0,017</u>	41,7%(10) <u>p= 0,034</u>	37,5%(9) <u>p= 0,007</u>	44%(11) p= 0,062
	Anxiété de performance (n= 1)	100 % (1) p=1*	100 % (1) p=1*	0% (0) p=0,478*	0% (0) p=0,478*	100 % (1) p=1*
	confiance excessive (n= 1)	100 % (1) p=1*	100 % (1) p=1*	0% (0) p=0,478*	0% (0) p=0,478*	0% (0) p=0,451*
	Sentiment d'insécurité (n= 9)	100 % (9) p=0,86*	89,9% (8) <u>p=0,022*</u>	77,8% (7) P=0,139*	77,8% (7) p=0,139*	89,9%(8) <u>p=0,027*</u>
	Malaise de certaines questions (n= 8)	100 % (8) p=0,09*	50 % (4) p=1*	75% (6) p=0,247*	37,5% (3) p=0,451*	37,5 % (3) p=0,439*
	Manque de sensibilité (n=8)	87,5% (7) p=0,660*	62,5%(5) p=0,699*	75% (5) p=0,247*	100% (8) <u>p=0,004*</u>	62,5% (5) p= 0,710*

Source : Elaboration de l'auteur

- Facteurs cognitifs :

Pour les étudiantes chez qui les facteurs cognitifs ont été observés, le croisement des données montre que la majorité ont présenté les difficultés D1, D2, D4 et D5. Le test de Khi2 démontre une forte association statistique entre ces 4 difficultés et les facteurs cognitifs (**p= 0.000**).

Le croisement des données montre aussi que les étudiantes chez qui on a observé le sous-facteur "Méconnaissance des processus de RC" ont présenté les cinq difficultés avec des fréquences importantes (la totalité des étudiantes ont eu la D1, la D2 et la D5; presque la totalité la D4 et la D3). Le test de Khi2 démontre une forte association statistique dont **p=0.000** pour les difficultés D2, D4 et D5.

Quant aux étudiantes chez qui on a observé le sous-facteur "Défaut d'organisation des connaissances", la totalité ont eu la D1, la majorité ont présenté la D3, D2, D5 et D4. Quant à l'association statistique entre ce sous-facteur et les difficultés D1, D2, D3 et D5, elle est significative. Alors qu'elle ne l'est pas avec la D4.

Également, les étudiantes présentant le facteur "Défaut de mise de liens avec la situation" ont présenté les cinq difficultés de RC : 90% pour D1, 85% pour D5, 75% pour D2, 65% pour D4 et 60% pour D3. L'association statistique du même sous-facteur aux difficultés D1 et D2 est statistiquement significative, alors que pour la difficulté D5, l'association statistique est fortement significative ($p=0.000$). Tandis que, il n'existe pas d'association statistique avec les difficultés D3 et D4.

Pour le sous-facteur "Défaut d'activation", toutes les étudiantes chez qui il s'est manifesté, ont présenté la D1. Tandis que, les pourcentages issus de son croisement avec les difficultés D2, D3, D4 et D5 variant entre 70% et 50%. L'association statistique entre ce facteur et la difficulté D1 est la seule qui est significative ($p= 0,034$).

- Facteurs communicationnels :

Les résultats ont montré que les facteurs communicationnels sont moins observés chez les étudiantes en comparaison avec les facteurs cognitifs. La totalité des étudiantes ayant présenté des facteurs communicationnels, ont présenté la D1 et la majorité d'entre elles ont manifestés les quatre autres difficultés : D2, D3, D4 et D5.

L'association statistique de cette catégorie des facteurs avec la D1 est fortement significative ($p= 0,000$).

Le sous-facteur "Transformation sémantique" est le plus fréquent dans cette catégorie. Les étudiantes présentant cet obstacle, ont présenté à 100% la D1 ainsi que majoritairement les difficultés D2, D3, D4 et D5. L'association statistique entre ce sous-facteur et les difficultés D1 et D2 est significative. Tandis qu'il n'existe pas d'association avec la difficulté D3, D4 et D5.

