
***Partie 3 : Guide
d'évaluation et de
développement des soft
skills à implémenter dans la
structure sanitaire***

Après avoir ciblé les soft skills les plus critiques dans la profession sage-femme au niveau des deux services de maternité, suite à une confrontation des résultats de deux contextes opposés, un modèle POCI a été élaboré, comprenant huit soft skills réparties sur les quatre dimensions suivantes : psychologique, organisationnelle, cognitive et interactionnelle. Une expérimentation a été effectuée dans le but de tester, valider puis mesurer la transférabilité de ce modèle sur le terrain de travail, via le recours à des méthodes pédagogiques participatives. L'objectif majeur d'une telle expérimentation consiste à renforcer et développer ces compétences chez la population ciblée par l'étude, à savoir les sages-femmes.

Cette partie sera consacrée à l'élaboration d'un guide structuré pour assurer une meilleure implémentation du modèle dans une équipe de soins. Il sera question de rappeler le processus que nous avons suivi pour faciliter l'évaluation et le développement des soft skills chez les sages-femmes. Plusieurs méthodes pédagogiques seront proposées pour chaque soft skills au niveau de chaque dimension du modèle POCI.

D'après Rocheleau, L. (2015), l'élaboration d'un guide est doublement motivée :

- Répondre aux besoins exprimés par la population ciblée par son implémentation ; et
- respecter les soubassements théoriques suivants :
 - la médecine basée sur des témoignages et preuves ;
 - la gestion du changement ;
 - la gestion de la qualité ;
 - le transfert de connaissance ;

-la gestion des connaissances et la codification des savoirs implicites (Rocheleau, 2015);

Et suivra en outre les dix phases suivantes (figure 15) :

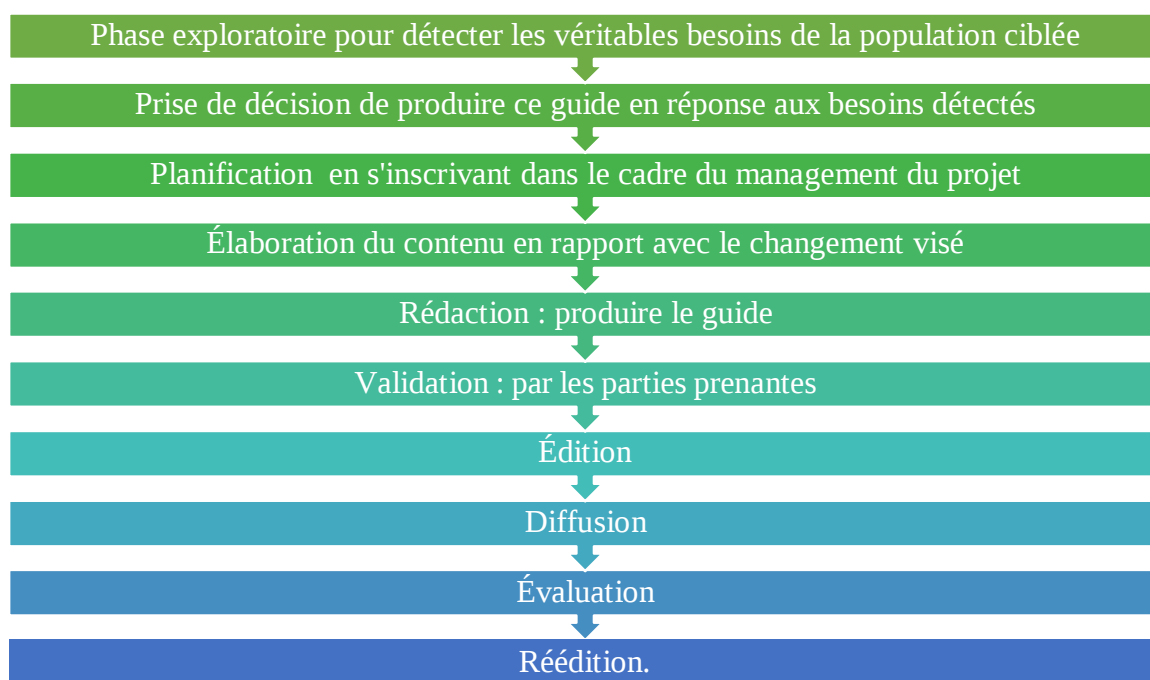


Figure 15: Etapes d'élaboration d'un guide.

A ce stade de notre recherche, nous avons pu réaliser les 6 premières phases. La diffusion, l'évaluation et la réédition restent tributaires de l'utilisation et l'appropriation de ce guide par le public ciblé.

Dans un monde de plus en plus exigeant, le personnel de santé est dans l'obligation d'améliorer ses compétences afin d'assurer une satisfaction mutuelle avec les usagers. Dans ce sens, la sage-femme occupe un rôle primordial dans le maintien de la relation soignante-soignée avec les parturientes, d'où la nécessité d'investir et s'intéresser plus au développement

et renforcement de ses soft skills pour garantir un soin de bonne qualité, un feedback favorable, et par conséquent un service performant.

En élaborant un guide de ce genre, nous visons l'atteinte des objectifs suivants :

- Encourager les sages femmes exerçant dans les établissements de santé à s'autoévaluer afin de mettre le point sur les soft skills nécessitant un développement en priorité ;
- faciliter le choix des méthodes pédagogiques participatives qui servent à développer ces compétences ;
- souligner l'intérêt et l'importance des soft skills dans la pratique sage-femme ;
- encourager les responsables à intégrer le développement et le renforcement des soft skills dans la formation continue des sages femmes ;
- proposer des outils de collecte des données pour détecter les soft skills prioritaires ;
- suggérer un modèle de développement des soft skills des sages-femmes élaboré par notre équipe de recherche ;
- préconiser des méthodes pédagogiques participatives testées.

Ce guide est destiné en priorité aux infirmiers-chefs et sages-femmes exerçant dans les établissements de santé relevant du ministère de la Santé. Nous visons par l'élaboration de ce guide un changement positif dans les soft skills des sages femmes, afin de minimiser la pression du travail et son impact sur les performances.

Chapitre 1 : Evaluation des soft skills

Ce chapitre sera voué à une explication détaillée du processus méthodologique adopté au niveau de notre recherche, pour une orientation guidée des utilisateurs : depuis l'évaluation de la maîtrise des soft skills par le biais d'une triangulation, jusqu'à la modélisation. La figure 16 ci-dessous en donne un aperçu général :

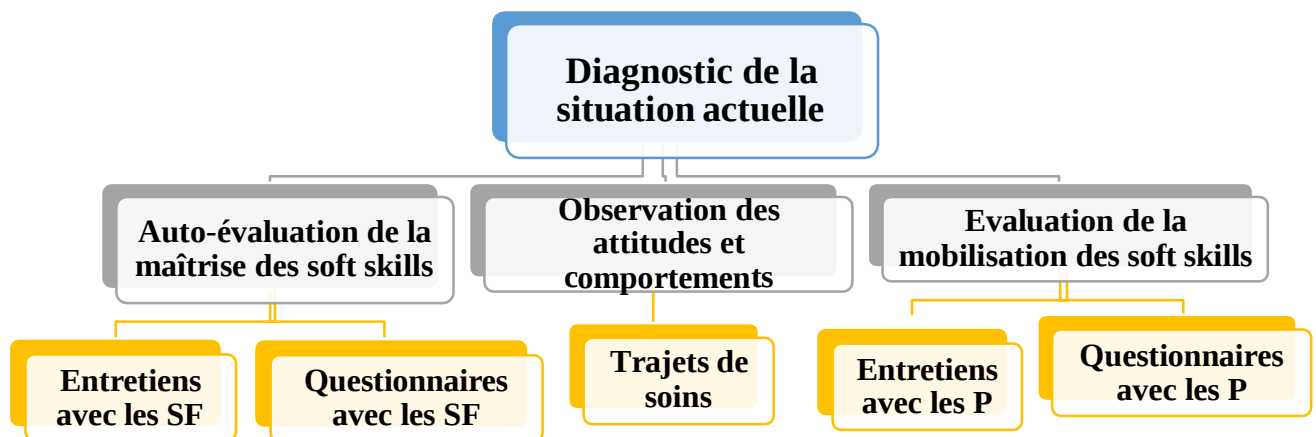


Figure 16: Le processus méthodologique de l'évaluation de la maîtrise des soft skills.

Notons à ce propos que l'organisation de la démarche dans le service peut s'avérer ardue, d'autant plus que cette action chronophage ; néanmoins les outils que nous avons mobilisés pour procéder au diagnostic peuvent servir de balises et faciliter la tâche au public cible.

Par ailleurs, la composition de l'équipe de recherche et son interdisciplinarité (voir tableau 23 ci-dessous) se sont révélées d'une aide indéniable en

procédant au préalable à un diagnostic en bonne et due forme et en proposant des méthodes pédagogiques susceptibles de développer les softs skills prioritaires.

Le tableau 23 ci-dessous donne un aperçu du niveau d'expertise de l'équipe d'élaboration du guide :

Tableau 23: Les collaborateurs et leurs expertises.

Les collaborateurs	Leurs expertises	Leurs rôles
GHAFILI ASMAA	Sage-femme Gestion hospitalière Soft skills	Élaboration du guide selon les besoins de la profession sage-femme
GANTARE ABDELLAH	Ingénierie didactique Ingénierie de la formation Ingénierie pédagogique Communication Soft skills	Choix et validation des méthodes pédagogiques mobilisées et des scénarios pédagogiques proposées
LOBET-MARIS CLAIRE	Sociologue	Validation du plan d'implémentation du guide dans les équipes
GOURDIN MAXIMILIEN	Anesthésiste réanimateur Gestion d'une équipe de soins	Validation du plan d'implémentation du guide dans les équipes

HAMDOUNE MERYEM	Infirmière polyvalente Compétences relationnelles Soins palliatifs	Expérimentation des méthodes pédagogiques avec une équipe de soins infirmiers
AZZOUZI WIDAD	Sage-femme Formatrice en simulation Soft skills	Expérimentation des méthodes pédagogiques avec les étudiants SF
CHAHBOUNIA RABIA	Infirmière urgentiste Coaching et développement personnel	Expérimentation des méthodes pédagogiques avec une équipe de soins
RAKHA ABDELILAH	Informaticien	Version électronique du guide

1. Diagnostic de la situation

1.1 Observation des trajets de soins

Le trajet de soins est le passage effectué par la parturiente depuis son arrivé au service concerné, dans notre cas c'est la maternité, jusqu'à son hospitalisation et par la suite sa sortie après la satisfaction de ses besoins.

L'observation des comportements et des aptitudes de la sage-femme traitante durant un trajet de soin est une étape incontournable soit pour détecter des nouvelles défaillances non déclarées par les participantes à l'étude, soit pour confirmer une mobilisation inadéquate d'un soft skill nécessitant un développement en urgence, ou un renforcement pour une bonne pratique, et par conséquent une bonne expérience pour la clientèle.

Afin d'aider les participantes dans ce travail d'observation, une grille d'observation a été réalisée et testée durant cette recherche doctorale. Cette grille d'observation se trouve en Annexe II.

Lors de l'observation, parmi les règles que nous devons respecter c'est : être objectif, c'est-à-dire, adopter une neutralité affective et ne pas juger la personne sur le champ, mais plutôt veiller à observer et détecter le plus possible les lacunes, qu'on cherche à corriger par la suite en équipe, tout en respectant chaque personne.

L'observation s'intéressera aux éléments observables relevant du volet psychologique, organisationnel, cognitif et interactionnel, à savoir :

- L'accueil et la présentation à la patiente ;
- l'installation de la patiente et l'explication des gestes et soins à effectuer ;
- l'utilisation d'un langage professionnel adapté à la situation ;
- le déroulement de l'interaction entre la sage-femme et la patiente ;
- le déroulement de l'interaction entre la sage-femme et ses collègues ;
- la communication non verbale adoptée lors de la réalisation du soin ;
- le contact visuel : un regard droit vers la patiente lors de l'explication du soin ;
- les pratiques réalisées selon le degré de la criticité de la situation ;
- le délai de la pratique du soin ;
- l'implication de la patiente dans les décisions ;
- l'adaptation de ses gestes et comportement à la situation ; et
- le recours aux autres membres de l'équipe en cas de besoin.

Il est recommandé de suivre plusieurs trajets de soin en différenciant les types de cas observés.

L'observation est utile. Elle permet de voir, en situation, comment s'activent les soft skills pour la prise en charge d'une parturiente. Toutefois cette observation doit être complétée par d'autres outils portant plus sur le 'vécu' du personnel comme des patientes. C'est pourquoi, l'évaluation à l'aide d'autres outils comme les entretiens et les questionnaires est indispensable pour détecter les soft skills à développer chez les sages-femmes.

1.2 Évaluation du niveau de maîtrise des soft skills

Les outils de collecte des données à utiliser dans cette étape d'évaluation sont : le questionnaire d'auto-évaluation et d'évaluation de la maîtrise des softskills, en plus du recours aux entretiens semi-structurés pour cerner la mobilisation de ces compétences aussi bien du point de vue de la sage-femme que de la parturiente.

Cette évaluation servira à détecter les soft skills maîtrisées par les sages femmes, manquantes dans le service chez l'équipe de soin, à développer d'après les attentes des parturientes qui ont expérimenté le service dans le même lieu de l'étude.

1.2.1 Le questionnaire

Le questionnaire (annexe V et VI) jouera deux fonctions à la fois :

- D'un côté, il sera distribué aux sages-femmes dans le but d'une auto-évaluation de la maîtrise des soft skills;

- et d'un autre côté, il sera aussi distribué aux parturientes dans le but d'une évaluation de la maîtrise des soft skills chez le personnel traitant .

L'évaluation ciblera les soft skills attestées dans la littérature et qui sont indispensables dans la pratique sage-femme. Une fois terminée la confrontation des résultats de tous les outils mobilisés, il faudra faire ressortir celles nécessitant un traitement particulier en vue de les développer.

Plusieurs soft skills ont été réparties selon quatre dimensions :

- **La dimension psychologique :**
 - Maintien d'un rendement efficace.
 - Gestion efficace du temps et du stress.
 - Création d'un climat de travail favorable.
- **La dimension organisationnelle :**
 - Organisation du travail selon les ressources disponibles.
 - Développement des relations de travail durables et harmonieuses.
 - Collaboration continue avec les collègues.
 - Respect des tâches et rôles de chaque membre de l'équipe.
- **La dimension cognitive :**
 - Ajustement des aptitudes et attitudes à la situation.
 - Acceptation de la critique.
 - Mise à jour des pratiques selon les nouvelles recommandations.
 - Application des connaissances théoriques, pratiques et techniques.

- **La dimension interactionnelle :**

- Utilisation d'un langage adapté.
- Planification des tâches et traitement avec respect et équité.
- Disponibilité et écoute active.
- Implication des patientes dans les soins prodigués.

1.2.2 L'entretien semi-structuré

Cette étape consistera à encourager les participantes à s'exprimer en fonction de la question posée, afin de collecter le maximum des données et informations qui reflètent les connaissances existantes, et les besoins prioritaires chez elles.

Deux guides d'entretien sont proposés : l'un s'adressant aux sages-femmes, l'autre aux parturientes. Ces guides se trouvent en ANNEXES III et IV.

➤ **Entretien avec les sages femmes :**

L'entretien est structuré en sept questions semi-directives portant sur les éléments suivants :

- Les critères d'évaluation de la qualité du service de la maternité ;
- les critères d'évaluation de la performance du service de la maternité ;
- la présence des compétences techniques pour assurer un soin de qualité ;
- les compétences nécessaires pour garantir un soin de qualité et un service performant ;
- les soft skills maîtrisées ;

- les soft skills présentes et celles manquantes dans le service ;
- les stratégies à mettre en place pour le développement de ces soft skills.

➤ **Entretien avec les parturientes :**

Concernant l'entretien avec les parturientes, nous conseillons une traduction en arabe du guide d'entretien destiné aux parturientes de différents niveaux intellectuels, et, ce pour une meilleure passation de l'information. Ce dernier est aussi composé de sept questions :

- Des renseignements généraux sur les participantes : âge, parité, provenance, niveau d'étude et profession ;
- L'accessibilité au service de la maternité ;
- La prise en charge par un personnel soignant : les difficultés rencontrées, la présentation du personnel lors de la réalisation des examens et soins ;
- L'équité dans le traitement des parturientes ;
- La disponibilité de la sage-femme : attentionnée, serviable, à l'écoute ;
- L'explication des actes et le déroulement de l'accouchement par la sage-femme ;
- Les soft skills attendues des sages-femmes.

