



HAL
open science

Le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme lors du travail et de l'accouchement : étude descriptive transversale auprès de 125 patientes dans une maternité de type III

Émilie Rebillon

► **To cite this version:**

Émilie Rebillon. Le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme lors du travail et de l'accouchement : étude descriptive transversale auprès de 125 patientes dans une maternité de type III. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01989629

HAL Id: dumas-01989629

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01989629>

Submitted on 22 Jan 2019

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

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

CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme lors du travail
et de l'accouchement**

Etude descriptive transversale auprès de 125 patientes dans une maternité de type III

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

REBILLON Emilie

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

**Le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme lors du travail
et de l'accouchement**

Etude descriptive transversale auprès de 125 patientes dans une maternité de type III

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

REBILLON Emilie

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Le soutien d'un grand nombre de personnes m'a permis de réaliser ce mémoire. Je tiens à remercier très sincèrement...

Mme Camille CIROTTE, ma directrice de mémoire, pour son aide, ses conseils, le temps qu'elle m'a accordé, son enthousiasme et son optimisme.

Mme Michèle BALSAN, ma co-directrice pour la pertinence de ses conseils et l'intérêt porté à mon étude.

Mme Céline LAMBERT, biostatisticienne à la Délégation Recherche Clinique et Innovation du CHU de Clermont-Ferrand pour sa coopération si précieuse. Elle m'a permis d'aborder les statistiques de manière plus sereine.

Mme Manuela DE CARVALHO, pour sa patience et sa contribution lors de mes recherches et de l'élaboration de ma bibliographie.

Toutes les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire d'étude.

Les sages-femmes des services de la maternité qui ont facilité le recueil de données.

Les étudiants sages-femmes de l'école de Clermont-Ferrand qui ont inscrit leur présence dans les dossiers obstétricaux.

Mon amie Marine, pour son appui si précieux lors du recueil de données.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour la qualité de ma formation.

Toute ma promotion pour ces quatre années inoubliables ; en particulier Lucie, Julie, Eva, Adeline et Amy.

Agathe, pour son amitié et sa présence si précieuses.

Lisa, pour son oreille attentive.

Christophe et Pascale, mes parents, et Charlotte et Justine, mes sœurs, pour leurs relectures, leurs conseils et leur anglais, mais surtout pour avoir cru en moi.

GLOSSAIRE

APD	Analgésie péridurale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIANE	Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DFASMa	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutique
DFGSMa	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECTS	« European Credit Transfer Scale » (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)
ESF	Etudiant Sage-Femme
ESF 3	Etudiant Sage-Femme en troisième année
ESF 4	Etudiant Sage-Femme en quatrième année
ESF 5	Etudiant Sage-Femme en cinquième année
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
UE	Unité d'Enseignement

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. REVUE DE LA LITTERATURE	3
1.1. Accoucher en France	3
1.1.1. Une offre de soin centrée sur le risque.....	3
1.1.2. L'hôpital comme lieu de naissance principal.....	5
1.1.3. L'accompagnement à la naissance	7
1.2. Etre étudiant sage-femme	9
1.2.1. La formation : notions historiques et actuelles	9
1.2.2. Notions de pédagogie	12
1.2.3. Les acteurs de la formation	15
1.2.4. L'importance de la pratique	16
1.3. La relation parturiente/étudiant sage-femme en salle de naissance.....	18
1.3.1. L'accompagnement à la naissance : une relation de soin humaine.....	18
1.3.2. Une triade avec des attentes différentes	20
1.3.3. Etude de la littérature	22
2. PATIENTES ET METHODES.....	24
2.1. L'étude et les objectifs	24
2.2. La méthode	24
3. RESULTATS.....	29
3.1. Diagramme de flux et taux de participation	29
3.2. Population étudiée	30
3.3. Résultat principal : la satisfaction selon différents paramètres	33
3.3.1. Population étudiée.....	33
3.3.2. Relation étudiant / parturiente.....	34
3.3.3. Relation sage-femme / étudiant.....	39
3.3.4. Analyse multivariée	40
3.4. Résultats secondaires.....	40
3.4.1. La place accordée à l'étudiant.....	40
3.4.2. Les différences observées selon le niveau d'études.....	41
4. DISCUSSION	45
4.1. Atteinte de l'objectif.....	45
4.2. Critique de l'étude.....	45
4.2.1. Les points forts.....	45