Le croisement du sous-facteur "Trop de plaintes et de demandes" aux cinq difficultés démontre que la totalité des étudiantes chez qui il est observé, ont présenté la D3, dont ces deux variables ont une association statistiquement significative ($p=0,022$). Tandis que le test de Khi2 démontre l'absence d'association statistique entre ce sous-facteur et les difficultés D1, D2, D4 et D5.

- Facteurs liés aux attitudes personnelles :

Le croisement des données montre que les Facteurs liés aux attitudes personnelles sont moins fréquents en comparaison avec les facteurs cognitifs et communicationnels.

De surcroît, parmi les participantes ayant présenté les facteurs liés aux attitudes personnelles, on a observé la D1 et la D2 chez la majorité. Tandis que moins de la moitié ont présenté la D3, la D4 et la D5. L'association de cette catégorie des facteurs avec les difficultés D1, D2, D3 et D4 est statistiquement significative.

Le sous-facteur le plus fréquent dans cette catégorie est le "sentiment d'insécurité". La totalité des étudiantes présentant ce sous-facteur ont eu la difficulté D1, alors que la majorité ont présenté les difficultés D2 et D5, D3 et D4. L'étude des associations entre ce sous-facteur et les difficultés a prouvé que le degré de signification est inférieur au seuil de signification seulement pour les difficultés (D2 : $p = 0,022$ et D5 : $p = 0,027$).

Le facteur "manque de sensibilité face aux patientes" : les étudiantes ayant eu ce sous-facteur ont présenté les cinq difficultés. Néanmoins, seule la difficulté D4, a une association statistiquement significative avec ce sous-facteur soit $p = 0,004$.

Les sous-facteurs : "Confiance excessive", "Anxiété de performance" demeurent les moins fréquents et leurs associations à chacune des cinq difficultés n'est pas statistiquement significative.

3.6. Résultats issus de la pratique réflexive des enseignantes :

Les participantes au comité de réflexion déclarent que les résultats issus de la grille d'évaluation sont conformes avec leurs propres perceptions fondées sur leur expérience. En effet, les enseignantes ont confirmé que l'acquisition du RC est plus optimale en avançant dans la formation que dans ses deux premières années. Le processus "Pattern recognition" est le plus mobilisé. Alors que le processus "hypothético-déductif" est acquis plus tard, ainsi que les étudiantes qui réussissent le mieux leurs apprentissages cliniques, sont celles qui savent choisir entre les deux processus de RC ou les combiner selon les situations pour résoudre un problème de santé : « ...mais elles existent d'autres qui ne savent pas d'où commencer et elles optent à une sorte de "copier-coller" des modèles de prise en charge déjà observés... ». (M- enseignante à l'ISPITS)

Selon le comité, la difficulté D1 est la plus rencontrée lors des stages notamment chez les étudiantes du semestre 4, suivie par la difficulté D3 relative à la capacité de priorisation et la difficulté D5 la capacité à intégrer les éléments clefs pour élaborer un plan d'intervention :

« Souvent les étudiantes en 2ème année, font une collecte des données très large, éparpillée et manque de structuration.... Un interrogatoire standard automatique sans orientation sur ce qu'elle cherche... »; (H - enseignante à l'ISPITS)

« ...Quand je lui demande pourquoi tu as avancé cette question ou ce diagnostic alors que tu as posé des questions autour de l'élément X et c'est évident qu'il est le plus urgent, elle me regarde avec exclamation, je comprends qu'elle a du mal à prioriser... »; (M-enseignante à l'ISPITS)

« ... elle restitue le protocole des gestes techniques ou médicamenteux sans prendre en considération le contexte...les plus douées savent adapter le protocole à la situation » ; (I- Sage-femme clinicienne)

- Les facteurs influençant l'apprentissage du RC :

L'autoréflexion de chacune des participantes et la discussion des besoins et des contraintes qui contribuent à l'apparition des difficultés ont illustré les propos suivants :

Facteurs liés à l'étudiante :

- ✓ Les lacunes théoriques, le défaut d'organisation des connaissances et de transfert, et l'absence de pratique réflexive sur son apprentissage (Métacognition);
- ✓ L'incapacité à gérer la collecte des données pour des obstacles communicationnels comme le défaut d'écoute active, le manque d'empathie ;
- ✓ Quelques étudiantes peuvent manifester des attitudes comme l'insécurité et l'anxiété notamment devant les cas urgents, d'autres paniquent et perdent le fil conducteur sous pression ou devant des patientes difficiles à gérer ou juste en présence du superviseur ;
- ✓ Une catégorie des apprenantes est peu coopérantes et elles s'impliquent peu dans la formation. Elles ont une attitude passive et ne cherchent que la validation de stage.