2. Identification des soft skills critiques

2.1 Situation de ces soft skills dans le modèle POCI

Après avoir effectué un diagnostic de la situation dans le service, via une triangulation, les données récoltées par la grille d'observation, les entretiens semi-structurés et les questionnaires ont été analysée moyennant des outils qualitatifs et quantitatifs, afin de présenter les résultats pertinents de l'étude. La figure (17) suivante, donne un aperçu des étapes de l'analyse des données :

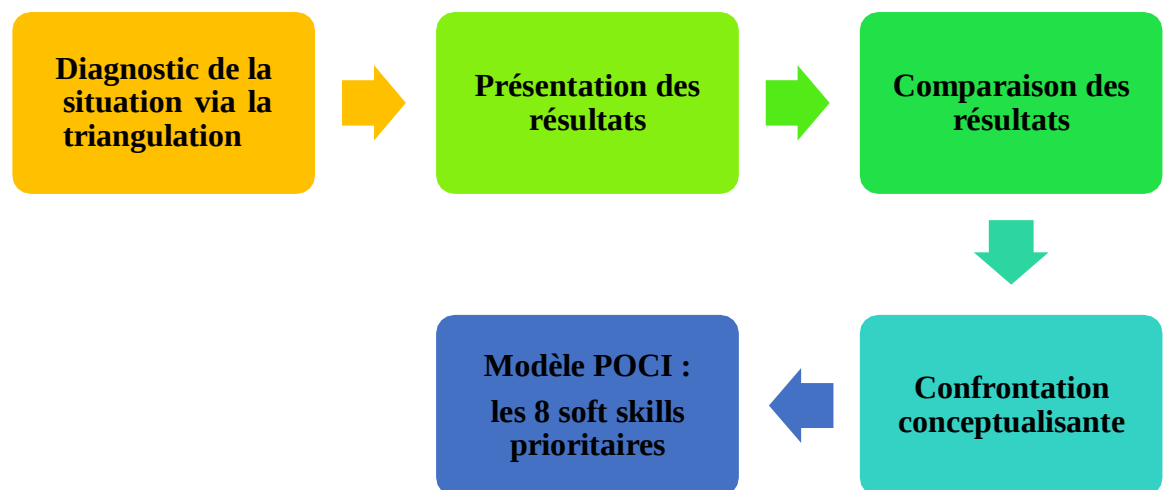


Figure 17: Les étapes du diagnostic de la situation actuelle.

Par rapport à notre étude, la collecte des données était réalisée au niveau de deux services de la maternité, relevant de deux établissements de santé de la région Casablanca-Settat. Deux contextes différents selon les indicateurs de

fonctionnement et d'organisation de chaque service, ce qui a enrichi le modèle POCI élaboré à la suite des étapes suivantes :

- ➔ L'analyse qualitative des résultats de la grille d'observation effectuée en suivant le trajet de soins ;
- ➔ l'analyse quantitative des questionnaires : avec les sages femmes et les parturientes ;
- ➔ l'analyse qualitative des entretiens semi-structuré réalisés avec les deux populations de l'étude ;
- ➔ la comparaison des résultats des deux services de la maternité ;
- ➔ la confrontation conceptualisante des résultats pour garder les soft skills critiques et éliminer celles plus au moins développées chez les sages-femmes de notre population d'étude ;
- ➔ l'élaboration du modèle poci par la distribution des huit soft skills prioritaires selon la dimension adéquate (tableau 24) :

Tableau 24: Les 8 soft skills du modèle POCI.

Modèle POCI	Dimensions	Softskills
P	Psychologique	Motivation et Gestion du stress.
O	Organisationnelle	Travail en équipe et Gestion du conflit.
C	Cognitive	Résolution des problèmes et Adaptation aux situations complexes.
I	Interactionnelle	Communication et Respect de l'intimité.

Notons à ce niveau que notre modèle POCI est perfectible et modulable selon les situations et qu'il serait opportun de prendre en considération à chaque fois les contraintes liées au terrain de l'étude.

2.2 Discussion d'un plan d'implémentation dans les équipes

Les résultats de la présente étude ont contribué à l'élaboration du modèle POCI, qui comprend les huit soft skills prioritaires dans la profession sage-femme, d'après la confrontation de deux contextes différents. L'étape de l'implémentation du modèle dans une équipe de soins nécessite une discussion autour du plan à suivre, des contributions des experts, des méthodes pédagogiques à proposer pour chaque dimension et les soft skills à développer.

Une fois l'évaluation de l'état des soft skills chez le public ciblé, la deuxième étape consiste au choix des méthodes pédagogiques participatives à adopter et proposer pour les huit soft skills du modèle POCI. La figure 18 suivante présente les huit méthodes proposées et validées par nos experts pour le développement des soft skills chez les sages-femmes :

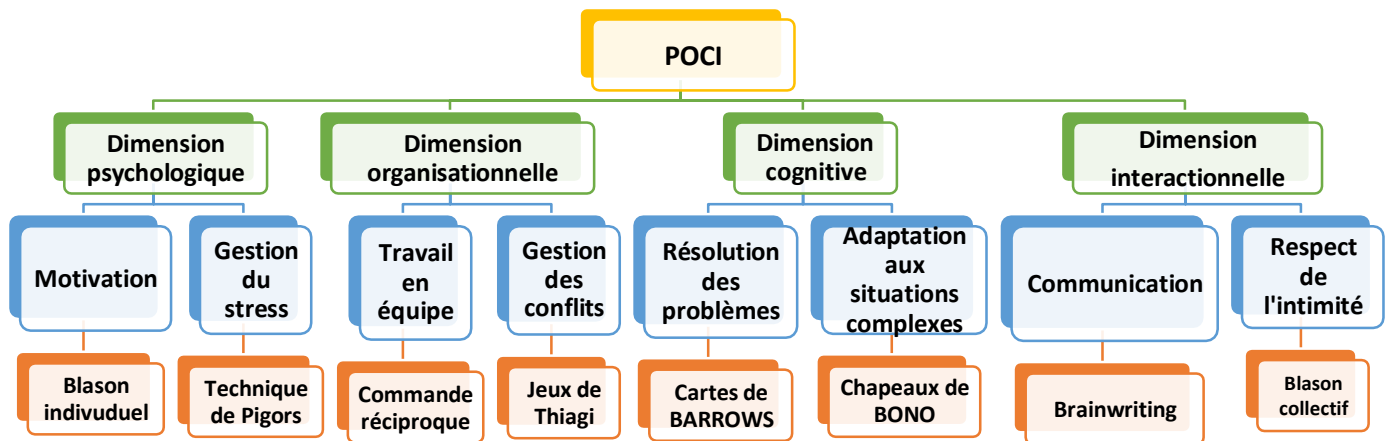


Figure 18 : Le modèle POCI et les 8 méthodes de développement des soft skills

Les 8 méthodes de développement des soft skills proposées par l'équipe de recherche, se caractérisent par leur diversité d'un côté et les faibles ressources à mobiliser dans la pratique d'un autre côté. Elles offrent ainsi un choix large et une disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières :

- Pour la dimension psychologique, nous nous sommes contentés de proposer des méthodes pédagogiques qui s'intéressent à un développement intra et inter personnel ;

- pour la dimension organisationnelle, nous avons proposé des méthodes pédagogiques purement participatives pour un développement collectif et partagé des soft skills;
- pour la dimension cognitive, nous avons choisi des méthodes qui touchent directement un groupe de participants, avec un positionnement personnel par rapport à chaque compétence mise en question ;
- pour la dimension interactionnelle, nous nous sommes basés sur deux méthodes différentes : une méthode qui demande une concentration individuelle en toute discrétion, et une deuxième méthode qui oblige les participants à partager les connaissances entre eux pour un renforcement collectif des soft skills.

Chapitre 2 : Développement des soft skills via des méthodes pédagogiques

Ce chapitre est destiné principalement à l'étape de développement et renforcement des soft skills critiques dans la pratique sage-femme d'après nos deux terrains de recherche. Pour ce faire, nous allons procéder, en premier lieu, à un retour d'expérience relatif à deux méthodes pédagogiques expérimentées par notre équipe de recherche avec des sages-femmes. En second lieu, nous proposons les différentes méthodes pédagogiques participatives qui seront mises à la disposition des responsables et des sages-femmes pour développer les huit soft skills du modèle POCI.

1. Méthodes expérimentées

1.1 World Café

Pour les besoins de la première expérimentation, notre équipe de recherche a eu recours à la méthode pédagogique du World Café (Partie 2 chapitre 2). Les trois soft skills développées durant l'expérimentation auprès de neuf sages-femmes de la région Casablanca-Settat sont : la gestion du stress, la gestion des conflits et l'adaptation aux situations complexes appartenant respectivement aux dimensions : psychologique, organisationnelle et cognitive.

Le scénario pédagogique s'est déroulé comme suit : :

- 1^{ère} étape : pré-test du profil d'entrée des participants, par une auto-évaluation du niveau de maîtrise des huit soft skills du modèle POCI ;
- 2^{ème} étape : la méthode du World Café, en quatre cycles : la co-construction d'un scénario, la description des obstacles, la

proposition des solutions possibles, et la recommandation des pistes d'action ;

- 3^{ème} étape : post-évaluation de la méthode du World Café.

L'expérimentation a démontré d'après le retour des participantes que :

- Le World Café, comme méthode qui se base sur la communication autour d'une table dans un cadre approprié, s'est révélé très motivant pour les sages-femmes qui avaient rarement l'occasion de discuter des problèmes auxquels elles sont confrontées.
- Les quatre cycles de la méthode ont convaincu les participantes de l'importance de l'apprentissage et du travail en équipe.
- L'interaction sur les situations stressantes les rendent moins stressantes.
- Les différentes solutions et pistes proposées vont les aider à mieux gérer les situations complexes rencontrées ultérieurement.

1.2 Simulation

La méthode de la simulation (Partie 2 Chapitre 2) a été mobilisée auprès des mêmes participantes au niveau du centre de formation et de simulationForSim de l'ISSS. Deux soft skills appartenant à la dimension interactionnelle, à savoir la communication et le respect de l'intimité ont été ciblées. Le scénario pédagogique a respecté le plan suivant :

- Le briefing : évaluation du profil d'entrée des sages-femmes par une évaluation multicritère.
- La mise en situation : jeu de rôle en rapport avec un scénario sur l'anamnèse,
- Le débriefing : il s'est déroulé selon trois étapes, à savoir la description, l'analyse et la synthèse et a permis de mettre en exergue

ce que les participantes à la simulation ont identifié comme s'étant bien passé ou comme devant être à travailler.

- Cette expérimentation a démontré à son tour que :
- La sage-femme échoue quelquefois à maintenir une bonne communication durant l'anamnèse et l'examen ce qui explique tout l'intérêt d'évaluer toute la situation pour juger la maîtrise ou non de cette compétence.
- En ce qui concerne le respect de l'intimité, la phase de débriefing a pointé les différentes lacunes à combler à ce niveau.
- La confusion entre le respect de l'intimité comme soft skill et le respect du secret professionnel.
- L'observation par les autres participantes des scénarios joués par les sages-femmes les a sensibilisées à l'insatisfaction de quelques parturientes vis-à-vis du service prodigué.

2. Pistes de renforcement proposées :

2.1 P : pistes de renforcement de la dimension Psychologique des soft skills

2.1.1 Motivation : Blason individuel

2.1.1.1 Généralités sur la compétence de la motivation

D'après Deepak et al., (2016), la motivation est un concept généralement lié à la volonté, à savoir l'existence de deux types de volonté : bonne et mauvaise. La motivation s'appuie sur ce qui stimule une action personnelle et incite à agir (Balumuene Kabasele, 2020; Deepak et al., 2016). Maslow

(1968) a bien démontré que la motivation est en relation avec la satisfaction de certains besoins défini selon chaque personne (Freitas & Leonard, 2011). Selon Roussel (2000), la motivation est un processus déclenché par une force motivationnelle interne, qui est spécifique à chaque personne et selon ses particularités (Roussel, 2000).

La motivation est affectée par la conformité et la qualité du terrain de travail, durant la formation on pensait que la charge du travail est moins lourde, les situations critiques n'ont pas d'impact sur le personnel, mais la réalité est surprenante du fait de l'écart existant entre ce qui est demandé et ce qui est réalisé réellement (Maulini, 2010).

Il existe deux types de motivation, à savoir la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque :

- Selon Papet (2015), la motivation intrinsèque est « un acte volontaire. Elle est déclenchée par des ressources internes (je le fais parce que cela m'intéresse) et produit une satisfaction (parce que j'y prends du plaisir, je me sens bien) », soit liée à des stimulations, des connaissances ou des accomplissements (Paquiot-Papet, 2015);
- D'après ce même auteur, la motivation extrinsèque est associée soit à des facteurs externes favorables dont la personne souhaite tirer profit par la reconnaissance par exemple, soit à des facteurs à éviter parce qu'ils engendrent des sanctions.

En effet, cette compétence se base sur quatre éléments (Roussel 2000) : le déclenchement du comportement, la persistance du comportement, la direction du comportement et l'intensité du comportement. Généralement

c'est un comportement dont les facteurs déclencheurs sont variables et propres à chaque personne.

D'après Diez et Carton, (2013), les principaux facteurs de la motivation sont : la reconnaissance, l'implication dans l'organisation, les conditions de travail, le salaire et le niveau d'autonomie (Diez & Carton, 2013).

2.1.1.2 Fiche technique de la méthode du Blason individuel

Notons tout d'abord que le support proposé peut prendre la forme d'une main, d'une fleur ou d'un arbre. Ce qui nous donne la possibilité de respecter notre spécificité culturelle et d'éviter toute la symbolique afférente au blason.

Deux raisons ont motivé le choix d'une telle méthode :

- La sage-femme du secteur public est dans l'obligation de faire preuve d'une grande autonomie et d'un esprit ouvert avant d'aller à la rencontre de la clientèle.
- Auto-évaluer ses qualités, ses défauts et ses objectifs aidera la sage-femme à rester motivée et surtout garder un état psychologique stable et équilibré au sein de son service.

De quoi s'agit-il ?

C'est une activité, selon Viollet (2015), qui sollicite la créativité chez les personnes, pour les aider à s'exprimer d'une manière visuelle ce qui est plus important pour elles. Il est un outil d'animation utilisé pour créer les conditions favorables pour une réflexion positive sur les valeurs, le sens d'un individu, il est adaptable en fonction des objectifs visés : aide à la définition d'un projet ou outil d'autoformation.

Les objectifs principaux :

- Déclencher la réflexion et l'expression ;
- faire des évaluations et des bilans ;
- générer des idées.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Des crayons et une gomme.

Blason vierge imprimé en format A3 pour chaque participant

Blason type pour la présentation

Taille du groupe et durée de la réalisation :

En général 12 personnes. Le temps moyen à prévoir est de 4 à 5 heures.

Démarche à suivre :

- ▶ 1^{ère} étape : L'animateur mobilise le blason type pour expliquer la nature de l'activité et les objectifs ciblés.
- ▶ 2^{ème} étape : Chaque participant remplit les cases du blason vierge.
- ▶ 3^{ème} étape : Les différents blasons sont affichés et font l'objet d'un échange entre les pairs.
- ▶ 4^{ème} étape : Chaque participant présente brièvement son blason en prenant en considération ou non les commentaires faits auparavant par les pairs.
- ▶ 5^{ème} étape : L'animateur croise l'expression subjective des participants.

S'ensuit un débriefing où l'animateur fait une synthèse sur le déroulé de l'activité et recueille les sentiments à chaud des participants.

2.1.1.3 Exemple / étude de cas

On vous propose le poste d'infirmier-chef par intérim pour le service de la maternité, c'est votre première expérience dans un poste de responsabilité, vous n'avez suivi aucune formation dans la gestion d'un service.

- 1- Une lecture sur la méthode et ces étapes,
- 2- Définir la question sur laquelle le blason sera basé : quelles sont les valeurs qui devraient vous guider pour réussir dans votre nouveau poste ?
- 3- Le choix du type de Blason. Pour l'analyse du cas ci-dessus, nous avons opté pour un blason formé de quatre cases et un bandeau :
 - Case 1 : 3 **qualités** (l'écoute active, l'autonomie dans le travail, la persévérance.)
 - Case 2 : 2 **peurs** (les réclamations des patientes, la gestion de l'équipe)
 - Case 3 : 3 **défauts** (perfectionniste, se stresse facilement, impatiente.)
 - Case 4 : 2 **souhaits** (avoir un service avec zéro conflit, un taux de satisfaction important.)
 - Bandeau : une jeune femme souriante avec des lunettes, bavette, pyjama de maternité.
- 4- Présentation du blason et comparaison avec les exigences du nouveau poste :
 - ✓ Les trois qualités se conforment aux qualités d'un bon leader ;

- ✓ les deux peurs peuvent être gérées par un renforcement des qualités : avec l'écoute active vous allez pouvoir gérer les réclamations, et avec la persévérance vous allez diriger vos personnels vers le maintien d'un service de qualité ;
- ✓ de nos jours, être perfectionniste stimule le stress, du coup accepter de temps en temps la réalité et par la suite chercher à progresser petit à petit en comprenant que la patience est une nécessité et non un choix ;
- ✓ vos souhaits reflètent toujours votre caractère de perfectionniste, c'est vrai que c'est en visant loin qu'on réalise la majorité des objectifs ;
- ✓ le dessin est significatif : vous êtes une personne ambitieuse et la gestion d'un service ne va que vous confirmer qu'une sage-femme a les éléments de base pour gérer le service où elle exerce compte tenu de son expérience et son auto-formation.