4.2.2.	Les points faibles.....	47
4.2.3.	Les difficultés rencontrées	49
4.3.	Discussion des résultats	49
4.3.1.	Population étudiée.....	49
4.3.2.	Résultats principaux : la satisfaction et étude de la relation parturiente/ étudiant	51
	4.3.2.1. <i>La relation de confiance</i>	
	4.3.2.2. <i>Satisfaction selon la population</i>	
	4.3.2.3. <i>Une présence attendue</i>	
	4.3.2.4. <i>Accueil : première impression et présentation</i>	
	4.3.2.5. <i>Le consentement</i>	
	4.3.2.6 <i>La relation de confiance</i>	
	4.3.2.7 <i>Les gestes : touchers vaginaux et accouchement</i>	
	4.3.2.8. <i>Attitude et comportement de l'étudiant évalués par les mères</i>	
	4.3.2.9. <i>Relationnel et technique</i>	
	4.3.2.10. <i>Le sentiment de gêne</i>	
	4.3.2.11. <i>Le binôme sage-femme / étudiant</i>	
4.3.3.	Résultats secondaires	
4.4.	Ouvertures et projet d'action.....	67
	CONCLUSION.....	69
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

« *Bonjour, je suis Emilie REBILLON, étudiante sage-femme en ...ème année, je vais vous accompagner tout le long du travail avec la sage-femme* ». Cette phrase, prononcée de nombreuses fois au cours de mes études, marque le début d'une relation singulière. Dès mes premières expériences en salle de naissance, je me suis toujours interrogée sur l'image que les femmes avaient des étudiants sages-femmes.

En effet, lors des stages, l'étudiant sage-femme tente d'acquérir des compétences (1,2) et de développer des savoirs : le savoir-être et le savoir-faire (3). Il est aussi dans un processus d'apprentissage, puis de professionnalisation. Aussi, il se trouve dans une position ambivalente entre novice et expert (4).

On compte 121 étudiants sages-femmes à l'école de Clermont-Ferrand. Chacun doit réaliser 32 semaines de stage en salle de naissance. Un Centre Hospitalier Universitaire est un centre de soins où, dans le respect des malades, est organisé les enseignements publics médicaux (5). Dans cette optique, la salle de naissance du CHU de Clermont-Ferrand est un passage obligatoire pour chaque étudiant de cette école.

De son côté, la parturiente vit un moment unique et intense, celui de la naissance de son enfant. Dans ce cadre, la charte de la personne hospitalisée lui confère des droits, notamment, celui d'être traitée avec égard et de recevoir des soins de qualité (Annexe I). Mais, elle a aussi des besoins (6) et des attentes.

L'accompagnement et le soutien qu'elle reçoit de la part des professionnels représentent des indicateurs de sa satisfaction (7-11). S'intéresser au vécu des patientes indique un gage de la qualité, qui se trouve être une obligation pour les établissements (7,12).

Cette dyade étudiant/parturiente est encadrée par la sage-femme puisqu'elle a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes, d'après l'article R.4127-304 du code de la santé publique.

Les parturientes sont accompagnées par deux personnes : l'une diplômée, l'autre en cours de formation. Ainsi, comment perçoivent-elles cette dyade, et plus particulièrement l'étudiant ?

L'objectif de cette étude descriptive était d'explorer le vécu des femmes concernant leur accompagnement en salle de naissance par un étudiant sage-femme. Des questionnaires ont été distribués pendant 11 semaines, en 2017, au sein d'un CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes (maternité de type III).

Dans un premier temps, pour comprendre cette relation, il nous a semblé nécessaire de rappeler l'organisation actuelle des naissances sur notre territoire, ainsi que l'accompagnement que reçoivent les femmes.

Dans un second temps, le déroulement des études de sages-femmes, et la place importante de la pratique au sein de celles-ci, seront abordés.

Enfin, la relation de soin et d'aide entre l'étudiant et la parturiente sera analysée.

Dans une autre partie concernant la méthodologie, l'étude sera développée suivie de l'exposé des résultats.

Puis, les données obtenues feront l'objet de comparaisons et, dans un esprit critique, la partie discussion tentera de répondre à la problématique.

Remarque : Tout au long de ce mémoire, le terme « étudiant sage-femme » sera utilisé au masculin. En effet, l'accès aux hommes à la profession date de 1982. Les règles de la grammaire française incitent donc à l'emploi du masculin.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Accoucher en France

1.1.1. Une offre de soin centrée sur le risque

Le travail et l'accouchement aboutissent à la naissance d'un ou de plusieurs fœtus, ainsi qu'à l'expulsion des annexes fœtales (placenta, membranes). Physiologiquement, le travail se divise en trois stades. Le phénomène de mettre au monde un enfant est universel, intemporel et intimement lié à l'humanité. Tous les aspects, qui entourent la naissance, vont varier en fonction des époques, de la géographie, des sociétés et des cultures.