Facteurs liés au temps de formation jugé réduit :

- ✓ Face à la diversité des rythmes d'apprentissage entre les étudiantes, le temps alloué à l'enseignement/apprentissage clinique du RC est jugé réduit. Il est influencé par la rareté des sites de stage, les effectifs importants des stagiaires et la multitude des tâches des enseignants.
- ✓ Le temps consacré à l'enseignement du RC en classe est rare et il se fait durant des travaux dirigés comme dans les études des cas cliniques dans les modules de pathologies :

"Pas mal de fois nous pourrions avoir des cours à l'institut avec un niveau alors que d'autres étudiants d'autres niveaux sont sur le terrain de stage...la période des examens souvent on commence par un niveau les autres continuent leur stage une ou deux semaines après..."; (H- enseignante à l'ISPITS)

Facteurs liés aux dispositifs de formation :

- ✓ Le manque des outils pour l'enseignement et l'évaluation du RC: La formation n'est pas consolidée par des outils spécifiques à l'évaluation du RC et qui aident à l'identification de

ses difficultés. Les outils d'évaluation disponibles portent sur la démarche clinique en général, les aspects éthiques, communicationnels et disciplinaires.

Les facteurs liés aux sites de stage :

- ✓ Les conditions d'exercice au niveau des sites de stage sont caractérisées par le manque des ressources humaines et une charge de travail augmentée, ceci conduit à la perception des stagiaires comme "Une petite main" utile à réaliser le maximum de tâches possibles sans prendre en considération les objectifs de leur apprentissage.
- ✓ L'écart immense entre l'idéal de la pratique enseignée à l'institut et la pratique réelle en milieu professionnel, notamment en ce qui concerne l'éthique professionnelle, les droits de l'Homme et les normes relationnelles, constitue un facteur de démotivation des étudiantes et des enseignantes.

4. Discussion

4.1 Le niveau d'acquisition du RC

Les résultats de ce travail montrent que seulement le un cinquième des étudiantes maîtrise les processus du RC parfaitement. En contrepartie, la majorité ont eu un niveau d'acquisition du RC moyennement optimal (soit des prises en charge inconstantes). Ceci, démontre que les étudiantes accèdent tardivement dans leurs études au RC. Ces résultats corroborent avec ceux issus d'une étude réalisée auprès de 141 étudiantes de la filière maïeutique à l'école universitaire de Marseille en France, et qui a révélé que la majorité des étudiantes ont eu un niveau de performance en RC moyen, voire même légèrement inférieur par rapport au niveau acceptable de performance (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012). En effet, le plus souvent, les étudiantes ne sont pas informées sur le processus du RC. Alors qu'être conscient de son processus de raisonnement améliore l'organisation des connaissances dans la mémoire (Nendaz, Charlin, Leblancet al, 2005).

De plus, l'enseignement du RC se fait de manière implicite et aléatoire. Aussi, les enseignements cliniques (notamment par le personnel soignant) se focalisent sur les protocoles et le résultat de la prise en charge, en négligeant les processus cognitifs mobilisés pour y arriver. De ce fait, les étudiantes produisent au lieu d'apprendre en produisant. Or, les modèles d'apprentissage fondés sur l'application rigoureuse de procédures et la production sont anti-constructivistes et nuisent à la construction du RC (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012).