➔ Comme on peut le constater, la méthode du blason individuel favorise la connaissance de soi et de ses capacités. De même, elle facilite l'amélioration de l'image de soi et libère les potentialités des participants en renforçant leur motivation intrinsèque.

2.1.2 Gestion de stress : technique de Pigors

2.1.2.1 Généralités sur la compétence de la gestion de stress

D'après Drolet et al., (2001) : « le stress peut être défini comme l'ensemble des transactions entre la personne et son environnement dans lesquelles les stressors sont reliés aux réactions d'anxiété par la perception d'une menace » (Drolet et al., 2001).

Le stress est une réponse physiologique non spécifique vis-à-vis d'une situation ou une demande, qui peut se caractériser par : crampes abdominales, hypertension artérielle, maux de tête, sensation de faiblesse, vertiges, insomnie, pleurs injustifiés, difficultés de concentration, saute d'humeur, sensation de perte de contrôle, etc.

Cela est dû à plusieurs facteurs, dans le cas de ceux liés à l'environnement de travail comme facteur externe du stress par exemple, la sage-femme est confrontée quotidiennement à des situations stressantes d'où la nécessité de développer la compétence de la gestion du stress pour assurer ses tâches et responsabilités envers les collègues et les patientes. En effet, la gestion du stress ne se résume pas à un ensemble de recettes à suivre, mais correspond à une prise de conscience de la manière de gérer les événements stressants.

L'OMS (2015) définit le stress au travail comme un « état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou de dysfonctionnement au niveau physique ou social et qui est la conséquence du fait que les travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail ». Il se manifeste par des symptômes psychologiques, comportementaux ou physiques (Kabuo & Ngbato, 2022).

Les sages-femmes sont soumises dans leur activité à plus de stress que d'autres personnels de santé. La période du travail est difficile, en particulier dans les établissements qui accueillent un nombre très important de parturientes qui dépasse les normes de la prise en charge des sages-femmes, le personnel est largement en dessous des besoins. Aussi l'activité de la salle d'accouchement impose un rythme de travail fatigant : une alternance de

gardes de jour et de nuit qui ne sont pas toujours compatibles avec une vie sociale et familiale. La diversité des tâches pour faire face à l'urgence épuise ainsi l'individu, diminue sa concentration, interfère ainsi avec la maîtrise de ses émotions et également la gestion de son stress.

2.1.2.2 Fiche technique de la méthode de la technique de Pigors

La méthode proposée pour la compétence de la gestion du stress est la technique de Pigors (Viollet 2015), qui se base essentiellement sur :

- L'importance d'avoir une vision générale de la situation, et des informations essentielles avant de se stresser ;
- elle se base sur la présentation d'un cas par un animateur qui ne fournit qu'un minimum d'information. C'est aux participants de demander plus d'information sur la situation ;
- les participants dans la majorité des cas sont surpris lorsqu'ils découvrent par la suite les informations auxquelles ils n'ont pas pensé.

De quoi s'agit-il ?

Elle permet à un groupe de discuter de situations problématiques concrètes et détaillées et, sur la base de l'analyse de chaque cas, de déclencher une prise de conscience de la situation, suivie d'une visualisation de l'expérience et, enfin, d'une recherche de solutions appropriées (Viollet 2015).

Les objectifs principaux :

- Sensibiliser chaque participant à ses propres préjugés, à ses comportements habituels et à sa volonté de détourner l'information à sa disposition.

- Faire prendre davantage conscience des attitudes émotionnelles implicites dans les décisions apparemment bien fondées.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Une affiche, des crayons et une gomme.

Taille du groupe et durée de la réalisation :

Un groupe de 20 à 25 personnes. La durée ne dépasse pas généralement 4 heures.

Démarche à suivre :

- Présentation d'une situation problème avec peu de détails réels ;
- analyse de cas : une prise de conscience de soi face à la situation ;
- conceptualisation de l'expérience ;
- recherche des solutions efficaces.

2.1.2.3 Exemple / étude de cas

L'équipe exerçant dans un service de maternité, où le personnel est largement en dessous des besoins, vient d'apprendre que 3 sages-femmes du service seront en congé à partir du lendemain : un congé de maternité, un congé de maladie et un congé de mariage.

Comment gérer cette situation stressante ?

Déroulement de l'application (Viollet 2015) :

- ✓ Vous allez vous réunir pour discuter la situation problème décrite dans l'étude de cas précité ;
- ✓ l'animateur vous explique que 3 sages-femmes du service vont prendre un congé à partir de demain, et que vous allez vous débrouiller pour équilibrer le service,
 - Sage-femme x : congé de maternité ;
 - Sage-femme y : congé de maladie ;
 - Sage-femme z : congé de mariage ;
- ✓ l'animateur ne doit fournir des détails et des informations sur chaque cas que si les participantes en font la demande ;
- ✓ chaque participante est censée prendre conscience de la situation, et son impact sur son système de garde ;
- ✓ discussion sur la situation ;
- ✓ proposition de solutions à partir des données dont elles disposent ;
- ✓ l'animateur dévoile les informations cachées et que personne n'a demandé :
 - Le service de pédiatrie dispose d'une sage-femme qui va venir renforcer le service de la maternité ;
 - un médecin gynécologue a annulé son congé ;
 - la majeure du service va assurer les tâches administratives et donner un coup de main à la salle d'accouchement.

→ Comme on peut le remarquer, la méthode Pigors a plusieurs avantages :

- L'adoption d'une approche actionnelle qui favorise amplement l'implication personnelle des participants ;
- le niveau motivationnel est assuré, d'autant plus que l'activité répond aux préoccupations des participants ;
- le point de départ est un cas concret qui a un rapport étroit avec la situation vécue par les participants.

2.2 O : pistes de renforcement de la dimension Organisationnelle des soft skills

2.2.1 Travail en équipe : commande réciproque

2.2.1.1 Généralités sur la compétence du travail en équipe

Le travail en équipe n'est pas seulement une organisation de travail, mais une compétence que tout un chacun doit maîtriser. Pour le travail d'infirmier ou de sage-femme, c'est très important car il a tendance à améliorer la qualité du service prodigué aux patients, par un partage de la responsabilité des soins.

Selon Roger Mucchielli (1995) : « L'équipe possède certaines particularités, notamment la composition d'un nombre restreint de membres, la création d'un lien interpersonnel effectif, un engagement personnel de chaque membre, qui intervient avec ses compétences et son savoir-être, la volonté d'atteindre un objectif commun, la nécessité pour chacun de faire des concessions au sein du groupe, la nécessité de répartir les missions de chacun pour obtenir une distribution des rôles et une organisation efficace » (Roger, 1995).

La qualité des actes des sages-femmes est conditionnée par la façon dont elles travaillent ensemble, se focalisent sur des objectifs partagés, ont une vision précise de ce qu'il faut accomplir, collaborent, se considèrent comme efficaces, accomplissent un travail de qualité et rencontrent la satisfaction des personnes qui les entourent.

Selon Tuckman et Jensen 1977, le développement d'une équipe passe par cinq étapes majeures (Tuckman & Jensen, 1977) :

- **Forming** : Elle se caractérise généralement par une certaine ambiguïté et une certaine confusion. Les membres de l'équipe n'ont pas systématiquement choisi de travailler ensemble et peuvent être sur leurs gardes, tout en communiquant de manière superficielle et impersonnelle. La tâche à exécuter n'est pas forcément compréhensible pour tous.
- **Storming** : Une étape délicate au terme de laquelle des conflits apparaissent entre les membres de l'équipe et la résistance aux tâches qui leur sont attribuées. Les membres de l'équipe risquent de se disputer les pouvoirs et de manifester de la frustration lorsque la tâche n'avance pas.
- **Norming** : Une communication transparente entre les collaborateurs est désormais assurée et l'équipe doit s'atteler à la tâche qui lui a été confiée. Les méthodes de communication et les procédures communément approuvées sont en vigueur.
- **Performing** : L'équipe se préoccupe exclusivement de la réalisation de ses objectifs. Elle est dorénavant très soudée et coopérative, ouverte et confiante, débrouillarde et efficace.

- **Adjourning** : est le moment où les objectifs de l'équipe ont été atteints et où les membres se séparent pour travailler dans d'autres équipes ou pour quitter l'entreprise.

2.2.1.2 Fiche technique de la méthode de la commande réciproque

La commande réciproque (Viollet 2015) est une méthode qui se base sur le résultat des travaux de groupe, pour assurer un échange interpersonnel en groupe. Cette méthode permet aux participants d'autoévaluer leurs aptitudes et comportements lors d'un travail en groupe afin de les réajuster progressivement avec la pratique de ce genre de méthode.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Des feuilles de papier, des crayons et une gomme.

Taille du groupe et durée de la réalisation :

Un groupe de 15 à 25 personnes. La durée ne dépasse pas généralement 2 heures.

Démarche à suivre (Viollet 2015) :

- ✓ L'animateur divise le groupe en quatre sous-groupes : groupe 1, groupe 2, groupe 3, groupe 4, et un messenger,
- ✓ Dans un 1^{er} temps :
 - L'animateur communique tour à tour aux groupes 1 et 2 leurs objectifs : le groupe 1 doit définir en 20min une tâche qui devra être accomplie par le groupe 2. Celui-ci doit l'accomplir en 40min.

- ✓ Dans un 2^{ème} temps :
 - L'animateur transmet tour à tour au groupe 3 et au groupe 4 leurs objectifs : chaque membre du groupe 3 doit observer individuellement le groupe 2 lors de l'application de la tâche. Puis transmettre par messages écrits individuellement au groupe 4 des observations qu'ils jugent intéressantes.
 - Le groupe 4 assure l'analyse et la synthèse des éléments observés par le groupe 3.
- ✓ Dans un 3^{ème} temps :
 - Le groupe 1 communique au groupe 2 la tâche prescrite et les conditions éventuelles pour sa réalisation ;
 - Le groupe 2 dispose de 40min pour l'exécuter ;
 - Le groupe 3 observe le groupe 2 et communique les observations au groupe 4,
 - Durant cette phase le sous-groupe 1 est libre. Seuls les sous-groupes 2 et 3 restent dans la même salle. Le messager transmet les messages du sous-groupe 3 au sous-groupe 4 qui doit être éloigné des sous-groupes 2 et 3
- ✓ Dans un 4^{ème} temps :
 - On donne 15min à 20min au groupe 4 pour structurer sa synthèse avant de l'exposer en plénière,
- ✓ Dans un 5^{ème} temps :
 - Synthèse finale assurée par l'animateur.

Le tableau 25 suivant explique le déroulement de la méthode de la commande réciproque :

Tableau 25 : Déroulement et étapes de la méthode de la commande réciproque.

Temps		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
T1 +/- 10 min	1.1	L'animateur donne des consignes : vous allez définir en 20min une tâche qui devra être accomplie par le groupe 2 en 40min.	Absence de ce groupe lors de ce 1.1 du T1.	Assistance à la présentation des consignes par l'animateur pour le groupe 1.	
	1.2	Libre	L'animateur donne des consignes en l'absence des trois autres groupes : vous devez réaliser la tâche qui vous sera confiée en 40min.	Libre	Libre
T2 20min	2.1	Définit la tâche du groupe 2 (étude de cas en haut à titre d'exemple)	Libre	L'animateur donne des consignes en l'absence des trois autres groupes : chaque membre doit observer individuellement le groupe 2 lors de l'application de la tâche. Puis transmet par messages écrits individuellement au groupe 4 les observations jugées intéressantes.	Libre

	2.2	Libre	Libre	Libre	L'animateur donne des consignes en l'absence des trois autres groupes : ce groupe assure l'analyse et la synthèse des éléments observés par le groupe 3.
T3 40min	3.1	Vous devez transmettre la tâche au groupe 2 (étude de cas)		Vous allez observer le groupe 2 et par la suite transmettre vos observations au groupe 4 par le messenger.	
	3.2		Vous allez appliquer la tâche (Comment allez-vous gérer la situation ?		Vous allez recevoir les informations transmises par le groupe 3.
T4 15min		Libre	Libre	Libre	Ce groupe réalise la première synthèse.
T5		L'animateur réalise la deuxième synthèse en présence des quatre sous-groupes.			

2.2.1.3 Exemple / étude de cas

Mme Fatine est transférée en suites de couches après 2 heures de son accouchement normal par voie basse et une épisiotomie latérale gauche. En accomplissant son tour de surveillance des accouchées, l'une des sages-femmes de garde nouvellement recrutée (1mois) remarque que Mme Fatine pleure toute seule et refuse de donner le sein à son nouveau-né. Vous essayez de discuter avec elle mais en vain. Comment allez-vous gérer la situation ?

➔ Il est à noter que cette méthode respecte les principes d'un apprentissage actif et permet aux participants de mobiliser leur réflexivité et d'ajuster leur comportement à ceux de l'équipe. Son caractère non-directif permet une formation individualisée qui respecte les intelligences et les styles personnels des participants.

2.2.2 Gestion des conflits : jeux de Thiagi

2.2.2.1 Généralités sur la compétence de la gestion des conflits

Le conflit est considéré comme la conséquence d'une incohérence objective entre les objectifs ou les centres d'intérêt de deux ou plusieurs personnes (Raven, 1998).

Pour Jean-Jacques Legrand (2000) : « Un conflit est une rencontre d'éléments (opinions, objectifs, enjeux, méthodes, référentiels, sentiments) qui sont contraires, qui s'opposent et où chaque partie ou l'une d'entre elles lutte pour faire prévaloir ses objectifs, son point de vue, ses intérêts pour obtenir satisfaction (y compris la satisfaction psychologique d'avoir réussi) » (Dethier, 2018).

Le conflit correspond par conséquent à un état de blocage au sein d'une dynamique en mouvement. Il est étroitement associé au changement, aux émotions, à la communication et à la logique des structures. Le conflit est une incitation à la transparence, à la certitude et au développement (Dethier, 2018). On cherche à résoudre et gérer les conflits pour trois principales raisons :

- Le coût du conflit par rapport à la paix ;
- les effets bénéfiques à faire partie d'un groupe ;

- la valeur, les qualités et les compétences des personnes.

Plusieurs stratégies sont disponibles pour la résolution et la gestion des conflits (Pelletier 1994), y compris :

- Céder : suppose une position de laisser-faire de la part d'une ou de plusieurs personnes-ressources ;
- rivaliser : un ou plusieurs membres de l'équipe ne démontrent que peu ou pas d'intérêt envers les objectifs des autres membres ;
- éviter : résoudre le conflit plus tard ;
- rechercher un compromis : l'atteinte des objectifs par d'autres moyens ;
- collaborer : impliquer tous acteurs pour qu'ils obtiennent satisfaction.

2.2.2.2 Fiche technique de la méthode du jeu de Thiagi

A ce stade, nous avons opté pour le jeu « **Free time** » (Thiagarajan, 2008). Le principe de cette activité est d'encourager les gens à être plus ouverts et de les laisser expérimenter ce que l'on peut ressentir lorsqu'on est exclu.

Deux principales raisons motivent le choix de ce jeu :

- ➔ En premier lieu, inclure un jeu différent des autres méthodes pédagogiques pour créer un climat d'échange entre les sages-femmes et faire passer des messages d'apprentissage fluidement via un simple jeu ;
- ➔ en second lieu, démontrer aux sages-femmes que le développement des soft skills peut se faire aisément au moyen d'une activité ludique.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Pastilles adhésives rouges et vertes

Cinq diapositives PowerPoint, chacune contenant des instructions secrètes pour les verts

Vidéoprojecteur et écran

Papier vierge et crayons ou stylos

Sifflet

Taille du groupe et durée de la réalisation :

Un groupe de 10 à 30 personnes, à diviser en deux groupes : les verts et les rouges. La durée ne dépasse pas généralement 30min.

Démarche à suivre :

- Attribuez des couleurs à chaque participant. Au fur et à mesure que les participants se présentent à la session, distribuez au hasard un point vert ou un point rouge, un nombre à peu près égal de points des deux couleurs. Et demandez aux participants de coller les points sur leur badge ou sur leur front.
- Briefez les participants. Demandez à tous les participants de décider indépendamment de la manière dont ils devraient passer les 5 minutes de temps libre au milieu de la session.

- Attribuez des stratégies de planification. Expliquez que vous allez mener une expérience sur les stratégies de planification du cerveau droit et du cerveau gauche par exemple.
- Donnez des instructions secrètes aux verts. Demandez aux verts de garder les yeux ouverts. Projetez les messages secrets sur l'écran, un par un.
- Commencez la période de discussion. Eteignez le vidéoprojecteur et, après 1 minute supplémentaire, sifflez et demandez aux rouges d'ouvrir les yeux. Invitez tous les participants à partager leurs plans pour les 5 minutes de temps libre. Observez les discussions. Sifflez après 3 minutes et annoncez la fin de la période de discussion.
- Débriefing : en suivant la séquence proposée avec les cinq questions suivantes : qu'est-ce que vous avez ressenti (pour les rouges) ? qu'est-ce qui s'est passé (pour les verts) ? pourquoi vous avez suivi les instructions (pour les verts) ? puis se rapporter au lieu de travail, et finalement demander à tous les participants : quelle suite donner à cette activité ?