En France, les sages-femmes doivent « *diagnostiquer et suivre le travail* », « *réaliser l'accouchement et surveiller ses suites* » pour « *une grossesse à priori normale* » (13). Elles dépistent les éventuelles pathologies et adressent les femmes à un médecin lorsque celles-ci en présentent. La physiologie et l'eutocie sont les maîtres mots de leur pratique professionnelle. Le dictionnaire « Le Larousse » définit l'eutocie comme « un caractère normal d'un accouchement, en opposition à la dystocie ». Quant au mot « physiologie », il signifie « l'étude de la nature ». L'adjectif « physiologique » correspond donc aux fonctions et aux réactions normales de l'organisme. Pour le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), un accouchement physiologique est un « accouchement au cours duquel on préserve le rythme et le déroulement spontanés du travail, de l'expulsion et de la délivrance » (14).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère une naissance comme « normale » lorsque les éléments suivants sont réunis : le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement, la présentation est céphalique, la naissance se déroule à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées) et la mère et le nouveau-né se portent bien (15). D'après cette vision, chaque naissance est donc potentiellement risquée (16).

Depuis 1970, les politiques de santé se tournent vers la gestion de ce risque et l'anticipation de la pathologie. En premier, le décret de Dienech, de 1972, a pour objectif de réduire les conséquences dommageables sur le plan humain, économique et financier des décès et des handicaps liés à la grossesse et l'accouchement. Ainsi, il impose aux maternités des normes précises de sécurité, notamment un nombre minimum de 15 lits et

la présence d'un bloc chirurgical. Puis, en 1998, on assiste à la création du premier plan de périnatalité. Il restructure la prise en charge des grossesses et des naissances en considérant que le risque obstétrical est en grande partie prévisible (17). Pendant la grossesse, les professionnels orientent alors les femmes enceintes, selon le risque évalué pour elles ou leur enfant, d'après des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) (18). En fin de grossesse, le risque est de nouveau évalué, en prenant en compte le risque initial et celui estimé en cours de grossesse. Le CNGOF donne une définition précise du bas risque dans ses directives de qualité (Annexe II) (19).

Toutefois, cette idée est contestable puisque que la valeur prédictive de l'évaluation des risques est loin d'être à 100%. Ceci signifie qu'une femme enceinte à faible risque lorsque le travail commence peut finalement avoir un accouchement compliqué, et inversement (15).

Il existe quatre types de maternités : type I, IIA, IIB, III. Les types correspondent à trois niveaux de spécialisation. Les structures sont définies en fonction du niveau de soin pédiatrique présent, et à partir des normes concernant le matériel et le personnel. Leur distinction n'intègre pas le risque maternel. Ce dispositif, qui ressemble faussement à une « hiérarchisation des maternités », repose sur le principe d'un suivi de proximité réservé aux femmes à bas risque et un suivi de proximité, associé à un suivi spécialisé, pour les femmes à haut risque (20). Des réseaux de santé en périnatalité sont chargés de coordonner les maternités entre elles, notamment pour l'organisation des transferts. La maternité institution est alors transformée en maternité réseau (17,20).

Pour ces établissements, deux types de statuts existent : public ou privé. Jusqu'à la fin des années 1980, les maternités privées étaient majoritaires (52,3% des maternités françaises) et consistaient à un regroupement de petites structures. Dorénavant, la réglementation leur est défavorable et en 2016, elles ne représentaient plus que 27% de l'offre de soin nationale (21,22).

Depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39% alors que le nombre de naissances est resté globalement stable au cours de la même période. Cette évolution fait suite à une concentration des naissances dans les maternités spécialisées de type II et III, publiques, et de grandes tailles, observée depuis une longue période (Blondel et al., 2005 ; Blondel et al., 2012). Ainsi, entre 2010 et 2016, la proportion des accouchements dans

les maternités privées est passée de 28,4 % à 23,4 %, et celle dans les CHU de 17,7 % à 19,8 %.

En métropole, 43 % des maternités sont de type I, 28 % de type IIA, 17 % de type IIB et 12 % de type III. Les accouchements se répartissent de façon assez homogène entre ces différents types. Mais, la part des accouchements dans les maternités de type III a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 22 % à 26 %. Le nombre de maternités réalisant 2 000 accouchements par an, ou plus, reste stable. Parmi celles-ci, celles réalisant 3 500 accouchements par an, ou plus, continuent d'augmenter (22).

1.1.2. L'hôpital comme lieu de naissance principal

Actuellement, 98 % des accouchements français ont lieu en milieu hospitalier. Il faut s'intéresser à l'histoire pour comprendre ce taux (23).

Jusqu'au XVIIème siècle, la naissance d'un enfant se déroule dans la pièce commune de la maison, auprès du feu, dans un cadre strictement féminin. Le taux de mortalité maternelle s'élève à 10% en suites de couches en raison des hémorragies non prises en charge, de la fièvre puerpérale ou encore du manque d'hygiène. L'hôpital est alors réservé aux femmes défavorisées, c'est un lieu d'assistance plutôt qu'un établissement de soin. Les maladies infectieuses se transmettent rapidement. La mortalité y est trois à dix fois supérieure à celle de l'accouchement à domicile (24,25).