Le croisement du niveau d'acquisition du RC au niveau d'étude, a démontré une association statistiquement significative. On pourrait l'expliquer par la focalisation de la formation sur le

développement des aspects cognitifs chez les étudiantes. Ce propos est appuyé par la forte association statistique entre le niveau d'étude et le facteur cognitif. D'ailleurs, le niveau de performance des étudiantes du semestre 6 était plus élevé que celui des étudiantes du semestre 4. De plus, elles ont présenté moins de contraintes cognitives. Chose qui pourrait être expliquée par l'expérience clinique et les connaissances acquises par ces étudiantes, et qui ont renforcé leurs capacités en RC. Dans ce cadre, Bordage illustre que le développement du RC nécessite du temps, elle ajoute qu'elle se fait par l'interaction entre les connaissances et l'expérience clinique, renforcée par une composante essentielle qui est le niveau d'organisation des connaissances en mémoire à long terme (Charlin, Bordage & Van Der Vleuten, 2003).

Toutefois, malgré l'existence d'une association significative entre le niveau d'acquisition du RC et la catégorie de facteurs communicationnels et ceux liés aux attitudes, l'association statistique entre chaque catégorie de ces facteurs et le niveau d'étude demeure absente. Autrement dit, il est vrai que les lacunes en communication et d'attitudes constituent des déterminants de la performance en RC, mais également une insuffisance dans la formation ne permet pas le développement des habiletés communicationnels et d'attitudes chez les étudiantes. Ceci pourrait être expliqué par le propos avancé par le comité de réflexion, qui a jugé les terrains de stage inadaptés étant donné l'écart important entre l'idéal enseigné à l'institut et la réalité de la pratique dans les services de soins notamment sur le plan communicationnel (brièveté, relationnel limité etc) et d'attitude personnelle (manque de confiance en soi, anxiété de performance etc) ce qui était confirmé par Arabelle Rieder, Halfon Polettib & Audétat en 2015. Dans ce cadre, l'étude de Deemester a démontré la nécessité de valoriser les enseignements et l'évaluation des compétences relationnelles pour lutter contre la tendance de diminution de la performance en communication et attitudes (Deemester, Eymard, & Vanpee, 2012).

4.2 Les processus du RC mobilisés

Les résultats relatifs aux types du processus du RC mobilisé annoncent que le processus "hypothético-déductif" est acquis tardivement dans la formation. Que les étudiantes qui ont mobilisé le processus mixte ou analytique connaissent les processus du RC et que leur performance réside dans le fait qu'elles utilisent une pratique réflexive ou de "la métacognition". Ceci, a été démontré par leur capacité à verbaliser leur RC, à expliquer les liens entre les concepts de la situation et les hypothèses émises ainsi par leur capacité à argumenter leurs plans d'actions.

En effet, seulement 19,4% des participantes ont utilisé de manière optimale le processus analytique dont la majorité appartenait au semestre 6. Cette conclusion pourrait être argumentée par l'association statistiquement significative entre le type du processus de RC mobilisé et le niveau d'étude. D'ailleurs, la mobilisation efficace du processus hypothético-déductif est une preuve que l'apprenant est capable d'établir des liens entre les concepts liés à la situation, qu'elle a une bonne organisation des connaissances, qu'elle maîtrise la collecte de données discriminantes et leur analyse et interprétation. La capacité à produire des synthèses, des hypothèses et des plans d'action, signifie son aptitude à faire des inférences (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012).

Parmi les conclusions cruciales de ce travail, on cite aussi que le tiers des étudiantes dont la majorité en semestre 4, ont mobilisé le processus Pattern recognition. Toutefois, souvent elles étaient dépourvues de stratégies métacognitives. Eva, (2005) révèle que la connaissance de nos modes de raisonnement contribue au développement de la métacognition, à l'inhibition de l'effet des habitudes et au renforcement de la capacité à créer et à inférer. Cette catégorie des étudiantes, ont opté pour une imitation irréfléchie des explorations, des gestes et des décisions des professionnels. Elles ont cherché les similitudes mémorisées entre des cas de référence et les situations cliniques, mais sans être capables d'argumenter les cheminements logiques de leurs hypothèses. Elles étaient incapables de donner un sens aux gestes imités (Eva, 2005). Banning, (2008) clarifie que l'étudiant peut « faire » sans « comprendre » et montrer un soin qui semble réussi sans en élaborer le sens. Il additionne, que la reproduction des gestes des soignants ne permet pas en soi l'apprentissage du raisonnement clinique (Banning, 2007). Ces étudiantes certes méconnaissent le processus hypothético-déductif ou elles ne savent pas l'utiliser. Mais aussi, elles avaient des lacunes théoriques, des problèmes dans l'organisation des connaissances, de transfert, des contraintes communicationnelles et d'attitudes.