2.2.2.3 Exemple / étude de cas

Créer un conflit entre le groupe en excluant quelques sages-femmes : vous êtes dix sages- femmes exerçant au niveau du service de la maternité du centre hospitalier X, vous avez décidé de vous réunir pour discuter les stratégies à adopter pour garantir un taux plus élevé de satisfaction des parturientes. La réunion sera guidée par la sage-femme majeure du service, dans la salle de réunion.

Déroulement du jeu de free time :

- Accueil des participantes ;
- pour mieux gérer la réunion, une distribution des pastilles vertes et rouges à toutes les sages-femmes ;
- demandez aux sages-femmes de les coller au niveau de leur badge ;
- expliquez aux sages-femmes que vous aurez un temps libre de 5min durant la réunion pour discuter entre vous et échanger ;
- expliquez aux sages-femmes que vous allez mener une discussion et que les sages- femmes qui ont une expérience de plus de 10ans vont prendre les pastilles rouges et celles moins de 10ans les pastilles vertes, pour pouvoir choisir les stratégies les plus convenables ;
- demandez aux sages-femmes ayant des pastilles vertes d'écrire une liste d'activités et de stratégies à discuter pour la période de 5 minutes. Demandez aux sages-femmes avec des pastilles rouges de fermer les yeux et de visualiser ce qu'elles discuteront pendant les 5 minutes de temps libre. Demandez aux rouges de continuer à visualiser les yeux fermés jusqu'à ce que vous donniez un coup de sifflet ;
- demandez aux verts de garder les yeux ouverts. Projetez les messages secrets suivants à l'écran, un par un :
 - Chut ! Suivez ces instructions secrètes pour les verts :
 - ➔ Lorsque je donne le coup de sifflet, entamez une conversation enthousiaste.
 - ➔ Faites part de vos idées sur la façon d'utiliser les 5 minutes de temps libre :
 - Ne parlez qu'aux autres verts. Ignorez les rouges.

- Ne leur parlez pas.
- Appelez les autres verts de l'autre côté des chaises. Si nécessaire, allez à la rencontre des autres verts.
- Si les rouges vous parlent, ne répondez pas. Ignorez-les.
- **Commencez la période de discussion** : Eteignez le vidéoprojecteur et, après 1 minute supplémentaire, sifflez et demandez aux rouges d'ouvrir les yeux. Invitez tous les participants à partager leurs plans pour les 5 minutes de temps libre.
- Observez les discussions. Sifflez après 3 minutes et annoncez la fin de la période de discussion.
- **Débriefing** :
 - Demandez "**Comment vous êtes-vous sentis** ?" Établissez que les rouges se sont sentis mal à l'aise d'être ignorés et exclus.
 - Établissez également que certains verts se sont sentis mal à l'aise à l'idée d'ignorer les autres et de les exclure.
 - Demandez : "**Que s'est-il passé** ?" En tant que vert, qu'avez-vous fait et pourquoi l'avez-vous fait ? En tant que rouge, qu'avez-vous fait et pourquoi l'avez-vous fait ? Lorsque les verts expliquent qu'ils n'ont fait que suivre des instructions, expliquez la configuration aux rouges. Affichez à nouveau les instructions secrètes à l'écran.
 - Et poursuivez le débriefing.

- Demandez aux verts "**Pourquoi ?**" Discutez des raisons pour lesquelles les verts ont choisi de suivre les instructions, même si cela les mettait mal à l'aise.
- Faites le lien avec le lieu de travail.
 - Demandez : "**En quoi cette activité est-elle similaire à ce qui se passe sur votre lieu de travail ?**" Discutez les réponses des participants.
- Posez des questions du type "**Et ensuite ?**"
 - Posez des questions telles que : "En prenant en compte ce que vous avez appris dans le cadre de cette activité, comment changeriez-vous les choses ? votre façon d'inclure ou d'exclure les personnes qui appartiennent à des groupes différents ?"

➔ Comme on peut le noter, le jeu Free time fait partie des activités de formation appartenant à la ludo-pédagogie et proposées par Sivasailam Thiagarajan – alias Thiagi.

Dans le cas que nous avons présenté ci-dessus, le jeu choisi a pour objectif d'identifier et d'intégrer des concepts liés à la diversité dans les groupes de travail, et d'en faire ainsi l'expérience et d'expérimenter la douleur de l'exclusion. C'est une activité qui facilite la médiation et la gestion des conflits et encourage à la négociation efficace entre les membres d'une équipe.

2.3 C : pistes de renforcement de la dimension Cognitive des soft skills

2.3.1 Résolution des problèmes : jeux de cartes de BARROWS

2.3.1.1 Généralités sur la compétence de la résolution des problèmes

La résolution des problèmes est une compétence clé pour dépasser différentes situations afin d'assurer le maintien d'un équilibre chez le patient et dans le service. Dans ce sens, les 6 étapes principales pour la résolution d'un problème (Granger, 2023a) se présentent comme suit :

- Identifier les problèmes et sélectionner des possibilités d'amélioration ;
- définir le problème de manière opérationnelle ;
- identifier les personnes devant travailler sur le problème ;
- analyser et étudier le problème pour en identifier les causes majeures ;
- mettre au point des solutions et des actions pour l'amélioration de la qualité ;
- mettre en œuvre et évaluer les efforts d'amélioration de la qualité.

Au niveau du service de la maternité, la sage-femme est confrontée chaque jour à des situations qui peuvent se transformer en problème que ça soit avec les collègues, avec les patientes, ou même avec l'administration. Les problèmes généralement sont liés aux ressources humaines, ressources matérielles ou ressources financières, du coup avoir la compétence pour la résolution de problèmes aidera les sages-femmes à garder leur concentration sur le service prodigué et la qualité de la relation sage-femme / parturiente.

La capacité à résoudre des problèmes et la maîtrise de cette compétence témoigne d'une aptitude à réfléchir efficacement, à faire face à un problème et à surtout améliorer une situation qui peut se transformer en une crise. Dans ce sens, la sage-femme doit faire preuve de ces compétences cognitives en matière des risques liés au cas de la patiente, afin d'adopter la bonne attitude et préserver la santé physique et psychologique de la parturiente. Mettre à jour ses connaissances est parmi les moyens les plus efficaces pour la résolution des problèmes liés à la santé des femmes et à la satisfaction de sa clientèle.

2.3.1.2 Fiche technique de la méthode du jeu de cartes de BARROWS

Pour développer la compétence de la résolution des problèmes, nous proposons la méthode du jeu de cartes de BARROWS (Viollet 2015), pour les raisons suivantes :

- Facile à mettre en place et permet une auto-formation ;
- garantit une interaction et un échange entre les membres de l'équipe ;
- permet de penser à plusieurs solutions et pistes d'actions pour gérer le problème ;
- sensibilise aux conséquences des décisions prises lors de la prise en charge d'un patient ;
- identifie au fur et à mesure du jeu, les actions les plus critiques pour la situation problème.

Son principe est de développer et/ou évaluer la capacité d'analyse et de synthèse, tout en agissant face à des situations pratiques et réelles, avec pertinence. C'est une méthode qui aide à visualiser immédiatement les conséquences des décisions prises pour résoudre le problème en question.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Cartes

Papier vierge et crayons ou stylos

Une grille de réponse et corrigé que l'animateur remplit durant la sélection des actions par les participants. Elle est constituée de 4 colonnes et de 40 à 51 lignes et elle a la forme suivante :

N°	Actions (liste proposée aux participants)	Effets (indiqués sur les cartes reçues par les participants lors de la sélection)	Score
1	...	...	
2	...	...	
...	...	...	
...	...	...	

Score : -2 effet négatif/+2 effet positif/0 effet neutre. Il faut qu'il y ait égalité entre les scores positifs et négatifs.

Taille du groupe et durée de la réalisation :

Des binômes /un animateur. La durée ne dépasse pas généralement 30min.

Démarche à suivre (Viollet 2015) :**Préparation**

Proposition d'un cas réel avec une liste de 40 à 50 actions ;

Certaines actions ont un impact positif, neutre ou négatif ;

Déroulement

Travail en binôme face-à-face avec un animateur ;

Préparation d'une carte par action, qui comprend le résultat de l'action et les conséquences au verso ;

- ▶ 1^{ère} phase : sélection par le binôme des actions qu'il mettrait en place s'il était confronté à la situation ;
- ▶ 2^{ème} phase : à chaque fois que le binôme fait son choix, l'animateur lui indique le résultat obtenu par la mise en œuvre de l'action, en soulignant si l'impact est positif, négatif ou neutre ;
- ▶ 3^{ème} phase : l'animateur coche la décision prise. Le binôme est libre de continuer ou d'arrêter ses choix.
- ▶ 4^{ème} phase : l'animateur fait une synthèse en petit ou grand groupe où il explique le rapport entre les actions suggérées et les résultats.

Durant tout le processus l'animateur doit rester neutre, sans opinion ou jugement sur le choix.

2.3.1.3 Exemple/ étude de cas

Vous êtes une sage-femme au niveau de la maternité de l'hôpital X, vous avez en charge les soins de suites de couches de 20 parturientes. Parmi celles-ci Madame Laila, âgée de 32 ans, qui a accouché à terme, par voie basse d'un garçon de 3kg600. Accouchement long avec épisiotomie latérale gauche. Primigeste, la grossesse de Madame Laila s'est déroulée normalement. Elle a pris 20kg pendant sa grossesse. Elle est fatiguée et se plaint beaucoup de son épisiotomie qui la gêne énormément. Pour allaiter, la mise au sein est un peu

difficile, la position assise se révélant très douloureuse. Le lendemain, les lochies sont abondantes, épaisses, foncées et nauséabondes. Elle a froid, son abdomen est très douloureux. Elle ne peut pas se lever pour aller uriner.

D'après vos connaissances, quelles sont les problèmes réels ou potentiels chez la femme ? et quelles sont les actions à mettre en place ?

→ Il est à signaler que le jeu de cartes de Barrows est une méthode de formation et d'autoévaluation. Durant toutes les phases du jeu les participants sont actifs et sont appelés à mesurer l'effet des décisions prises. La motivation est assurée puisque le jeu s'appuie sur un cas concret appartenant à une situation professionnelle authentique.

2.3.2 Adaptation aux situations complexes : les six chapeaux de BONO

2.3.2.1 Généralités sur la compétence de l'adaptation aux situations complexes

La pratique infirmière et sage-femme consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à effectuer une surveillance clinique, à initier des examens diagnostiques, à établir un plan de soins et de traitements et à le mettre en œuvre pour maintenir ou guérir la santé (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2011). Les sages-femmes sont confrontées quotidiennement à des situations de soins complexes et sont amenées à intervenir dans ce contexte pour préserver la stabilisation du patient, prévenir les complications et prodiguer des soins de qualité (Aiken et al., 2003; Moore-Higgs, 2000). Elles se doivent de réagir rapidement à toutes sortes de

situations, comme un bouleversement de l'état du patient (Baumann & Bourbonnais, 1982). Pour ce faire, elles doivent disposer d'une solide capacité de réflexion clinique.

La maîtrise de la compétence d'adaptation aux situations complexes dans la pratique infirmière fait appel au développement de plusieurs compétences (Côté et al., 2012), y compris :

- Le raisonnement diagnostique : arriver à diagnostiquer grâce à la révélation des troubles, des maladies chez le patient ;
- la prise de décision : agir en choisissant entre des options, résultat d'un raisonnement clinique solide ;
- la résolution de problème : mettre au point des solutions et des actions pour l'amélioration de la qualité ;
- le jugement clinique : se concentrer sur les données recueillies et puis évaluer selon les priorités ;
- la pensée critique et l'esprit analytique : évaluer les connaissances en lien avec le jugement clinique.

Avoir la compétence de l'adaptation aux situations complexes spécifiquement chez les sages-femmes qui exercent dans le milieu rural, est une nécessité, vu l'absence du corps médical surtout pendant les gardes de nuits au niveau des maisons d'accouchements dans les endroits un peu isolés. La non-disponibilité d'un bloc opératoire ou service d'urgence à ce niveau, rend la responsabilité de la sage-femme en face de chaque situation et chaque geste pratiqué très sensible. D'où l'importance de renforcer cette compétence d'adaptation pour limiter la perte de temps pour les situations à caractère répétitif et savoir les gérer dans les plus brefs délais, afin de maintenir une bonne qualité des soins et une expérience de la maternité bien réussie.

2.3.2.2 Fiche technique de la méthode des six chapeaux de BONO

Dans le but de développer et renforcer la compétence de l'adaptation aux situations complexes, la méthode proposée est celle des six chapeaux de BONO. C'est une méthode qui se base sur l'utilisation de différents modes de pensée chez l'individu, dans le but d'une meilleure adaptation à une situation (De Bono, 2017).

La sage-femme est responsable dans le cas d'une grossesse ou un accouchement, de deux vies, celle de la maman et celle du bébé ou nouveau-né, ce qui augmente le pourcentage de faire face à des situations complexes variables. Certes, l'expérience joue un rôle primordial dans la gestion des cas et situation complexes, mais chaque expérience est spécifique, pour cela le choix de la méthode des six chapeaux de BONO aidera les sages-femmes à savoir se positionner émotionnellement au moment de chaque situation, pour éviter le cumul qui peut causer un burnout.

C'est une méthode qui était proposée pour son importance à amener les sages-femmes à penser autrement, et ne se pas limiter à des habitudes de raisonnement, ainsi à prendre plusieurs points de vue sur une situation ou un événement.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Des chapeaux de 6 couleurs différentes : bleu, jaune, vert, rouge, noir et blanc.

Taille du groupe et durée de la réalisation :

A titre individuel ou un groupe de personnes quel que soit le nombre.

Démarche à suivre (de Bono 2017) :

- L'animateur joue le rôle d'un facilitateur : pose un cadre confortable et porte généralement le chapeau bleu tout au long du processus, symbole de l'organisation, du déroulement et de la synthèse de l'atelier. Chaque session débute et se termine par un chapeau bleu. Il s'assure que chacun joue bien le rôle qui lui a été attribué. Il annonce les changements et gère le temps. Il veille aux échanges sans jugement.
- Présentation de la situation problème.
- Tous les membres du groupe vont porter la même couleur de chapeau en même temps pour favoriser un échange où l'écoute et le respect sont la clé de la réussite de l'atelier.
- Tous les participants analysent la situation et recherchent des pistes de solution en expérimentant à tour de rôle les 6 modes de pensée proposés.

2.3.2.3 Exemple/ étude de cas (proposée par les sages-femmes lors de l'expérience du World Café en partie 2)

Admission d'une parturiente dans une maison d'accouchement, avec dilatation complète et disproportion foeto-pelvienne. La femme doit être transférée ou opérée, mais il n'y avait pas de gynécologue sur place, pas de carburant dans l'ambulance (déjà un transfert est en cours par la deuxième ambulance), pas de feedback des responsables, la famille est en colère et

demande des interventions dans les brefs délais, agression verbale des sages-femmes. Appel encore une fois du chef de service, mais en vain. Les sages-femmes ressayent d'effectuer l'accouchement par voie basse. Parturiente fatiguée et n'arrive plus à pousser. Les bruits cardiaques fœtales diminuent et les signes d'une souffrance fœtale sont augmentées.

Pour mettre en pratique cette méthode en rapport avec le cas susmentionné, les sages-femmes peuvent s'inspirer du tableau suivant (tableau 26) pour organiser les sessions :

Tableau 25: La méthode des six chapeaux de Bono.

Chapeau blanc 	Réflexion objective et neutre basée sur les faits, les chiffres et l'information.
Chapeau rouge 	Les problèmes sont abordés avec intuition, réaction viscérale et émotion.
Chapeau noir 	Négatif, voit les risques et les raisons faisant que cela ne marchera pas
Chapeau jaune 	Positif, optimiste, clair, efficace et constructif. La réflexion positive du chapeau jaune vous aide à continuer quand tout paraît bien sombre et difficile.
Chapeau vert 	Créatif, en quête d'alternatives. Le chapeau vert est celui qui trouvera des solutions créatives au problème
Chapeau bleu 	Axé sur la méta-pensée ou le processus de réflexion et la stratégie. Le rôle du penseur bleu est de récapituler les réflexions nécessaires à la reconnaissance du sujet.

□ Plusieurs avantages ont été soulignés par de Bono (2017) :

- ❖ La puissance de la méthode consistant à prendre en considération toutes les potentialités des participants en veillant à les orienter vers la même direction.
- ❖ On remarque une grande économie du temps dans la mesure où tous les participants ajoutent des idées en parallèle d'une manière rapide.
- ❖ La neutralisation des problèmes d'ego en ce sens que la méthode donne à la discussion entre les participants un caractère neutre et objectif.
- ❖ Cette méthode permet enfin de se concentrer sur une seule chose à la fois sans éparpiller son esprit inefficacement dans plusieurs directions.