En 1870, l'obstétricien Stéphane Tarnier favorise des mesures de prévention contre la fièvre puerpérale en construisant des chambres individuelles et en pratiquant le lavage à grande eau après le passage de chaque patiente. Quelques années après, le progrès hospitalier franchit un cap lorsque Pasteur explique et démontre l'importance des antiseptiques et de la stérilisation. Le pays assiste à une diminution du taux de mortalité maternelle. A cette même époque, les « drogues anesthésiantes » voient le jour.

Après la première guerre mondiale, au nom du « renouvellement de la Nation », l'Etat souhaite lutter contre la mortalité infantile et in utero (26). Il instaure des aides financières pour que les plus démunies aillent accoucher à l'hôpital. Ce dernier se transforme en un lieu de haute technicité. Avec cette amélioration, l'accouchement devient un acte médical et non plus un acte d'assistance ou d'entraide. Deux pratiques s'observent, d'un côté la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchent toujours à domicile avec une sage-femme ou un médecin généraliste, de l'autre, les classes populaires et urbaines donnent naissance à la maternité.

En 1950, le docteur Fernand Lamaze conçoit l'accouchement « sans douleur » par une préparation psychique et physique des femmes enceintes (27). De plus, en 1953, les femmes accèdent à la sécurité sociale ce qui finit de les attirer vers la structure hospitalière. Cette évolution est très nette à partir de 1952, où 53 % des accouchements se déroulent en milieu hospitalier, contre 85 % en 1962.

Au cours des années 1970-1980, d'autres techniques comme l'échographie, le monitoring ou encore l'analgésie péridurale finissent d'orienter le choix des couples vers l'hôpital pour la naissance de leur enfant (25).

En moins de deux siècles, nous sommes passés d'une naissance à domicile, chaleureuse mais risquée, à une naissance hospitalière, accompagnée par des inconnus mais sécurisée. Cette organisation moderne pose alors légitimement quelques questions.

Avec cette politique de santé, le choix du lieu de naissance devient aléatoire et secondaire pour les femmes. Les femmes se trouvent face à une organisation de gestion des flux avec la possibilité, pour le couple mère-enfant, de circuler d'une maternité à une autre. Les naissances ne se déroulent plus dans un lieu symboliquement fort mais dans un espace interchangeable. Un clivage existe entre l'établissement de naissance et le lieu de vie, ce qui entraîne une dissociation entre le lieu de l'accouchement et le lieu d'investissement affectif (21). Le lieu de naissance est bien plus qu'un simple espace de soin, il conditionne un certain nombre de gestes, d'attitudes et différentes formes de sociabilité (25).

Du point de vue de l'accessibilité des services, malgré cette diminution du nombre de maternités, le temps d'accès médian reste stable. Le recours à la maternité la plus proche du domicile est cependant plus fréquent qu'avant et il existe encore une forte inégalité selon les départements (22,28).

Ces grandes maternités françaises présentent quelques inconvénients, notamment, le fait de traiter, dans un même lieu, les grossesses « à haut risque » et celles « à bas risque » sans en évaluer les conséquences médicales et psychosociales. Ainsi, la dimension humaine, et surtout unique, de chaque naissance n'est pas suffisamment prise en compte (29). Cette évolution soulève des interrogations quant à la prise en charge médicale des femmes au moment de l'accouchement. Aussi, à partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, une étude dirigée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation

et des Statistiques (DREES), a été publiée en 2014. Elle montre que la probabilité d'avoir une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) n'est pas plus élevée dans les grandes maternités. Seul, le risque d'extraction instrumentale est un peu plus important (multiplié par 1,2) dans les maternités de 3 000 accouchements, ou plus, par an. En revanche, une intervention est plus fréquemment réalisée chez les femmes à bas risque de complication quand elles accouchent dans une maternité privée (30). Dans ce sens, l'OMS publie des recommandations afin de limiter les interventions médicales inutiles (8).

Cependant, il existe une demande plutôt forte des femmes pour retrouver un cadre plus intime, plus familial, sans renoncer à la notion de sécurité pour elles et leurs enfants (21). Ainsi, quelques alternatives à ce fonctionnement sont en cours de développement en France. Une expérimentation des maisons de naissance a vu le jour et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques se développe. L'accouchement à domicile est alors peu fréquent dans notre pays, il concerne 1 à 2% des femmes (23).

Par qui et comment ces femmes sont-elles accompagnées dans ces grandes structures hospitalières ?

1.1.3. L'accompagnement à la naissance

L'accompagnement à la naissance a énormément évolué lors de ces derniers siècles. Jusqu'au XVIIème, la parturiente est accompagnée et entourée par des femmes exclusivement, principalement par la matrone. C'est une femme âgée du village, qui n'a jamais étudié, mais qui a elle-même accouché plusieurs fois. Elle est agréée par le curé et les familles. La naissance est l'affaire de toutes les femmes du village puisque les amies et les voisines y assistent.