4.3 Les difficultés de RC et les facteurs qui y sont associés

Ce travail de recherche a soulevé que 80,4% de l'échantillon ont prouvé des difficultés liées au RC. Ce résultat est consolidé par les résultats d'une étude qui a montré que 98 % des étudiantes éprouvaient des difficultés de RC (Demeester, Eymard, & Vanpee, 2012). Le comité de réflexion a soulevé que l'identification des difficultés chez les étudiantes est intuitive et que les outils d'évaluation en stage, porte sur plusieurs aspects comme la discipline, l'éthique professionnelle, le relationnel et la dextérité technique.

La difficulté (1) relative à la perception des indices clefs, à l'orientation de l'entrevue et à la génération d'hypothèse a touché les trois quarts de l'échantillon, particulièrement les étudiantes du semestre 4. Aussi, les associations statistiques par le test de Khi-2, ont démontré une forte association entre cette difficulté et les facteurs cognitifs, ainsi qu'avec les facteurs communicationnels. De plus, malgré que la majorité des participantes à la recherche fût capable d'identifier la plainte principale et d'observer des indices initiaux sur les problèmes, elles étaient pourtant incapables de structurer une récolte de données discriminante. Elles ont opté pour un recueil d'information exhaustif et standard. Audétat et al expliquent l'entrevu exhaustif par la méconnaissance du processus hypothético-déductif dont, l'étudiant procède à un questionnaire détaillé et une fois l'anamnèse terminée, il propose l'hypothèse du diagnostic à posteriori, plutôt que de rechercher au fur et à mesure, les éléments qui l'aident à entretenir ou à exclure une hypothèse (Audétat, Laurin, Sanch et al, 2011). Ce propos est confirmé par notre travail aussi, vu que l'association statistique entre la méconnaissance des processus du RC et la D (1) est fort significative.

Notre étude a la force de l'originalité vu la rareté des recherches sur le RC au niveau des ISPITS au Maroc. Sa méthodologie s'est basée sur la supervision directe qui est une technique appuyée sur l'observation directe et l'interaction avec les participantes. Néanmoins, elle demeure une étude pilote menée sur un échantillon réduit dont les résultats ne sont pas généralisables à la totalité des ISPITS marocains.

Conclusion

Les résultats ont soulevé que les étudiantes ont éprouvé des difficultés du RC ainsi que des problèmes liés au transfert des connaissances en milieu professionnel. Elles ont des problèmes liés aux stratégies cognitives (Mise des liens entre les concepts, organisation des connaissances etc), des lacunes théoriques et une défaillance métacognitive. Elles ont aussi des problèmes dans la définition des limites de la relation soignant-soignée et de gestion de soi. Cette étude a proposé des suggestions d'amélioration comme Commencer les enseignements du RC en période pré-clinique, particulièrement pour l'étape "Récolte de données " , afin de maîtriser les techniques d'entrevu avant le début des stages; aussi, renforcer l'encodage et la récupération des connaissances par le biais des méthodes et des stratégies favorisant l'organisation et la mise des liens entre les concepts comme par les cartes conceptuelles, les séminaires d'apprentissage du RC à l'aide de la méthode Problem Based Learning, le modèle des rôles avec explication du RC de l'encadrant, les séances de simulation en RC; Favoriser le transfert des connaissances en

multipliant les exemples d'un même phénomène et en incitant les étudiants à rechercher les similarités et les différences entre divers problèmes afin qu'ils puissent abstraire les concepts et se rendre compte des problèmes en apparence similaire ; également, consacrer plus d'intérêt au développement des habiletés communicationnelles et d'attitudes notamment le développement de l'écoute active, l'empathie, la transformation sémantique, la gestion du stress et la conscience par la distance adéquate dans la relation soignant-soigné.