2.4 I : pistes de renforcement de la dimension Interactionnelle des soft skills

2.4.1 Communication : Brainwriting

2.4.1.1 Généralités sur la compétence de la communication

La communication entre une sage-femme et une parturiente est toujours présente, la sage-femme peut communiquer alors que son attention peut être sur le moniteur, l'ordinateur ou le dossier. Du coup, la femme peut recevoir un message clair : "Je me concentre, ne me dérangez pas", et agir en conséquence, même si la sage-femme n'est pas consciente qu'elle communique. La recherche révèle que les femmes ont besoin d'informations sur leur état de santé et sur les soins qui leur sont prodigués, et qu'une bonne

communication est très précieuse pour elles. Une véritable communication est très subjective, car elle doit être adaptée aux personnes concernées. La recherche peut nous donner des lignes directrices et des idées, mais les soins doivent être adaptés à l'individu (Leach et al., 1993).

La communication est également très stratégique, car la manière dont nous communiquons reflète nos priorités et la place qu'occupe cette femme dans nos préoccupations.

Des études publiées en 1967 par le professeur Albert Mehrabian, dans un échange de paroles, les divers types de la communication se répartissent de la manière suivante (Mehrabian, 1967):

- 7% de la communication est verbale ;
- 38% de la communication est vocale (intonation et son de la voix) ;
- 55% de communication visuelle (les expressions faciales et le comportement corporel) ;

Comme on peut le constater, 93 % de la communication relève donc du non-verbal.

La sage-femme doit faire preuve d'une bonne communication lors de son contact avec la patiente durant toutes les étapes de son passage au service de la maternité :

- À l'admission : pour collecter le maximum des informations sur les antécédents de la patiente et son état actuel ;
- à l'examen clinique : pour créer un milieu favorable d'échange et de confiance mutuelle ;

- à la salle d'accouchement : pour assurer la patiente et l'aider à accoucher confortablement ;
- aux suites des couches : pour garantir une continuité des soins de qualité et un soulagement de la maman afin de garder un bon souvenir de l'expérience de la maternité.

2.4.1.2 Fiche technique de la méthode du Brainwriting

Nous avons proposé à cette étape la méthode du brainwriting (Granger, 2023), pour premièrement encourager la créativité des participants et deuxièmement pour démontrer aux sages-femmes la complémentarité entre le verbal et le non-verbal pour garantir une bonne communication et une participation de tout le monde. Le processus se joue en deux temps : rédiger puis prendre la parole un par un. Penser avant d'agir et rédiger avant de décider.

Prérequis :

C'est une méthode qui ne demande aucun prérequis.

Matériels demandés :

Crayons et stylos.

Papiers blancs.

Tableau.

Taille du groupe et durée de la réalisation :

Un groupe de personnes quel que soit le nombre.

Démarche à suivre (Granger, 2023) :

À l'image du brainstorming, le brainwriting part du principe « passer de la quantité à la qualité ». On fait ressortir un maximum d'idées pour en garder à la fin les plus pertinentes et sur lesquelles il y a consensus. Cette méthode favorise l'intelligence collective.

Démarche à suivre si l'on opte pour un groupe de 6 personnes :

- ▶ 1^{ère} phase : Formuler une problématique et distribuer des feuilles aux participants
- ▶ 2^{ème} phase : Demander aux participants d'écrire chacun 3 réponses sur une feuille en rapport avec la problématique. Durée : 5 minutes.
- ▶ 3^{ème} phase : Chacun des participants passe ensuite sa feuille à son voisin qui inscrit à son tour 3 nouvelles idées, toujours le temps prévu (5 minutes) avant de remettre à nouveau la feuille à son voisin. Et ainsi de suite jusqu'à ce que chaque participant récupère la feuille où il a noté ses premières idées.
- ▶ 4^{ème} phase : On demande aux participants de procéder à un vote pour le choix des 5 idées qui vont être retenues ;
- ▶ 5^{ème} phase : On procède à une prise de décision en faisant des propositions concrètes basées sur les 5 idées retenues.

2.4.1.3 Exemple/ étude de cas

Mme B., une parturiente de 28 ans, se plaint auprès de vous du mauvais traitement qui lui est infligé par une sage-femme qui fait partie de votre équipe. La parturiente s'est confiée à vous en toute confiance et ne veut pas

que vous en parliez à votre collègue. Vous avez également remarqué que votre collègue a une bonne maîtrise des compétences techniques mais ne communique pas bien avec les patients. Comment réagir face à une telle situation ?

➔ Comme on peut le relever, le brainwriting s'avère pertinent pour l'aide à la prise de la bonne décision et à la proposition d'un plan d'action concret. Par ailleurs, la communication entre les participants se déroule dans le silence absolu. L'exercice se fait par écrit et dans l'anonymat total ce qui libère les potentialités et évite l'humiliation sociale et la stigmatisation.

2.4.2 Respect de l'intimité : Blason collectif

2.4.2.1 Généralités sur la compétence du respect de l'intimité

Dans le milieu hospitalier, l'intimité fait référence au corps, à la subjectivité de la personne, à la cellule familiale et au domicile du patient. Pour les professionnels de santé, elle est une valeur à protéger et à respecter. Mais la manière dont elle est conçue et perçue donne lieu à des pratiques variables selon les contextes. Le respect de l'intimité est le concept le plus dynamique, qui peut être influencé par le biais des éléments à la fois physiques, psychologiques, spirituels et sociaux dans les soins infirmiers, ce qui se reflète sur la qualité des soins prodigués et par conséquent la satisfaction des usagers (Bohren et al., 2020).

L'hôpital en particulier, fait partie de l'un des lieux où le respect de la pudeur des femmes peut être remis en question, en commençant par le simple fait que dans de nombreux hôpitaux, dès son admission, la patiente est conduite vers une pièce où elle doit se dévêtir devant des personnes inconnues (autres

patientes). Cependant, cela n'est pas anodin pour les patientes, ainsi que pour le conjoint s'il est présent au moment de l'accouchement. De même, en salle d'accouchement, il est fréquent de se retrouver face à des situations gênantes pour les patientes où leur nudité est exposée sans que l'on se soucie de leur pudeur.

En fait, un certain nombre de facteurs, dont l'insuffisance des installations et des équipements, le manque de soutien organisationnel, la charge de travail, la pénurie et la rotation du personnel, peuvent être considérés comme l'origine d'un manque du respect de l'intimité (Hürlimann et al., 2001).

Ainsi, le maintien du calme du patient et l'instauration d'une relation efficace entre une équipe soignante et ses patients dépendent du respect de l'espace personnel. Mais si l'intimité des patients n'était pas respectée, un certain nombre de conséquences défavorables s'ensuivraient. Une diminution de la qualité des soins peut résulter du fait que les patients cachent des détails spécifiques sur leur passé médical, refusent des examens médicaux, présentent des niveaux croissants d'anxiété, de stress, d'agressivité et d'autres comportements indésirables (Nayeri & Aghajani, 2010).

2.4.2.2 Fiche technique de la méthode du blason collectif

La version collective du Blason respecte les mêmes exigences que la version individuelle quant au matériel requis, à la taille du groupe et au temps prévu. Les 4 premières phases sont celles du blason individuel (voir 2.1.1.2 supra).

- La 5^{ème} phase est dédiée à la constitution des sous-groupes dont les blasons ont une certaine ressemblance en vue d'une production commune.
- La 6^{ème} phase est réservée à l'élaboration d'un blason collectif.

Au niveau de la 7^{ème} phase, à l'instar de la phase 5 du blason individuel, l'animateur croise l'expression subjective des participants.

S'ensuit un débriefing où l'animateur fait une synthèse sur le déroulé de l'activité et recueille les sentiments à chaud des participants.

2.4.2.3 Exemple/ étude de cas

Le jour X vous avez reçu un écrit de la part de votre administration, qui vous annonce leur insatisfaction vis-à-vis le taux des réclamations faites par les parturientes lors de leur hospitalisation au niveau de la maternité, et qu'elles précisent que ni leur pudeur ni leur intimité n'étaient respectées lors de leur séjour pour différentes raisons : la sage-femme qui laisse la porte ouverte de la salle, les salles d'accouchements communes sans utilisation des paravents, les agents de sécurité que circulent dans le service... et d'autres raisons. L'administration vous explique qu'il fera des efforts de leur côté pour gérer la situation et vous demande de mener des changements de votre côté : qu'elles sont vos pistes d'actions pour diminuer les taux de réclamations en vous appuyant sur vos compétences et qualités ?

➔ Il ressort de ce qui précède que la méthode du blason collectif permet un apprentissage en situation professionnelle et s'appuie sur des cas concrets et authentiques. Elle favorise l'implication et l'interactivité des participants et respecte les rythmes de progression aussi bien individuelle que collective.

Conclusion

Les études qui soutiennent la réalisation de cette thèse de doctorat visent au développement et renforcement des soft skills chez les sages-femmes au Maroc via la formation continue.

Pour ce faire, nous avons suivi le cheminement ci-après :

Dans un premier temps, nous avons approché le concept de soft skills à travers une revue de la littérature afin de bien cerner l'objet de notre étude, mais aussi de rendre compte de l'état des connaissances existantes dans le domaine et plus particulièrement concernant les pratiques des sages-femmes.

Dans un deuxième temps, partant de la revue de différents typologies ou modèles de soft skills, nous avons construit un dispositif méthodologique pour approcher la réalité des soft skills sur deux terrains contrastés en termes de population et de charge de travail. Ce dispositif méthodologique basé sur une triangulation de trois approches : l'observation de trajets de soin, les entretiens semi-directifs avec les sages-femmes et les parturientes et enfin des questionnaires d'évaluation destinés aux deux groupes cibles, nous a permis de dégager plusieurs résultats. Le premier d'entre eux est l'élaboration d'un modèle basé sur quatre dimensions de compétences, à savoir la dimension psychologique, organisationnelle, cognitive et interactionnelle, cette entrée en matière s'est révélée intéressante, d'autant plus que lesdites dimensions nous ont donné la possibilité d'asseoir notre approche sur des balises consistantes. Le deuxième résultat est que ce modèle conçu comme un outil, nous a permis d'identifier les 8 soft skills prioritaires aussi bien dans la pratique des sages-femmes que sur nos deux terrains d'étude : motivation,

gestion du stress, travail en équipe, gestion du conflit, résolution des problèmes, adaptation aux situations complexes, communication et respect de l'intimité.

Comparativement aux autres modèles et typologies proposés, notre modèle a le mérite de satisfaire l'un des critères de la scientificité, à savoir le principe de la parcimonie.

Chemin faisant, nous pouvons proposer la définition suivante des soft skills :

« Les Soft Skills sont des compétences psychologiques, organisationnelles, cognitives et interactionnelles qui constituent un continuum avec les hard skills, elles nécessitent une évaluation, un développement et un renforcement chez les professionnels de santé en vue d'atteindre une performance sûre et efficace dans les milieux du travail. »

Enfin, comme troisième résultat de notre étude empirique, nous pouvons mentionner une meilleure compréhension des éléments de contexte qui jouent sur l'activation ou l'inhibition des soft skills. En effet, notre étude a permis de mieux comprendre les effets de la charge de travail, tels qu'appréhendés par nos indicateurs opérationnels, sur les possibilités d'activation des soft skills au cours du parcours de soins, ainsi que sur les types de soft skills qui tendent à s'estomper dans les situations critiques ou qui sont liées au stress causé par une charge de travail excessive. Cette compréhension nous a incités à envisager des améliorations possibles des soft skills dans une approche globale qui intègre la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail. A ce niveau, nous sommes convaincus qu'une telle approche ne doit en aucun cas occulter les problèmes collectifs de management et d'attribution des ressources.

Par ailleurs, les responsables du secteur sanitaire au Maroc sont conscients des dysfonctionnements et des maux qui entachent ce secteur. Dans cette perspective, une nouvelle réforme du système de santé vient de voir le jour. En vertu de la Loi 08.22, le Ministère de la Santé a créé les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) pour instaurer une nouvelle gouvernance au niveau régional et dépasser les problèmes actuels liés à la gestion hospitalière en répartissant les ressources humaines et financières de tous les établissements de santé au niveau de la région.

Une telle réforme aura sûrement un impact positif sur le secteur et apportera une réponse institutionnelle et collective d'envergure.

Dans un troisième temps, en vue d'aider à l'implémentation de ce modèle et dès lors au renforcement des soft skills des sages-femmes, nous avons élaboré un guide pratique d'évaluation et de développement des soft skills.

L'étude empirique nous avait montré que notre protocole méthodologique, testé sur deux sites et basé sur la triangulation des méthodes, pouvait aider les services à mettre en place un processus d'auto-évaluation des soft skills critiques mobilisées afin de renforcer la qualité et la sécurité de leurs soins. Nous avons donc intégré dans une première partie du guide le processus qui devrait permettre aux équipes de soin d'évaluer de manière autonome ou accompagnée l'état des soft skills dans leur unité. Une telle approche multicritère mobilisant des tests de personnalité, des tests cognitifs et des tests d'aptitudes s'est avérée pertinente pour pointer les soft skills manquantes chez les sages-femmes. Nous avons complété ce dispositif d'évaluation par un dispositif de renforcement basé sur des méthodologies participatives d'amélioration des soft skills. Nous avons testé deux de ces méthodologies

sur les terrains d'étude, à savoir le World Café et la simulation, afin d'explorer leur acceptabilité et leur intérêt pour les équipes de soin. Sur base de leurs évaluations positives, nous avons proposé dans une deuxième partie du guide différentes méthodes participatives d'exploration collective et de renforcement des soft skills. Afin d'aider les unités de soin, nous avons défini une méthode appropriée pour chacune des 8 compétences identifiées.

Il est à noter que notre étude a plusieurs limites qu'on peut résumer comme suit :

- Notre étude s'est centrée sur les sages-femmes. Elle exclut dès lors tous les autres acteurs professionnels qui font partie de l'écosystème maternité, comme les gynécologues, les infirmiers polyvalents, les anesthésistes... et qui influencent bien évidemment les dynamiques de travail et la qualité des soins dans les unités ;
- notre étude est une recherche pilote. Dès lors, elle s'est limitée à deux terrains d'étude contrastés situés dans la région de Casablanca-Settat ;
- notre étude a rencontré plusieurs difficultés qui ont parfois limité notre accès à l'information. La première est le flux extrêmement tendu dans la charge de travail de certaines sages-femmes, ce qui a demandé de nombreuses tentatives pour pouvoir les rencontrer et s'entretenir avec elles. La seconde était la présence du COVID durant une partie de notre étude empirique, ce qui a entraîné certaines limites dans la possibilité d'observer des trajets de soin.

➤ Enfin, le modèle POCI est conçu pour être testé auprès d'une population particulière, à savoir les sages-femmes. Il n'est dès lors pas généralisable à d'autres acteurs professionnels.

Toutefois, en aboutissant à l'élaboration du modèle POCI et du guide du développement chez les sages-femmes, notre thèse peut constituer une référence importante dans la mesure où la plupart des études réalisées se focalisent surtout sur le personnel infirmier et le personnel médical.

C'est un travail pionnier qui peut être transféré à d'autres situations et ouvrir des pistes prometteuses aux chercheurs comme aux acteurs de soins pour :

- Renforcer les soft skills chez les sages-femmes via la formation continue;
- demander aux responsables des services de se réunir quotidiennement pour détecter les défaillances en soft skills et les corriger à temps ;
- planifier des séances de partage d'expériences entre les sages-femmes et penser en groupe à comment surmonter les problèmes ;
- encourager les autres services hors le service de la maternité à suivre notre processus méthodologique pour déterminer les soft skills manquantes dans leurs équipes de soins ;
- encourager l'utilisation du guide élaboré à titre individuel et collectif.

Le modèle POCI élaboré par notre équipe de recherche, et le guide préparé pour l'implémentation sur le terrain ont démontré somme toute que la pratique sage-femme est une profession qui ne doit pas se limiter à une mise à jour des techniques de soins d'urgences maternelles, mais également à un renforcement quotidien des soft skills, pour garantir non seulement une

satisfaction des patientes mais également un épanouissement individuel de chaque acteur des équipes de soins.

Néanmoins, une gestion managériale et une situation organisationnelle propices sont incontournables pour développer ces soft skills.