Puis, les hommes accoucheurs commencent à faire leur apparition, notamment des chirurgiens, en prenant en charge les morts fœtales in utero. Au début, cette présence déplaît aux parturientes et à leur mari. Mais, peu à peu, ces hommes se rendent indispensables avec une notion de sauveurs, puisque la mort en couche n'est plus tolérée. Ils se mettent à utiliser des instruments, tels que les forceps, pour les accouchements difficiles.

A partir de 1760, les matrones sont remplacées par des sages-femmes grâce à une brève formation qui ne cessera de progresser. Elles deviennent meilleures techniciennes que les matrones, mais moins proches des parturientes au niveau relationnel (25).

Pourtant, l'importance et les bénéfices d'un accompagnement pendant le travail ont déjà été prouvés. Les rapports sociaux, en particulier la relation avec la sage-femme, sont des éléments importants du vécu des femmes lors de leur accouchement (7). Avec une méta analyse, la Cochrane démontre que le soutien continu pendant le travail, a des avantages cliniquement significatifs pour les femmes et les nourrissons sans aucun préjudice connu. Aussi, toutes les femmes devraient bénéficier d'un soutien tout au long du travail et de l'accouchement (9).

On sait aussi que l'environnement de la salle de naissance est un des facteurs de satisfaction de la femme en travail. Les interactions entre la future mère et la sage-femme sont primordiales pour aider la parturiente dans la perspective d'appropriation de l'environnement (31).

C'est dans ce sens, qu'en 2017, la HAS recommande de faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande (10).

En 2018, l'OMS s'intéresse aux soins délivrés pendant l'accouchement, pour que l'expérience de la naissance soit positive. Dans ce cadre, 56 recommandations sont rédigées. Il ressort, notamment, que les femmes doivent bénéficier de la compagnie de la personne de leur choix (8). En France, il s'agit souvent du père de l'enfant. L'intégration des pères à l'accouchement date des années 70. Elle s'est faite sous l'influence de travaux de psychologues qui insistaient sur l'importance de leur présence. Mais, elle a aussi été favorisée par l'accouchement sans douleur, permis par l'analgésie péridurale (21).

L'utilisation de l'analgésie péridurale est donc aussi à prendre en compte dans l'accompagnement des femmes. Au cours des années 1980-1990, cette technique a connu un développement exponentiel en France. Le taux d'anesthésie péridurale, en obstétrique, est passé de 3,9 % en 1981 à 53,8 % en 1995, puis à 78 % en 2010 pour atteindre 82,6% en 2016 (22,26).

Cette augmentation s'explique par la demande des femmes, la disponibilité des anesthésistes et le remboursement de cette technique par la sécurité sociale dès 1994. Mais, on peut aussi la mettre en lien avec les restructurations du système de santé

périnatale, à partir des années 70, développées précédemment. A sa création, la péridurale est présentée comme un élément de sécurité et fortement conseillée (26).

Nathalie Dutriaux, sage-femme en exercice, s'interroge aujourd'hui sur ces chiffres. En effet, dans notre système de soins, orienté vers la rentabilité et la tarification à l'acte, la péridurale permet l'accélération de la prise en charge des patientes. C'est, alors, un confort pour les sages-femmes qui doivent prendre en charge plusieurs parturientes en même temps. Cette organisation implique potentiellement un accompagnement insuffisant par les sages-femmes. Se pose alors la question d'une femme / une sage-femme (« *one to one* »), comme c'est le cas en Angleterre (32).

Dans l'idéal, chaque femme devrait bénéficier d'un accompagnement global. Le suivi de grossesse et le soutien pendant l'accouchement devraient être réalisés par le même professionnel. Une revue de la Cochrane suggère que les femmes, ayant reçu des modèles de soins continus, dispensés par une sage-femme, sont moins susceptibles de subir une intervention et ont tendance à être plus satisfaites (11).

1.2. Etre étudiant sage-femme

1.2.1. La formation : notions historiques et actuelles

Comme nous l'avons vu précédemment, jusqu'au XVIIIème siècle, les mères accouchent en présence de femmes qui n'ont pour seule formation leur propre expérience, un compagnonnage sur le terrain et une transmission orale. Les prémices d'une réelle formation de sage-femme voient le jour en 1630, à l'hôtel-Dieu de Paris, avec une formation de trois mois. Mais celle-ci est réservée aux parisiennes (33).

Au XVIIIème siècle, la sage-femme Angélique Le Boursier Du Coudray conçoit un mannequin d'accouchement, approuvé par l'Académie de Chirurgie de Paris, ainsi que des poupées, afin d'enseigner dans tout le pays la pratique de l'accouchement. Elle associe la théorie à la pratique. Le relais des cours est ensuite assuré par les chirurgiens-accoucheurs.