Les résultats ont soulevé aussi, des dysfonctionnements managériaux relatifs à la gestion des sites de stage et à la gestion de la relation entre l'ISPITS et l'hôpital. Dans ce sens, il est recommandé de partager les objectifs des stages avec la direction de l'hôpital et le personnel encadrant, de mieux gérer l'effectif des stagiaires par la multiplication des sites de stage, d'organiser des réunions entre les deux parties afin de repositionner l'étudiante sage-femme étant stagiaire et non pas une « petite mains » à exploiter et aussi pour signaler les pratiques des soignants affectant l'aspect relationnel, communicationnel et d'attitude et qui favorisent l'apprentissage des mauvaises habitudes et constitue des obstacles.

L'étude a révélé que les méthodes d'enseignement en classe sont peu constructiviste et favorise le morcèlement des connaissances. De ce constat, vient le grand questionnement : Jusqu'à quel degré, l'instauration du système Licence-master-doctorat et la révision des cursus de formation selon une approche par compétence et socioconstructiviste au niveau des ISPITS ont réussi ? sont-ils mis en place de manière efficace?

Annexes

ANNEXE 1: Grille de supervision directe pour l'évaluation du Raisonnement Clinique et ses difficultés

Les données recueillies par l'entremise de cette grille demeureront strictement anonymes et confidentielles. Elles serviront à des fins pédagogiques et de recherche.

- Code: P..... Nom de l'étudiante :

I. Evaluation des difficultés du raisonnement clinique:

La grille ci-dessous est élaborée par Audétat, Béique, Caire Fon, Laurin, & Sanche, (2011) et publié dans le Guide du soutien au diagnostic des difficultés du RC de la faculté de médecine à Montréal. La forme de la présente grille a été modifier pour l'adapter à la présente étude.

L'échelle de mesure adoptée est composée de trois échelons:

- **Optimal** : "1" : signifie que l'étudiante maîtrise l'item mentionné sur la grille;
 - **Inconstant**: "2": signifie que l'étudiante est inconstante dans sa maîtrise de l'item mentionné sur la grille;
 - **Sous-Optimal**: "3": signifie que l'étudiante ne maîtrise pas l'item mentionné sur la grille.
- Le remplissage de la grille consiste à attribuer à chaque item lors de la prise en charge de chaque cas l'un des chiffres "1"(Optimal) ou "2" (Inconstant) ou "3" (Sous-Optimal). La case : C/C représente la conclusion des appréciations attribuées à chaque item dans les trois cas, elle sert à faciliter l'exploitation des données.

Exemple:

Critère et indices	Cas 1	Cas 2	Cas 3	C/C des trois cas
Caractérise en détaille la plainte principale	1	1	1	1
Interprète les données de façon appropriée	2	2	2	2
Génère des hypothèses précoces et les évalue	3	3	3	3
Développe un plan d'intervention adapté au patient et à la situation clinique;	1	2	3	2
Priorise adéquatement les problèmes;	2	3	2	2

1. Observation de la prise en charge des situations cliniques:

a. Récolte d'informations: Anamnèse et examens physiques : • Récolte des données cliniques pertinentes et discriminantes (Exhaustive et déficiente); • Clarifie les plaintes des patients • Caractérise en détail la plainte principale • Sélectionne les éléments clés et synthétise l'information obtenue (sur-estimation ou sous-estimation des symptômes); • Adapte l'historique pour chercher les données importantes et pertinentes; • A une même ligne de raisonnement dans la récolte des données; • Interprète les données de façon appropriée • Développe une perception globale de la situation biopsychosociale; • Effectue une transformation sémantique parfaite : en Concepts techniques; • Observe les indices initiaux : Apparence générale, démarche etc.	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Conclusion des trois cas/ Observations
b. Génération et modification d'hypothèses, Acquisition de données supplémentaires pertinentes: • Questions clefs sont posées précocement • Vérifie/ clarifie les informations reçues; • Oriente son entrevue en fonction de diverses hypothèses à valider; • Ajuste la conduite et la structure de l'entrevue en fonction de l'avancement de son raisonnement; • Priorise adéquatement les problèmes; • Elabore un diagnostic différentiel pertinent; • Génère des hypothèses précoces et les évalue;				