Références

- Aggeri, F. (2016). *La recherche-intervention: Fondements et pratiques* (p. 79). Dunod. <https://mines-paristech.hal.science/hal-01230457>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Jama*, 290(12), 1617–1623.
- Anderson, L. (2011). Use the World Café concept to create an interactive learning environment. *Education for Primary Care*, 22(5), 337–338. <https://doi.org/10.1080/14739879.2011.11494028>
- Andreev, I. (2022, June 17). *Hard Skills vs. Soft Skills: List of Skills with Examples*. Valamis. <https://www.valamis.com/hub/hard-skills-vs-soft-skills>
- Bagnasco, A., Pagnucci, N., Tolotti, A., Rosa, F., Torre, G., & Sasso, L. (2014). The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. *BMC Medical Education*, 14(1), 1–7.
- Balumuene Kabasele, F. (2020). *Le travail et la motivation du personnel soignant dans le cadre du Covid-19: Quelles sont les sources de motivation du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans le service Covid-19 ?*
- Baumann, A., & Bourbonnais, F. (1982). Nursing decision making in critical care areas. *Journal of Advanced Nursing*, 7(5), 435–446.
- Bazilio, J., Pereira, J. de A., Figueira, M. C. e S., & Silva, E. M. (2020). Generating meaningful conversation: World Café in strategic interprofessional planning in Continuing Education. *Revista*

- Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190279.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0279>
- Becker, R. (2002). Structural behavior of simple steel structures with non-uniform longitudinal temperature distributions under fire conditions. *Fire Safety Journal*, 37(5), 495–515. [https://doi.org/10.1016/S0379-7112\(02\)00009-7](https://doi.org/10.1016/S0379-7112(02)00009-7)
- Biondo, P. D., King, S., Minhas, B., Fassbender, K., Simon, J. E., & on behalf of the Advance Care Planning Collaborative Research and Innovation Opportunities Program (ACP CRIO). (2019). How to increase public participation in advance care planning: Findings from a World Café to elicit community group perspectives. *BMC Public Health*, 19(1), 679. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7034-4>
- Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 113–126.
- Bok, H. G. J., Jaarsma, D. A. D. C., Teunissen, P. W., van der Vleuten, C. P. M., & van Beukelen, P. (2011). Development and Validation of a Competency Framework for Veterinarians. *Journal of Veterinary Medical Education*, 38(3), 262–269. <https://doi.org/10.3138/jvme.38.3.262>
- Borbasi, S., Wotton, K., Redden, M., & Champan, Y. (2005). Letting go: A qualitative study of acute care and community nurses' perceptions of a 'good' versus a 'bad' death. *Australian Critical Care*, 18(3), 104–113. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(05\)80011-6](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(05)80011-6)
- Brady, S., Bogossian, F., Gibbons, K., Wells, A., Lyon, P., Bonney, D., Barlow, M., & Jackson, A. (2013). A protocol for evaluating progressive levels of simulation fidelity in the development of

- technical skills, integrated performance and woman centred clinical assessment skills in undergraduate midwifery students. *BMC Medical Education*, 13(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-72>
- Brichau, T., & Auquier, B. (2019). *Les soft skills: Des compétences critiques ?* aculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- Burns, G. A., Ruby, K. L., DeBowes, R. M., Seaman, S. J., & Brannan, J. K. (2006). Teaching Non-Technical (Professional) Competence in a Veterinary School Curriculum. *Journal of Veterinary Medical Education*, 33(2), 301–308. <https://doi.org/10.3138/jvme.33.2.301>
- Cannon-Diehl, M. R., Rugari, S. M., & Jones, T. S. (2012). High-fidelity simulation for continuing education in nurse anesthesia. *AANA J*, 80(3), 191–196.
- Casali, G., Lock, G., & Novoa, N. M. (2021). Teaching non-technical skills: The patient centered approach. *Journal of Thoracic Disease*, 13(3), 2044–2053. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.01.48>
- Cimatti, B. (2016). Definition, development, assessment of soft skills and their role for the quality of organizations and enterprises. *International Journal for Quality Research*, 10, 97–130. <https://doi.org/10.18421/IJQR10.01-05>
- Continisio, G. I., Serra, N., Guillari, A., Simeone, S., Lucchese, R., Gargiulo, G., Toscano, S., Capo, M., Capuano, A., Sarracino, F., Esposito, M. R., & Rea, T. (2021). Evaluation of Soft Skills among Italian Healthcare Rehabilitators: A Cross Sectional Study. *Journal of Public*

- Health Research*, 10(3), jphr.2021.2002.
<https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2002>
- Côté, F., Gagnon, J., Houme, P. K., Abdeljelil, A. B., & Gagnon, M.-P. (2012). Using the Theory of Planned Behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2289–2298.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05922.x>
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Clark, V. L. P., & Smith, K. C. (2011). *Best Practices for Mixed Methods Research in Health Sciences: (566732013-001)* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/e566732013-001>
- Dawkins, V., & Solomon, A. (2017). Introducing the World Café to Doctor of Nursing Practice Students. *Journal of Nursing Education*, 56(10), 638–639. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170918-11>
- De Bono, E. (2017). *Six Thinking Hats: The multi-million bestselling guide to running better meetings and making faster decisions*. Penguin uk.
- DeCarlo, D., Collingridge, D. S., Grant, C., & Ventre, K. M. (2008). Factors influencing nurses' attitudes toward simulation-based education. *Simulation in Healthcare*, 3(2), 90–96.
- Deepak, A. C., Wisner, B. L., & Benton, A. D. (2016). Intersections between Technology, Engaged Learning, and Social Capital in Social Work Education. *Social Work Education*, 35(3), 310–322.
<https://doi.org/10.1080/02615479.2016.1154661>
- Dethier, R.-M. (2018). Gestion (s) de conflit (s). *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 3, 269–318.
- Didry, A. (2020). *Activez vos soft skills: Du leadership à la collaboration, les 10 compétences essentielles pour réussir*. Éditions Eyrolles.

- Dieckmann, P., Lippert, A., Glavin, R., & Rall, M. (2010). When Things Do Not Go as Expected: Scenario Life Savers. *Simulation in Healthcare*, 5(4), 219. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3181e77f74>
- Diez, R., & Carton, P. (2013). De la reconnaissance à la motivation au travail. *L'Expansion Management Review*, 150(3), 104–112. <https://doi.org/10.3917/emr.150.0104>
- Dixon-Woods, M. (2003). What can ethnography do for quality and safety in health care? *BMJ Quality & Safety*, 12(5), 326–327. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.5.326>
- Doucet, M. Y., & Vrins, A. (2009). The Importance of Knowledge, Skills, and Attitude Attributes for Veterinarians in Clinical and Non-clinical Fields of Practice: A Survey of Licensed Veterinarians in Quebec, Canada. *Journal of Veterinary Medical Education*, 36(3), 331–342. <https://doi.org/10.3138/jvme/014>
- Doyle, K. E., & Cruickshank, M. (2012). Stereotyping Stigma: Undergraduate Health Students' Perceptions at Handover. *Journal of Nursing Education*, 51(5), 255–261. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120309-03>
- Drolet, G., Dumont, É. C., Gosselin, I., Kinkead, R., Laforest, S., & Trottier, J.-F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25(4), 729–741. [https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(01\)00161-0](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00161-0)
- Duchesne, C., & Leurebourg, R. (2012). La recherche-intervention en formation des adultes: Une démarche favorisant l'apprentissage transformateur. *Recherches qualitatives*, 31(2), 3–24. <https://doi.org/10.7202/1084727ar>

- Durand, S., Baret, C., & Krohmer, C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention: Le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 30, 7(1), 3–28. <https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0003>
- Dziados, V. (2019). *Top 10 Soft Skills for Nurses*. <https://nursingcenter.com/ncblog/march-2019/top-10-soft-skills-for-nurses>
- Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J., & Slocum, N. (2006, March 1). *Méthodes participatives: Un guide pour l'utilisateur*, (2006). [Document de travail ou de référence]. Fondation Roi Baudoin. <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/187/>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Estacio, E. V., & Karic, T. (2016). The World Café: An innovative method to facilitate reflections on internationalisation in higher education. *Journal of Further and Higher Education*, 40(6), 731–745. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2015.1014315>
- Eyikara, E., & Baykara, Z. G. (2017). The Importance of Simulation in Nursing Education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 9(1), 2–7.
- Flin, R. H., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Flin, R., Mitchell, L., & McLeod, B. (2014). Non-technical skills of the scrub practitioner: The SPLINTS system. *ORNAC Journal*, 32(3). <https://rgu-repository.worktribe.com/output/1128096>

- Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2017). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*. CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9781315607467>
- Foley, R.-A. (2006). L'accompagnement spirituel : entre dispositif de prise en charge et absence de discours. Compte rendu d'une enquête ethnographique réalisée dans une institution de soins palliatifs. *InfoKara*, 21(3), 109–113. <https://doi.org/10.3917/inka.063.0109>
- Freitas, F. A., & Leonard, L. J. (2011). Maslow's hierarchy of needs and student academic success. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2010.07.004>
- Fullerton, J. T., Thompson, J. B., & Severino, R. (2011). The International Confederation of Midwives Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. An update study: 2009–2010. *Midwifery*, 27(4), 399–408. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.005>
- Gantare, A. (2017). Didactique du lexique médical à la lumière de la perspective actionnelle. *Le Lang. ET L'Homme*, 52, 55–67.
- Ghafili, A., Azzouzi, W., Hamdoune, M., Gantare, A., Lobet-Maris, C., & Gourdin, M. (2023). Mobilizing the World Café Method for Adequate Development of Non-Technical Skills of Midwives in Morocco: A Pilot Experiment. *Healthcare*, 11(4), 519.
- Ghafili, A., Gantare, A., Lobet-Maris, C., & Gourdin, M. (2022). Towards the Elaboration of a Non-Technical Skills Development Model for Midwives in Morocco. *Healthcare*, 10(9), 1683.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). Grounded theory: The discovery of grounded theory. *Sociology the Journal of the British Sociological Association*, 12(1), 27–49.

- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations?* [Report, Labex ITEM].
<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01022115>
- Granger, L. (2023a). *Méthode de résolution de problèmes et outils associés*.
<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/resolution-de-problemes.htm>
- Granger, L. (2023b). *Organiser et animer un brainwriting*.
<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/brainwriting>
- Gribich, C., McGartland, M., & Polgar, S. (1998). Regulating Workers Compensation: The Medico Legal Evaluation of Injured Workers in Victoria. *Australian Journal of Social Issues*, 33(3), 241–263.
<https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.1998.tb01333.x>
- Grimson, J. (2002). Re-engineering the curriculum for the 21st century. *European Journal of Engineering Education*, 27(1), 31–37.
<https://doi.org/10.1080/03043790110100803>
- Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A. (2020). Development transformational leadership model to improve nurses' soft skills. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16, 113–118.
- Hendarman, F., Cantner, U., & Hendarman, A. (2017). Soft Skills, Hard Skills, and Individual Innovativeness. *Eurasian Business Review*, 8.
<https://doi.org/10.1007/s40821-017-0076-6>
- Hürlimann, B., Hofer, S., & Hirter, K. (2001). The role of the clinical nurse specialist. *International Nursing Review*, 48(1), 58–64.
- Irwin, A., & Weidmann, A. E. (2015). A mixed methods investigation into the use of non-technical skills by community and hospital

- pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(5), 675–685. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.11.006>
- Johnson, B., & Christensen, L. B. (2008). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches* (3rd ed). Sage Publications.
- Kabuo, M. K., & Ngbato, D. merci B. (2022). GESTION PSYCHOLOGIQUE DE STRESS EN MILIEU PROFESSIONNEL ET PREVENTION. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 5(4), Article 4. <https://revue-isg.com/index.php/home/article/view/1139>
- Karaca, A., Yildirim, N., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2019). Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.029>
- Kavanagh, O. N., Moriarty, F., Bradley, C., O’Hagan, J., Stack, G., & Kelly, D. (2020). More than coffee – a World Café to explore enablers of pharmacy practice research. *International Journal of Pharmacy Practice*, 28(5), 512–521. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12627>
- Kechagias, K. (2011). *Teaching and Assessing Soft Skills*.
- Kivits, Balard, Fournier, & Winance. (2023). *Les recherches qualitatives en santé* (2e éd). Armand Colin.
- Kodate, N., Ross, A., Anderson, J., & Flin, J. R. (2012). Non-Technical Skills (NTS) for Enhancing Patient Safety: *Japanese Journal of Quality and Safety in Healthcare*, 7(4), 360–370.
- Kozhimannil, K. B., Attanasio, L. B., Yang, Y. T., Avery, M. D., & Declercq, E. (2015). Midwifery care and patient–provider communication in

- maternity decisions in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1608–1615.
- Kozhimannil, K. B., Casey, M. M., Hung, P., Han, X., Prasad, S., & Moscovice, I. S. (2015). The Rural Obstetric Workforce in US Hospitals: Challenges and Opportunities. *The Journal of Rural Health*, 31(4), 365–372. <https://doi.org/10.1111/jrh.12112>
- Kroning, M. (2015). Fostering soft skills is a must for nurse leaders. *American Nurse Today*, 10(2). <https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&sw=w&issn=19305583&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA416020282&sid=googleScholar&linkaccess=abs>
- Laari, L., Anim-Boamah, O., & Boso, C. M. (2022). Soft skills the matchless traits and skills in nursing practice: An integrative review. *Nursing Practice Today*. <https://doi.org/10.18502/npt.v9i4.11199>
- Lake, S., & McInnes, R. J. (2012). Exploring cognitive skill development in midwifery education. *Nurse Education in Practice*, 12(5), 264–268. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.04.015>
- Larue, C., Loisel, C. G., Bonin, J.-P., Cohen, R., Gélinas, C., Dubois, S., & Lambert, S. (2009). Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 50–62. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0050>
- Le Boterf, G. (2006). *Ingénierie et évaluation des compétences* (6e éd). Eyrolles-Éd. d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence—Pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en oeuvre la compétence. Comment investir dans le professionnalisme et les compétences—Guy*

Le Boterf (Eyrolles). <https://www.decitre.fr/livre-pod/developper-et-mettre-en-oeuvre-la-competence-9782212569414.html>

Le Boterf, G. (1994). *Les compétences. Le Boterf, Guy (1994) De la compétence. Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Editions d'organisation vu l'aspect polysémique qui la caractérise.* <https://docplayer.fr/32243856-Les-competences-le-boterf-guy-1994-de-la-competence-essai-sur-un-attracteur-etrange-paris-les-editions-d-organisation-pp.html>

Leach, A., Alexander, C. A., & Stone, B. (1993). The laryngeal mask in cardiopulmonary resuscitation in a district general hospital: A preliminary communication. *Resuscitation*, 25(3), 245–248. [https://doi.org/10.1016/0300-9572\(93\)90121-6](https://doi.org/10.1016/0300-9572(93)90121-6)

Lloyd, J. W., King, L. J., Klausner, J. S., & Harris, D. (2003). National Workshop on Core Competencies for Success in the Veterinary Profession. *Journal of Veterinary Medical Education*, 30(3), 280–284. <https://doi.org/10.3138/jvme.30.3.280>

Löhr, K., Weinhardt, M., & Sieber, S. (2020). The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920916976. <https://doi.org/10.1177/1609406920916976>

Lyk-Jensen, H. T., Jepsen, R. M. H. G., Spanager, L., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2014). Assessing Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(7), 794–801. <https://doi.org/10.1111/aas.12315>

Manaouil, C. (2018). La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? *La Revue Sage-Femme*, 17(6), 261–271. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2018.06.002>

- Maulini, O. (2010). Travail, travail prescrit, travail réel. *FORDIF-Formation En Direction d'institutions de Formation, Glossaire*, 23.
- McKimm, J., Ramani, S., Kusurkar, R. A., Fornari, A., Nadarajah, V. D., Thampy, H., Filipe, H. P., Kachur, E. K., & Hays, R. (2020). Capturing the wisdom of the crowd: Health professions' educators meet at a virtual world café. *Perspectives on Medical Education*, 9(6), 385–390. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00623-y>
- Mehrabian, A. (1967). Orientation behaviors and nonverbal attitude communication. *Journal of Communication*.
- Merini, C., & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 16(1), 77–95. <https://doi.org/10.3917/savo.016.0077>
- Moore-Higgs, G. J. (2000). *Women and cancer: A gynecologic oncology nursing perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167–177.
- Ng Lee Keng, L. K. (2020). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Education Today*, 85, 104302. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104302>
- NMC. (2019). *Standards framework for nursing and midwifery education*.
- O'Connor, M., & Cotrel-Gibbons, L. (2017). World Café: A proactive approach to working with mentors. *Nursing Management*, 24(2), 26–29. <https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1553>
- Pace, C. A., Crowther, S., & Lau, A. (2022). Midwife experiences of providing continuity of carer: A qualitative systematic review. *Women*

- and Birth*, 35(3), e221–e232.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.005>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème Ed. Paris: Armand Colin, 424.
- Paquiot-Papet, J. (2015). La motivation aux études et les dispositifs de formation: Une comparaison dispositif alternance et dispositif classique. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 44/1, Article 44/1.
<https://doi.org/10.4000/osp.4541>
- Pearson, E., & McLafferty, I. (2011). The use of simulation as a learning approach to non-technical skills awareness in final year student nurses. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 399–405.
- Peddle, M., Bearman, M., Radomski, N., Mckenna, L., & Nestel, D. (2018). What non-technical skills competencies are addressed by Australian standards documents for health professionals who work in secondary and tertiary clinical settings? A qualitative comparative analysis. *BMJ Open*, 8(8), e020799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020799>
- Perrenoud, philippe. (2001). *Perrenoud—Mettre l pratique réflexive au centre du projet de formation*.
https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html
- Raven, J. A. (1998). The twelfth Tansley Lecture. Small is beautiful: The picophytoplankton. *Functional Ecology*, 12(4), 503–513.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2435.1998.00233.x>
- Reis, V., Deller, B., Catherine Carr, C., & Smith, J. (2012). Respectful maternity care. *Washington DC: USAID*.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., &

- McCormick, F. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145.
- Rocheleau, L. (2015). *MANUEL D'ÉLABORATION D'UN GUIDE DE BONNES PRATIQUES*. <https://fr.readkong.com/page/manuel-d-laboration-d-un-guide-de-bonnes-pratiques-6396074>
- Roegiers, X. (2000). La pédagogie de l'intégration: Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. *Bruxelles: De Boeck Université*, 304p.
- Roger, M. (1995). *La dynamique des groupes*. Paris, Esf éditions.
- Roussel, P. (2000). *La motivation au travail—Concept et théories*.
- Secheresse, T., & Nonglaton, S. (2019). The “Timeline Debriefing Tool”: A tool for structuring the debriefing description phase. *Advances in Simulation*, 4(1), 1–5.
- Smith, M., Randle, E., & Bowers, S. (2022). Using Service-Learning and the DEAL Model to Develop Students' Soft Skills Upon Career Entry. *Transformative Dialogues: Teaching and Learning Journal*, 14(3), Article 3. <https://journals.psu.edu/td/article/view/1489>
- Snyman, S., Van Zyl, M., Müller, J., & Geldenhuys, M. (2016). International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for Interprofessional Education and Collaborative Practice. In D. Forman, M. Jones, & J. Thistlethwaite (Eds.), *Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice* (pp. 285–328). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-53744-7_15
- Software, H. (2021, April 12). Soft Skills: Les 10 indispensables pour les équipes à l'hôpital! *Horizontal Software*.