En 1802, grâce à une autre grande sage-femme française, Marie-Louise Lachapelle, la première école nationale de sages-femmes appelée « Ecole de l'hospice de la Maternité » ouvre ses portes à Paris. A cette époque, la formation dure six mois, puis passe rapidement à un an. Les élèves doivent suivre pendant un an des cours théoriques,

à l'hôpital ou à l'université, et apprendre la pratique, non plus sur des mannequins, mais sur des accouchées.

En 1894, les études sont portées à deux ans (25). Un contraste important apparaît entre les sages-femmes formées en province et les sages-femmes parisiennes.

En 1823, une ordonnance officialise deux catégories de sages-femmes : les sages-femmes reçues devant une faculté, dites de première classe, peuvent exercer dans toute la France ; tandis que les sages-femmes formées dans les écoles départementales, de deuxième classe, ne peuvent pratiquer leur métier que dans leur département.

Au cours du XX^{ème} siècle, de nombreuses mutations ont lieu. Notamment en 1916, un seul diplôme de sage-femme est désormais délivré. En 1917, le premier programme officiel est élaboré avec une mise en avant de l'enseignement clinique.

La loi du 17 mai 1943 précise la structuration des études avec l'alternance de théorie, de pratique et de stages. En 1944, la durée des études est portée à trois ans, avec une première année commune aux études d'infirmières et d'assistantes sociales, jusqu'en 1973.

Cette même année, il est précisé le volume horaire de stage utile à la formation, soit 4 020 heures de clinique contre 1 680 heures de théorie.

En 1985, avec un taux de natalité élevé et une évolution des pratiques obstétricales, il est décidé d'une année de formation supplémentaire, c'est à dire quatre ans au total, ainsi que la rédaction d'un mémoire de fin d'études (34).

Plus récemment, l'arrêté du 11 décembre 2001 divise la formation en deux phases. A ce moment-là, la théorie ne représente que 30 % du volume horaire, alors que l'enseignement clinique en représente 70 %.

La loi du 17 janvier 2002 instaure un nouveau mode d'entrée à l'école de sages-femmes : les étudiants doivent passer par le concours du Premier Cycle d'Etudes Médicales (PCEM1). La durée totale des études est alors de cinq ans après l'obtention du baccalauréat.

Depuis la rentrée 2010-2011, la Première Année Commune des Études de Santé (PACES), dont l'organisation générale est définie par l'arrêté du 28 octobre 2009, remplace la PCEM1. La PACES comporte deux semestres. Lors du premier, tous les étudiants bénéficient des unités d'enseignements communs aux quatre filières (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique). Puis, au second semestre s'y ajoute une unité d'enseignement spécifique à chacune des filières. In fine, l'admission à l'école de sages-femmes est subordonnée au classement en rang utile au concours de maïeutique, selon le

numerus clausus. Ce dernier a été fixé afin de réguler les professionnels, en fonction des besoins de santé de la population. Ainsi, l'arrêté du 10 janvier 2017, fixe ce numerus à 1 000 places pour l'année 2017-2018 (35). Il faut noter que 80% des étudiants sages-femmes admis dans une école ont besoin de deux ans pour réussir le concours de la PACES (36).

Aussi, depuis 2010, il existe une passerelle pour intégrer une école de sages-femmes. Des candidats possédant certains diplômes définis, ou exerçant leur droit au remord, peuvent avoir accès directement en deuxième ou troisième année des études de sages-femmes (37).

Actuellement, les cinq années nécessaires à l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme sont divisées en deux cycles (2).

Le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) sanctionne la première partie des études au bout de trois ans. Il comprend la PACES, le DFGSMa2 et le DFGSMa3. Il est constitué de six semestres au total, permettant l'acquisition de 180 crédits européens, correspondant à un grade de licence (38). Son objectif principal est la connaissance de la physiologie dans les domaines pré, per et post natal.

Le deuxième cycle est constitué de deux années (DFASMa1 et DFASMa2), soit quatre semestres, aboutissant à l'obtention du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutique (DFASM). Celui-ci confère un grade de master avec 120 crédits (39). Lors de ces deux années, les enseignements sont orientés principalement vers le dépistage et l'étude des pathologies obstétricales, gynécologiques et pédiatriques.

Dorénavant, les études de sages-femmes suivent le système licence-master-doctorat du processus de Boulogne. Il est question, depuis 2009, d'une intégration universitaire des écoles de sages-femmes, mais pour le moment une seule école sur 35 a réussi, pourtant les enjeux sont majeurs (40,41).

Les enseignements sont structurés en 10 unités d'enseignement (Annexe III). Chacune valide un nombre d'ECTS (European Credits Transfer System).

Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants ayant validé l'ensemble des enseignements et des stages correspondants aux deux cycles de formation, ainsi que le certificat de synthèse clinique et thérapeutique; et la soutenance du mémoire.