- Reconnaissance des informations qui vont avec un diagnostic précis (Script); - Développe une représentation globale du problème;				
c. Diagnostic final et planification de l'investigation et ou de la conduite à tenir: - Intègre les différents éléments recueillis pour élaborer son diagnostic; - Est capable de formuler une synthèse et une hypothèse finale; - Développe un plan d'intervention adapté au patient et à la situation clinique; - Propose des conditions adéquates;				
d. Types du processus du raisonnement utilisé: - Hypothético-déductif - Pattern recognition - Mixte				
2. Interaction avec le superviseur :Extériorisation du RC				
- Capable de construire un portrait claire de la situation: Présentation structurée du cas ; - Capable de présenter en 2-3 phrases la situation ; - Priorise les éléments sur lesquels il veut travailler ; - Présente Par lui même son RC et ses hypothèse ; - Exprime clairement les liens et les associations reliés à ses hypothèses (Scripts).				
3. Diagnostic pédagogique et Recommandations				
En C/C le RC:	Optimal 	Moyennement optimal 	Sous optimal 	

Recommandations:

ANNEXE 2: Check-list pour identifier les facteurs derrière les difficultés du RC

Cet outil a pour objectif de collecter les données relatives aux facteurs contribuant à l'apparition des difficultés du RC chez les participantes. Il aide à observer les facteurs influençant le RC chez étudiantes ayant subi la supervision directe.

I. Caractéristiques de la participante:

• Code: Nom de l'étudiante :

• Niveau d'étude à l'ISPITS: S4 ☐ S6 ☐

• Observations par rapport au niveau socioéconomique:

Adresse:.....Profession du père:.....

II. Les facteurs contribuant aux difficultés du RC:

<u>1. Facteurs d'ordre cognitif:</u>	
✓ Lacunes théoriques	☐
✓ Insuffisance des mises en liens entre les connaissances dans la situation	☐
✓ défaut d'organisation des connaissances	☐
✓ méconnaissance des processus de RC	☐
✓ Défaut d'activation des connaissances	☐
<u>2. Communication inefficace due à:</u>	
✓ Problème de transformation sémantique	☐
✓ Une mauvaise gestion de la situation: Patient/Accompagnant difficile	☐
✓ Demandes et plaintes nombreuses	☐
✓ l'inconscience du niveau intellectuel de la patiente (concepts non adaptés)	☐
<u>3. Attitudes problématiques de l'apprenante:</u>	
✓ Confiance excessive	☐
✓ Insécurité	☐
✓ malaise à aborder certaines questions pour une raison quelconque	☐
✓ Anxiété de performance	☐
✓ Manque d'intérêt et de sensibilité envers la patiente	☐

ANNEXE 3: Fiche de recodage des données brutes afin d'identifier les types des difficultés du RC

Les participantes		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	...	P46
Difficultés et indices											
Difficulté 1: Difficultés dans la perception des indices, dans la génération d'hypothèse, dans l'orientation de la récolte des données	Ne sélectionne pas les éléments clés;										
	Ne pose pas les questions clés précocement										
	Entrevue rigide ne s'ajuste pas;										
	Questionnaire désorganisé sans fil conducteur;										
	Récolte des données non ciblée selon la plainte										
	Des questions sont posées sans comprendre la pertinence;										
D2: Problème de fermeture précoc:	Recherche seulement des informations qui confirment sont unique hypothèse										
	N'explore pas les indices ou les éléments qui peuvent mener à d'autres hypothèses;										
	-Ne remarque pas des nouveaux indices qui pourraient apparaître;										
	-Ne clarifie pas les plaintes du patient;										
D3: Difficulté de priorisation:	Structure de l'entrevue rigide;										
	Pas d'identification du problème prioritaire, ni orientation de l'entrevue dans son sens;										
	Beaucoup de temps à explorer un élément secondaire;										
	Pas de caractérisation Principale, détaillée de la plainte et insatisfaction du patient;										
	Difficulté de communication										
	Besoin du superviseur d'intervenir pour réorienter l'entrevue.										
D4: Difficulté à élab	Les problèmes et traitements sont abordés en silo;										