<https://www.horizontalsoftware.com/10-soft-skills-indispensables-a-l-hopital/>

- Stavros, J. M., Stavros, J., & Torres, C. (2021). *Conversations Worth Having, Second Edition: Using Appreciative Inquiry to Fuel Productive and Meaningful Engagement*. Berrett-Koehler Publishers.
- Susilaningrum, R., Utami, S., & Susilorini, S. (2017). Development of Transactional Communication Model for Midwife and Postpartum Mother on Exclusive Breastfeeding. *Jurnal Ners*, 12(1), 49–59.
- TARDIF, J. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. McGraw-Hill : Chenelière.
- Terry, J., Raithby, M., Cutter, J., & Murphy, F. (2015). A menu for learning: A World Café approach for user involvement and inter-professional learning on mental health. *Social Work Education*, 34(4), 437–458. <https://doi.org/10.1080/02615479.2015.1031651>
- Theurelle-Stein, D., & Barth, I. (2017). Les soft skills au cœur du portefeuille de compétences des managers de demain. *Management & Avenir*, 95(5), 129–151. <https://doi.org/10.3917/mav.095.0129>
- Thiagarajan, S. (2008). *Thiagi's 100 favorite games*. John Wiley & Sons.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419–427.
- Tzeng, H.-M. (2014). Patient Engagement and Self-Management Across the Care Continuum. *Medsurg Nursing*, 23(6), 425–426.
- Van Wyngaarden, A., Leech, R., & Coetzee, I. M. (2018). Assessing the value of action research: Using a world café to explore the professional journey of nurse educators. *South African Journal of Higher Education*, 32(6). <https://doi.org/10.20853/32-6-2974>

- Viollet, P. (2015). *Méthodes pédagogiques pour développer la compétence: [Manuel pratique à l'usage des formateurs]* /. De Boeck,. <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/19156>
- Vittori, J.-M. (2018). *Les paradoxes économiques de mai 68*. Les Rendez-vous de l'histoire. <https://rdv-histoire.com/programme/jean-marc-vittori-les-paradoxes-economiques-de-mai-68>
- Widad, A., & Abdellah, G. (2022). Strategies Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *Journal of Professional Nursing*, 42, 209–218.
- Xerfi Canal (Director). (2017, November 20). *Comprendre les soft skills [Laure Bertrand]*. <https://www.youtube.com/watch?v=ZfHQeCwWLi8>
- Zerrou, L. (2014, June 5). Rapport du FNUAP: Les sages-femmes se font rares. *Aujourd'hui le Maroc*. <https://aujourd'hui.ma/societe/rapport-du-fnuap-les-sages-femmes-se-font-rares-110458>

ANNEXES

ANNEXE I: L'avis favorable du comité d'éthique.



IRB00012973 Moroccan Association for Research and Ethics IRB #1



Taroudannt, le 8 Avril 2022

Lettre d'approbation

Mme. Asmaa GHAFILI,

Le 13 Mars 2022, le projet intitulé « **Softskills en Soins Infirmiers : Modélisation et Implémentation dans les Equipes.** » est soumis au Research Ethics Committee (REC) par Mme. Asmaa GHAFILI, doctorante au Laboratory of Health Sciences and Technologys, Higher Institute of Health Sciences, Hassan First University of Settat, Settat, Morocco , sous la direction de Pr. Abdellah GANTARE.

Le Comité REC a soigneusement étudié le dossier et les pièces fournies et a considéré que le projet répond aux standards d'éthiques.

Le Comité REC a approuvé le projet et vous donne un **Avis Favorable.**

Une fiche de suivi annuelle devra être adressée systématiquement au REC.

Sincères salutations.



Présidente
Pr. Nadia ELKADIMIRI

BP 271, Taroudant 83000, Maroc

00212641619835

association.mare@gmail.com

ANNEXE II: Grille d'observation des trajets de soins.

La grille des observations des attitudes et comportements professionnels	
Région :	Province/ préfecture :
Hôpital :	Département/ service :
Softskills du personnel selon la dimension	Observations/ commentaires
La dimension cognitive : Individuel : le personnel est à l'aise avec les connaissances, mobilise les bonnes connaissances au bon moment, est autonome, est capable de résoudre des problèmes. -Dans son fonctionnement, le personnel est capable de s'autoévaluer après chaque soin, d'accepter la remise en question et d'évoluer. -Dans son travail et ses décisions, le personnel manifeste la capacité d'initiative et une autonomie d'action. -Devant une situation critique, le personnel rassemble les détails, les analyse afin d'établir un processus de résolution de problème fonctionnel et elle s'efforce de penser en termes de prévention. Collectif : le personnel informe-t-il les collègues de retours d'expérience, prend-t-il soin de noter ou de rencontrer un collègue pour expliquer. -Le personnel partage les retours d'expérience et les connaissances aux autres avec lesquels il interagit -Le personnel organise des réunions pour débriefer les cas et partager des connaissances.	
La dimension organisationnelle : En milieu clinique, le personnel présente une apparence physique (cheveux, hygiène, bijoux, etc.), vestimentaire et comportementale conforme aux règles établies. Processus de soin : au cours des soins, le personnel organise son travail de manière logique et efficace (selon le cas et vers le soulagement du patient). Elle établit des priorités. Le personnel prend des décisions (mesures, actes) et en assume les conséquences (= être capable de défendre et orienter les personnes sous sa responsabilité). Au cours des soins, le personnel connaît ses limites personnelles et professionnelles et fait appel à des confrères pour des avis ou références. Le processus de prise en charge des patientes est bien assimilé/respecté par les Sf. Coordination de l'équipe : La coordination entre les intervenants est gérée de manière efficace. Les problèmes ou difficultés d'interaction sont traités Le personnel a le souci de débriefer les difficultés organisationnelles et mettre en place des améliorations. Le personnel prend en charge la gestion des conflits. Le personnel participe au travail de l'équipe et a le souci de l'enrichir par ses idées et ses efforts.	

La dimension psychologique : -Dans ses activités et ses décisions, le personnel manifeste de la confiance en soi, par l'initiative et la mise en confiance de la patiente en besoin. -Le personnel est capable de faire face à des situations particulières, de faire preuve de sang-froid sans adopter une attitude trop émotive ou trop défensive. -Le personnel ne se laisse dépasser par le stress et capable de prendre le temps nécessaire pour faire efficacement ce qu'il y a à faire. -Le personnel est capable de s'adapter aux changements (ex : changement d'équipe, de responsable du service, absence de collègues, situations de crise ...)	
La dimension linguistique / relationnelle : -Dans ses relations aux autres (malades, familles, collègues et autres intervenants), le personnel manifeste son ouverture à l'autre, sa capacité de communication efficace par l'écoute active et l'explication de chaque soin, et chaleureuse ainsi que son empathie. -Elle ne tutoie pas le malade ni les membres de sa famille. -Le personnel utilise un ton, un style et une terminologie adaptés à la personne et aux circonstances. -Le personnel intègre la patiente dans la décision médicale selon son cas, l'informe et respecte son choix. -Le personnel communique oralement et par écrit avec les autres équipes sur chaque évolution de l'état de la patiente, les médicaments administrer, les soins nécessaires en détail avant de quitter le service.	

ANNEXE III: Entretien avec la sage-femme.

Entretien avec les sages-femmes du département/ service

Selon vous à quoi pourrait-on juger la qualité d'un service de maternité : quels seraient les critères dont vous vous serviriez pour l'évaluer ?

.....

.....

.....

Selon vous à quoi pourrait-on juger la performance d'un service de maternité : quels seraient les critères dont vous vous serviriez pour l'évaluer ?

.....

.....

.....

Pensez-vous que les compétences techniques sont suffisantes pour assurer la qualité et la performance d'un service ? Pourquoi ?

.....

.....

.....

Quelles sont selon vous les autres compétences nécessaires pour assurer la qualité et la performance d'un service ? Pourquoi ?

.....

.....

.....

Quelles sont les compétences non techniques que vous avez l'impression de maîtriser ? Les avez-vous apprises dans votre formation ou sur le terrain ?

.....

.....

.....

Dans votre service, quelles compétences non techniques sont présentes ? Et quelles sont celles qui, selon vous, manquent pour atteindre la qualité et la performance ?

.....

.....

.....

Que faudrait-il mettre en place dans le service pour développer ces compétences non techniques ?

.....

.....

.....

Merci pour votre collaboration !

ANNEXE IV: Entretien avec les parturientes.

Entretien avec les parturientes en suite de couche	
Age :	Parité :
Provenance :	Niveau d'étude :
Profession :	
Avez-vous pu accéder facilement à la maternité ?	
.....	
.....	
Si non, pourquoi ?	
.....	
.....	
Avez-vous eu des difficultés avant d'être prise en charge par un personnel soignant ?	
☐ Si oui, lesquelles ?	
.....	
.....	
☐ Si non, qui vous a examinée ?	
.....	
.....	
Pensez-vous que toutes les patientes sont traitées de la même façon ?	
.....	
☐ Si non, pourquoi ?	
.....	
.....	
La sage-femme a-t-elle été serviable, attentionnée et à l'écoute ?	
.....	
.....	
La sage-femme a-t-elle pris le temps pour vous expliquer les actes et le déroulement de l'accouchement ?	
.....	
.....	
Qu'est-ce que vous attendez d'une sage-femme en dehors de ses compétences techniques ?	
.....	
.....	
Merci pour votre collaboration !	

هل تمكنت من الوصول بسهولة إلى جناح الأمومة؟

.....

.....

.....

إذا لم يكن كذلك، لماذا؟

.....

.....

.....

هل واجهت أي صعوبات قبل أن يتم الاعتناء بك من قبل أحد العاملين في مجال الرعاية الصحية؟
• إذا كان الأمر كذلك، أي منها؟

.....

.....

.....

• إذا لم يكن كذلك، من فحصك؟

.....

.....

.....

هل تعتقد أن جميع الممرضين يعاملون بنفس الطريقة؟

.....

.....

.....

إذا لم يكن كذلك، لماذا؟

.....

.....

.....

هل عاملتك القابلة باهتمام وبقطة؟

.....

.....

.....

هل أخذت القابلة الوقت الكافي لشرح ما يلزم القيام به ارتباطا بمسار الولادة؟

.....

.....

.....

ماذا تنتظر من القابلة إضافة إلى المهارات التقنية؟

.....

.....

.....

أشكركم على تعاونكم!

ANNEXE V: Questionnaire avec la sage-femme.

Auto-évaluation des compétences personnelles et interpersonnelles					
Niveaux d'appréciation :					
1 Excellent 2 Très satisfaisant 3 Satisfaisant 4 À améliorer 5 Insatisfaisant					
Habiletés et qualités personnelles/interpersonnelles	Niveaux d'appréciation				
	1	2	3	4	5
Dimension cognitive					
J'ajuste mes aptitudes et mes attitudes aux situations.					
Je détecte les malaises. Je reconnais mes torts. J'admets mes erreurs.					
J'accepte la critique. Je démontre une aptitude à résoudre des problèmes.					
Je suis consciente de mes propres valeurs, de mes intérêts, de mes talents et de mes besoins.					
Je m'adapte aux techniques et aux méthodes nouvelles de soins.					
Je maîtrise et j'applique les connaissances théoriques, pratiques et techniques, nécessaires à l'exécution de mes tâches et au maintien de mes compétences.					
Dimension organisationnelle					
Je maintiens un intérêt et un effort constants face à ma discipline. Je démontre un souci de réussite et de collaboration. Je fais preuve d'ardeur et de disponibilité.					
Je sais m'intégrer dans l'équipe. J'établis et je maintiens des contacts harmonieux.					
J'organise mon horaire et ma charge de travail de façon efficace, en exploitant les ressources disponibles.					
J'échange avec l'équipe de façon à faire progresser le travail en développant des relations de travail durables.					
Je travaille en collaboration continue avec mes collègues dans le respect des rôles de chacune et dans un climat de coopération.					
Je m'adapte à des situations changeantes et ambiguës.					
Dimension psychologique					
J'intéresse et mobilise l'équipe de travail et les participantes pour favoriser une coopération directe.					
Je me montre ouverte et intéressée aux autres. Je perçois et réagis à leurs besoins.					
Je maintiens un rendement efficace malgré des contraintes et des conditions caractérisées par l'absence d'information, d'appui ou d'encadrement. Je gère efficacement le stress, la pression et le temps.					
J'accepte les échecs et les critiques de façon constructive.					
Dimension relationnelle (linguistique)					
Je suis en mesure de bien rendre un message de façon verbale. J'utilise un langage adapté.					
Je me rends disponible aux autres et j'apporte des conseils et du support.					
Je traite mes collègues et mes patientes avec respect et équité.					
Je suis à l'écoute des autres et je valide leur compréhension au besoin.					
J'accepte les échecs et les critiques de façon constructive.					
Je stimule l'implication des patientes dans les soins prodigués.					
Je sais planifier mes tâches en fonction de ce qui est prioritaire pour éviter de perdre du temps et je respecte l'intimité de mes patientes.					

ANNEXE VI: Questionnaire avec les parturientes.

Évaluation des compétences personnelles et interpersonnelles					
L'échelle de validation					
1/ Oui 2/ Peut-être 3/ Non 4/ Je ne sais pas					
Pensez-vous que le personnel (la sage-femme) qui vous a traitée est en capacité de maîtriser les tâches suivantes ? :					
Habiletés et qualités personnelles/interpersonnelles	Échelle de validation				
	1	2	3	4	
Dimension cognitive					
Elle ajuste ses aptitudes et ses attitudes aux situations.					
Elle détecte les malaises. Elle reconnaît ses torts. Elle admet ses erreurs. Elle accepte la critique. Elle démontre une aptitude à résoudre des problèmes.					
Elle est consciente de ses propres valeurs, de ses intérêts, de ses talents et de ses besoins.					
Elle s'adapte aux techniques et aux méthodes nouvelles de soins.					
Elle maîtrise et elle applique les connaissances théoriques, pratiques et techniques, nécessaires à l'exécution de ses tâches et au maintien de ses compétences.					
Dimension organisationnelle					
Elle maintient un intérêt et un effort constants face à sa discipline. Elle démontre un souci de réussite et de collaboration. Elle fait preuve d'ardeur et de disponibilité.					
Elle sait s'intégrer dans l'équipe. Elle établit et elle maintient des contacts harmonieux.					
Elle organise son horaire et sa charge de travail de façon efficace, en exploitant les ressources disponibles.					
Elle échange avec l'équipe de façon à faire progresser le travail en développant des relations de travail durables.					
Elle travaille en collaboration continue avec ses collègues dans le respect des rôles de chacune et dans un climat de coopération.					
Elle s'adapte à des situations changeantes et ambiguës.					
Dimension psychologique					
Elle s'intéresse et mobilise l'équipe de travail et les participantes pour favoriser une coopération directe.					
Elle se montre ouverte et intéressée aux autres. Elle perçoit et réagit à leurs besoins.					
Elle maintient un rendement efficace malgré des contraintes et des conditions caractérisées par l'absence d'information, d'appui ou d'encadrement. Elle gère efficacement le stress, la pression et le temps.					
Elle accepte les échecs et les critiques de façon constructive.					
Dimension relationnelle (linguistique)					
Elle est en mesure de bien rendre un message de façon verbale. Elle utilise un langage adapté.					
Elle se rend disponible aux autres et elle apporte des conseils et du support.					
Elle traite ses collègues et ses patientes avec respect et équité.					
Elle est à l'écoute des autres et elle valide leur compréhension au besoin.					
elle stimule l'implication des patientes dans les soins prodigués.					
Elle sait planifier ses tâches en fonction de ce qui est prioritaire pour éviter de perdre du temps et elle respecte l'intimité de ses patientes.					