En 2016, un statut d'étudiant hospitalier en maïeutique a été créé. Un décret confère aux étudiants en maïeutique la qualité d'agent public. En effet, pendant les deux années

du second cycle, ils participent à l'activité hospitalière et extrahospitalière. Ce même décret pose le principe de leur rémunération et précise, par ailleurs, leurs droits (congrés, syndicalisme...) et obligations (secret et discrétion professionnels...) (42).

1.2.2. Notions de pédagogie

Etre étudiant, sage-femme c'est apprendre une profession, acquérir des connaissances et développer des savoirs pour devenir compétent.

D'après « Le Larousse », **apprendre** signifie « acquérir par l'étude, par la pratique, par l'expérience une connaissance, un savoir-faire, quelque chose d'utile ». Plus précisément, c'est « modifier son comportement et ses représentations ».

Historiquement, au cours du IX et XXème siècle, deux théories de l'apprentissage s'opposent :

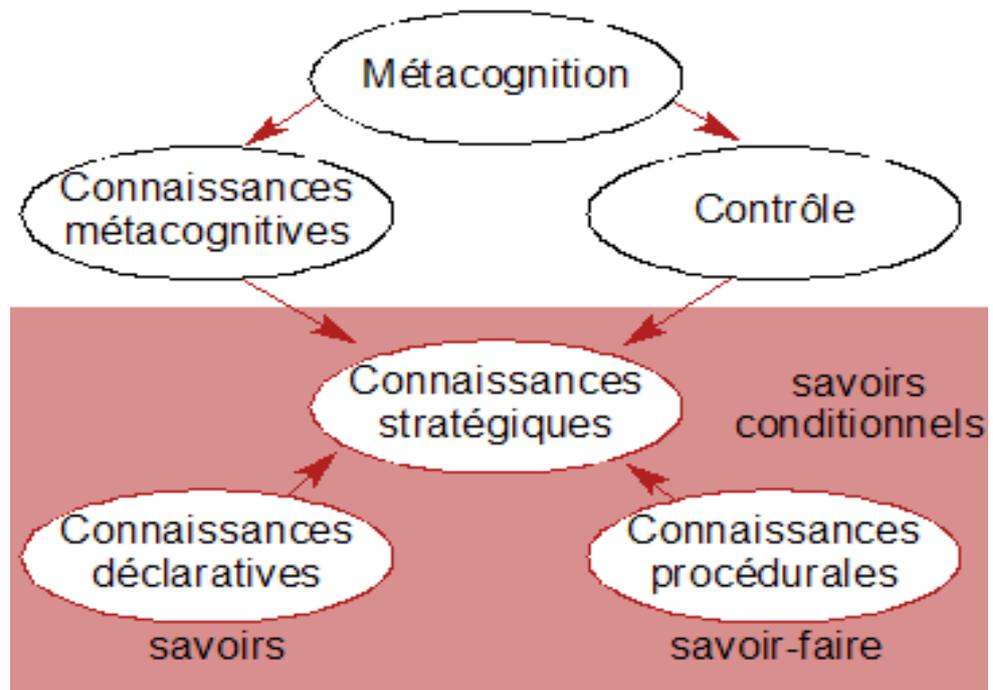
- Celle du *behaviorisme*, inspirée des travaux de Pavlov, est plutôt réductrice. D'après elle, la description du comportement permet l'explication des conduites humaines par l'intermédiaire des réflexes. Apprendre reviendrait à « *modifier durablement son comportement* » et à « *donner une nouvelle réponse à un stimuli qui ne la provoquait pas auparavant* ».
- Quant à la théorie du *constructivisme*, elle estime que le développement d'une personne est un processus permanent de construction et d'organisation des connaissances. Les connaissances ne sont pas transmises d'un individu qui sait, à un autre qui ne sait pas. L'élève doit plutôt construire le savoir lui-même, il est actif dans son apprentissage. Cette construction est une succession d'assimilation et d'accommodation pour aboutir à une équilibration, concept clé de cette théorie. C'est un courant précurseur du cognitivisme.

Aujourd'hui, le modèle de la psychologie de l'éducation est le *cognitivisme*. Ce courant de pensée compare l'Homme au robot ; ce sont tous les deux des ensembles qui communiquent avec leur environnement. Ainsi, penser c'est traiter une information, qui est ensuite codée et stockée par la mémoire du cerveau (4,43). En résumé, apprendre c'est intégrer durablement des schèmes nouveaux à sa structure et des informations nouvelles en mémoire (43). On distingue trois phases lors d'un apprentissage : contextualisation, décontextualisation et généralisation à toute une classe de situations (44).

La **connaissance** vient du vieux français « *conoistre* » qui veut dire à la fois apprendre, connaître et savoir. Elle s’acquière par constructivisme. Elle peut être définie comme « l’ensemble du savoir, savoir-faire et savoir être acquis par un individu et mobilisable ». Ces connaissances peuvent porter sur les objets, les situations, les actions. Il s’agit alors respectivement de concepts, de schémas et de procédures.