	Structure de RC figée et peu ouverte aux spécificités du patient;										
	Application trop rigide des guides de pratique patient;										
D5: Difficulté à élaborer un plan d'intervention:	Plan d'intervention absent ou déficient: trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, qui ne règle pas le problème ou qui repousse sans cesse la prise de décision;										
	Plan de traitement inapproprié pour la situation: ne tient pas compte du contexte biopsychosocial du patient et ne prévoit pas des conditions adéquates;										
	Difficulté à expliquer le plan d'intervention au patient;										

BIBLIOGRAPHIE

1. Audétat, M.-C., Laurin, S., & Sanche, G. (2011). « Aborder le Raisonnement Clinique de Point de vue Pédagogique: Un Cadre Conceptuel pour Identifier les Problèmes de Raisonnement Clinique ». *Pédagogie Médicale*; 12(4) : 223-229
<https://doi.org/10.1051/pmed/2011109>
2. Banning, M. (2007). « Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies ». *Nursing Education Practice*; no 8, pp : 177-183.
3. Boujoual, M., Chaoui, S., Babahabib, A., Elhassani, M. E., Kouach, J., Rahali Moussaoui, D., & Dehayni, M. (2016). « L'Apprentissage du Raisonnement Clinique en Médecine: Etude rétrospective de 65 cas ». *ISSR*, 16(2), pp : 402-408.
4. Charlin, B., Bordage, G., & VAN DER VLEUTEN, C. (2003). « L'évaluation du raisonnement Clinique ». *Pédagogie médicale*, no 4, pp : 42-52.
5. Côté, S., & St-Cyr Tribble, D. (2012). « Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept ». *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(111), pp :13-21.
<https://doi.org/DOI 10.3917/rsi.111.0013>
6. Darraj, B., Gourja, B., Faiq, A., Tace, E-M., & Belaaouad, S. (2020). «Difficultés du développement des compétences nécessaires au raisonnement diagnostique chez les étudiants infirmiers à Casablanca (Maroc) : étude descriptive ». *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 6(3)
<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2020.100204>
7. Demeester, A., Eymard, C., Marchand, C & Vanpee, D. (2010). «Apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale médicale - les cartes conceptuelles pour remédier à certaines difficultés ». In Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève. Suisse.
[https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-s/education-et-sante-1ere-partie-formations-et-pratiques/Apprentissage du raisonnement clinique.pdf/view](https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-s/education-et-sante-1ere-partie-formations-et-pratiques/Apprentissage%20du%20raisonnement%20clinique.pdf/view) (consulté le 13 Mars 2018).
8. Demeester, A., Eymard, C., & Vanpee, D. (2012). «Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme ». *Revue Française de Pédagogie*; no181, pp : 43-54.
<https://doi.org/10.4000/rfp.3906>
9. Essiyedealli, A. (2023). « Professionnalisation & Réformes de la formation des enseignants au Maroc : enjeux et Défis », *Revue Internationale du Chercheur*, 4(3), pp : 1 – 16 ;
10. Eva, K. (2005). « Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique ». *Pédagogie médicale*; 6 : 225-234.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.06.004>
11. Ministère de la Santé- Division de la Formation. (2013). «Descriptif de Formation de la Filière Sage-femme, ISPITS ». Maroc.
12. NENDAZ, M., CHARLIN, B., LEBLANC, V., & BORDAGE, G. (2005). «Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement ». *Pédagogie médicale*; no 6 : 235-254. DOI : 10.1051/pmed:2005028
<http://www.pedagogie-medicale.org/> (consulté le 29 Mars 2018).
13. Rieder, A., Polettib, H & Audétat, M-C. (2015). « Clinicien enseignant en cabinet médical : méthodes d'enseignement ». *PrimaryCare*, 15(20). Pp : 362-365 ;
14. Zaim, O., Hafidi Alaoui, M-S. (2023). Enseignement des soft-skills aux étudiants infirmiers de l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé de Fèz – Maroc, *Revue Internationale du Chercheur*, 4(3). pp : 906 – 922.