هل تعتقد ان القابلة التي كانت مسؤولة عن علاجه، لها القدرة على اتقان المهارات التالية؟

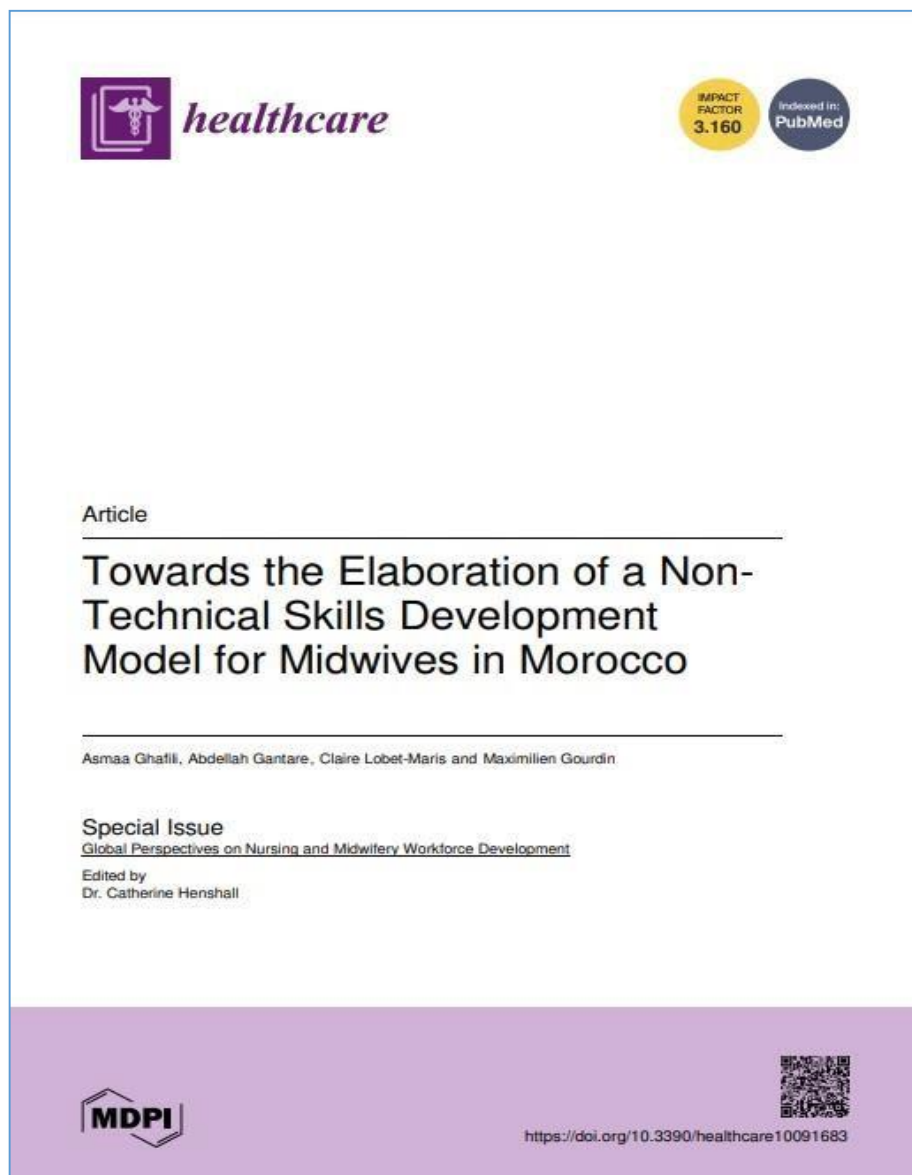
1/ نعم 2/ ممكن 3/ لا اعرف 4/ لا

مقاييس التحقق				
	1	2	3	4
المهارات و المميزات الشخصية و الاجتماعية				
البعد المعرفي				
انها تعدل مهاراتها ومواقفها حسب الحالات.				
تستشعر عدم راحة المريض. تعترف بخطئها. تقبل النقد. لها القدرة على حل المشاكل.				
تدرك قيمها. مصالحها. مواهبها واحتياجاتها.				
تتكيف مع تقنيات. واساليب الرعاية الجديدة.				
تجيد وتطبق معارفها النظرية والعملية و كذا التقنيات اللازمة للقيام بمهامها والحفاظ على مهاراتها.				
البعد التنظيمي				
تحافظ على اهتمام وجهد مستمر للمحافظة على مبادئ مهمتها كفابلة وكذا الانضباط لها. وهذا يدل على الاهتمام بالنجاح وروح التعاون. كما انها متحمسة لشغلها ومثلجة لزملائها و الحوامل.				
لها القدرة على التعامل داخل المجموعة، تتمكن من انشاء والحفاظ على علاقات صحية مع الاخر.				
تنظم جدولها الزمني لتطبيق عملها بطريقة فعالة، وذلك من خلال استغلال الموارد المتاحة.				
تتبادل مع الفريق من اجل تطوير العمل وتحقيق الاهداف. كذا تطوير علاقات عمل دائم.				
تعمل باستمرار مع زملائها بشكل يضمن احترام مهمة كل واحد داخل الفريق فيما وفي مناخ يسوده التعاون.				
تتكيف مع الحالات المتغيرة والمهمة.				
البعد النفسي				
تهتم و تسهر على تعبئة فريق العمل لتعزيز التعاون المباشر				
منفتحة ومهتمة بالآخرين. فهي تدرك احتياجاتها وتستجيب لها				
تحافظ على اداء فعال بالرغم من القيود والظروف التي تنسم بالافتقار إلى المعلومات أو الدعم أو التوجيه. فإنها تدبر بشكل فعال الإجهاد والضغط والوقت				
تتقبل الإحباطات والنقد بشكل بناء				
البعد العلائقي (اللفوي)				
تستخدم اللغة المناسبة بحيث يمكنها أن ترسل رسالة شفوية واضحه				
توفر المشورة والدعم للآخرين				
تعامل زملائها اضافاه الى المرضى بالاحترام والإنصاف				
تستمع إلى آراء الآخرين والتحقق من فهمهم عند الضرورة				
تشجع المرضى على المشاركة في التمريض و العلاج				
تعرف كيفية العمل وفق الأولويات لتجنب إضاعة الوقت واحترام خصوصية كل المريض				

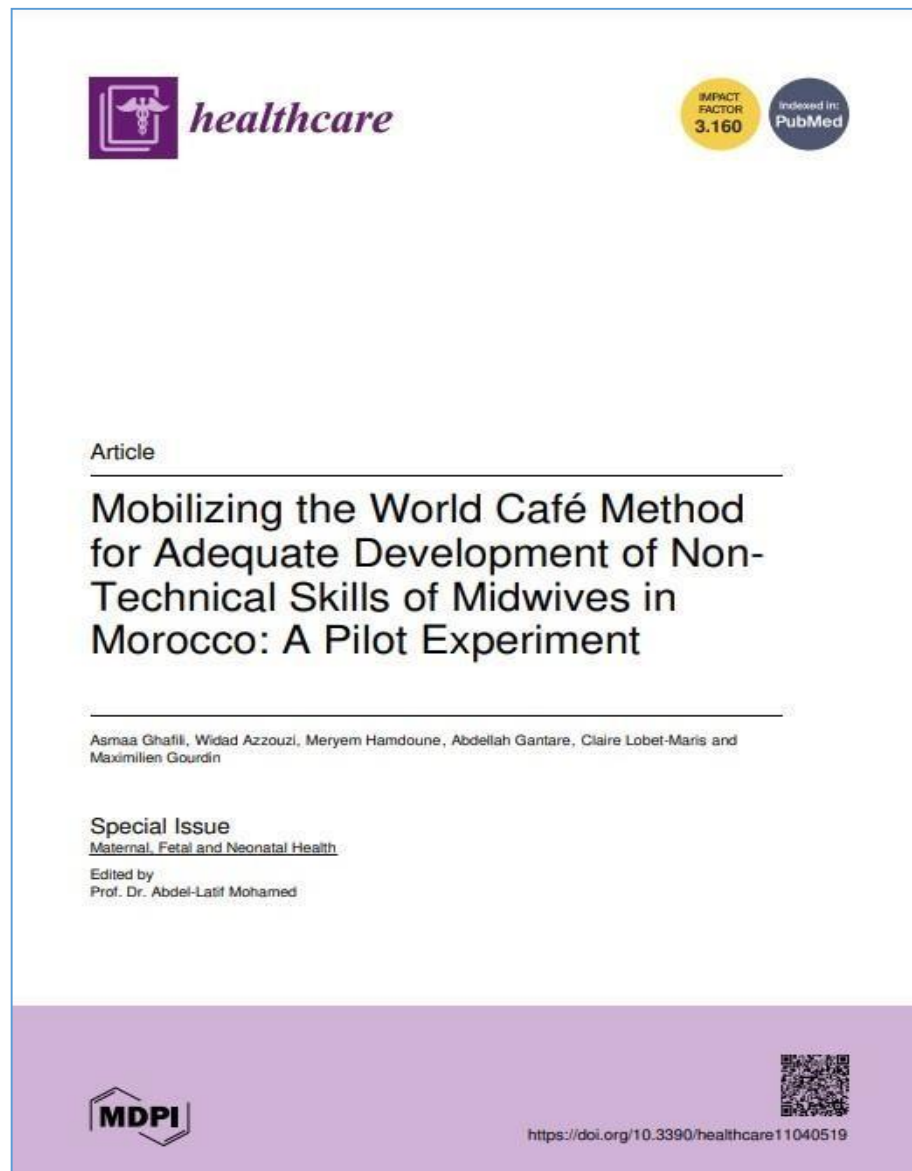
ANNEXE VII: Grille des indicateurs.

La grille des indicateurs	
Région :	Province/ préfecture :
Hôpital :	Département/ service :
Indicateurs	Année
Des ressources humaines (personnel)	
Nombre de personnel par service/unité au cadre • Sages-femmes : cadre (théorique)/ effectif (travail réel) • Infirmières accoucheuses : cadre (théorique) / effectif (travail réel)	
Nombre de personnel par équipe	
Age moyen du personnel	
Ancienneté moyenne du personnel	
Nombre d'accouchements par sage-femme/ infirmière accoucheuse	
Les heures de travail par jour (système de garde : 12/36 ...)	
Evaluation de la pénurie du personnel : nombre de personnel additionnel qui serait nécessaire pour un fonctionnement performant du service.	
De population	
Nombre de naissances attendues	
Nombre d'accouchements réalisés	
Nombre de mort-nés	
Nombre d'avortements	
Nombre d'accouchements compliqués référés	
Nombre d'accouchements compliqués pris en charge suite à un transfert	
De la qualité	
Nombre de décès maternels	
Nombre de mortalité néonatal	
Nombre des infections nosocomiales	
Nombre de réclamations* (quelle approche possible ?)	
Nombre de plaintes déposées à la direction de l'hôpital	
Durée du traitement des réclamations	
De la performance de prise en charge	
Délais d'attente dans l'accueil	
Durée moyenne de prise en charge	
Durée moyenne de séjour (H)	
Taux de séjours dépassant les normes ministérielles	
Taux de séjours inférieurs aux normes....	
De gestion	
Nombre de réunion entre les équipes	
Nombre de formations continues organisées pour le personnel	
Nombre d'audits internes	
Nombre de fois que les compétences professionnelles du personnel sont évaluées sur 1 an	

ANNEXE VIII: 1^{er} Article sur la modélisation.



ANNEXE IX: 2^{ème} Article sur la méthode du World Café.



ANNEXE X: Les instruments utilisés lors de l'application de la méthode de la simulation.



Journée d'apprentissage des SoftSkills Via la méthode de la Simulation

Fiche technique des journées ouvertes sur l'apprentissage et l'évaluation des softskills via la simulation.

Argumentaire et contexte :

L'organisation de ces journées s'inscrivent dans le cadre d'un projet de recherche doctorale entre l'ISSS à Settat, et l'ESP à Bruxelles, sur l'apprentissage, le développement et l'évaluation des SoftSkills (compétences non-techniques), chez le personnel en soins infirmiers, à savoir : les SAGES-FEMMES.

Certes les compétences techniques et non techniques diffèrent sur plusieurs bords, mais elles sont complémentaires. D'où vient l'importance de se former sur le développement du SoftSkills, par exemple : les compétences relationnelles et interpersonnelles en communication, de gérer les conflits et les valeurs ..., afin de garantir un soin complet.

Date et lieu : le 24 Février 2022 à ForSim de l'ISSS de Settat.

Objectifs :

Au terme de la journée, les participantes seront initiées à :

- Le briefing sur leur type de personnalité et leur aptitude cognitive.
- L'évaluation de leur niveau de maîtrise des softskills (8 softskills) via une séance modèle de simulation.
- Le débriefing pour évaluer leur profil de sortie.

Population cible :

Les sages-femmes fonctionnaires dans la région du Casablanca-Settat : 8 à 10 participantes.

Coordinateur de l'activité : Professeur GANTARE Abdellah.

Comité scientifique et d'organisation :

- Mme GHAFILI Asmaa (ISSS Settat)
- Professeur LOBET Claire (Unamur)
- Professeur GOURDIN Maximilien (UCLouvain)
- Mme AZZOUZI Widad (ISSS Settat)
- Mme HAMDOUN Mervem (ISSS Settat)

Programme

Les X et Y Février 2022
AITSSS de Settat

24 Février 2022 :

Matinée (10h-13h) :

- **Ouverture – mots de bienvenu**
- Introduction des objectifs de la journée,
- Précision des softskills à évaluer,
- Présentation du plan de travail et le déroulement de la séance de simulation,
- **Evaluation du profil d'entrée**
- Distribution des outils de collecte des données de base,
- **Apprentissage par simulation**
- 1^{re} séance de simulation dans le centre de simulation (technique de jeux de rôles),

Midi (13h-14h) :

- **Pause-café.**

Après-midi (14h-16h)

- **Evaluation du profil de sortie :**
- Débriefing via une évaluation rétro-actionnelle.

Clôture.

E-mail : samoa-ghafili@gmail.com

Adresse : INSTITUT SUPÉRIEUR DES SCIENCES DE LA SANTÉ Complexe Universitaire, route de Casablanca
B.P 555 Settat -Maroc

SOFTSKILLS / COMPETENCES NON-TECHNIQUES

Dans le cadre d'une recherche doctorale en sciences de la santé, qui ambitionne d'évaluer et de développer les softskills ou compétences non-techniques chez les sages-femmes dans le territoire marocain. Nous allons organiser cette séance de simulation dans le centre FORSIM à l'ISSS, avec les sages-femmes fonctionnaires dans la région Casablanca-Settat. Les données des participantes resteront anonymes et les informations recueillies seront utilisées à des fins de recherche scientifique. Nous vous remercions du temps que vous allez consacrer pour cette séance.

Prénom :

Ancienneté :

Etablissement :

Phase du pré-test : évaluation diagnostic.

Noms des tests	Liens	Mes résultats
Test personnalité : MBTI	https://www.16personalities.com/fr	
Test aptitude cognitive	https://www.mon-qi.com/tests-de-qi.php	
	https://www.test-iq.org/results-new/?exp_ref=5110188&user_lang=fr	

Vous avez une règle de 10cm ci-dessus, veuillez marquer avec un X où vous vous percevez votre niveau de maîtrise des compétences non-techniques .

Avant .



Cochez votre niveau de maitrise des compétences non-techniques

- 1 : Très peu développée. 2 : Peu développée. 3 : Acceptable.
4 : Maîtrisée. 5 : Maîtrise élevée.

	1	2	3	4	5
A : Communication					
B : Respect de l'intimité					
C : Travail en équipe					
D : Gestion des conflits					
E : Motivation					
F : Gestion du stress					
G : Résolution des problèmes					
H : Adaptation aux situations complexes					

Classez les compétences non-techniques mentionnées ci-dessus dans le tableau, selon leur niveau d'importance dans la pratique sage-femme de 1 à 8 :

A	B	C	D	E	F	G	H

Vous avez une règle de 10cm ci-dessus, veuillez marquer avec un X où vous vous percevez votre niveau de maîtrise des compétences non-techniques .

Après .



Merci de votre collaboration ☺