Il existe différentes formes de connaissances :

- Les *déclaratives* correspondent à la théorie, à « savoir que ». Tandis que les *procédurales* correspondent à « savoir comment », au « savoir-faire ». Enfin, les connaissances *conditionnelles ou stratégiques* signifient « quand ou pourquoi appliquer telle ou telle connaissance » ; ce sont des connaissances d’action qui mènent à un résultat (44).
- Les connaissances dites *générales*, qui sont apprises en cours magistraux sont à différencier des connaissances *contextualisées*, dans le cadre d’un cas clinique, ou d’un stage.
- La *métacognition* correspond à l’analyse de son propre fonctionnement intellectuel (4). Ces données sont représentées sur le schéma ci-dessous de Michel Caillot (44).



Le terme **savoir** fait référence aux contenus socialement validés tels que les programmes d'enseignement dans un domaine précis.

Selon J-M Barbier, directeur du Centre de Recherche sur la Formation, deux sens du mot savoir sont à distinguer.

- D'une part un sens collectif, puisque « ce sont des connaissances objectives, détachées de toute subjectivité, indépendantes des individus et facilement communicables » ;
- D'autre part, une notion plus individuelle, définie comme « des connaissances individuelles, indissociables de la personne qu'elle va utiliser pour comprendre, se faire une représentation du monde qui l'entoure et agir ».

Il faut différencier le *savoir d'action* et le *savoir théorique* qui sont liés. Le savoir d'action entraîne le savoir théorique grâce à l'*abstraction réfléchissante*. C'est une activité intellectuelle qui se traduit de la façon suivante : lorsqu'un élève réalise une action, il en tire des conclusions.

Il faut aussi différencier le *savoir-être* du *savoir-faire*.

- Le *savoir-être* désigne l'ensemble des qualités individuelles en prenant en compte les aspects de la personnalité (charisme, sociabilité), du fonctionnement cognitif (esprit de synthèse, créativité), du comportement (timide, bon sens relationnel). En somme, c'est une manière d'être qui est adaptée à l'environnement et ajustable selon le contexte.
- Le *savoir-faire* correspond aux connaissances procédurales qu'une personne est capable d'appliquer dans une situation.

Savoir, savoir-faire et savoir-être peuvent être remplacés par compétences intellectuelles, gestuelles, et à communiquer avec autrui (3).

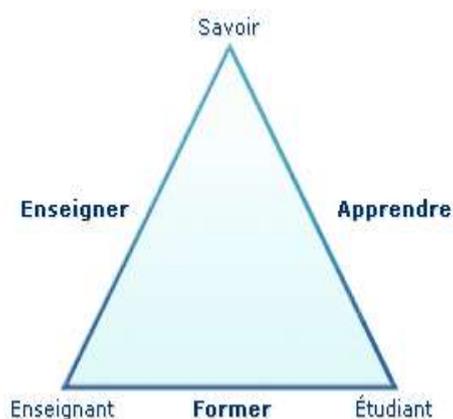
La **compétence** n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir, ni à un savoir-faire. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent. La compétence se réalise dans l'action. Elle est de l'ordre du « savoir mobiliser », du « savoir agir ». Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante, pour être reconnu comme compétent (1).

Il a été prouvé que les interactions sociales jouaient un rôle primordial dans l'apprentissage. Ainsi, l'être humain a besoin des autres pour apprendre, c'est le principe

de la *médiation*. **Enseigner**, ce n'est pas simplement transmettre un message. C'est « organiser des situations d'apprentissage », des situations qui conduisent l'élève à se poser des questions. L'étudiant va alors émettre des hypothèses, se heurter à des contradictions pour enfin construire ses propres réponses aux questions (4,43).

1.2.3. Les acteurs de la formation

Les **enseignants** sages-femmes participent en qualité de moniteur, sous l'autorité du directeur de l'école, à l'enseignement théorique et pratique des élèves. Comme dans toute relation d'apprentissage, une relation étroite relie l'étudiant et l'enseignant sage-femme: le triangle pédagogique de Jean Houssaye, représenté ci-dessous (4).



Cette relation croise les notions d'autorité, de permissivité, d'aide et d'humanité. Dans la formation de sage-femme, cet accompagnement est complexe puisqu'il vise à amener les étudiants à devenir eux-mêmes des accompagnateurs (45).

De plus, les enseignants sont responsables de l'organisation générale des stages. Il leur appartient de démarcher les terrains de stage, de décider de la fréquence de l'alternance, de la durée des séquences, des objectifs institutionnels et de l'évaluation. Ils effectuent également, selon les objectifs du projet pédagogique, un encadrement des étudiants sur les terrains de stage (34).

En plus des missions de soins, les établissements de santé doivent assurer l'enseignement universitaire et postuniversitaire. C'est ainsi que les **sages-femmes cliniciennes** viennent compléter la formation des étudiants. Elles ont un rôle d'enseignement, d'encadrement et d'évaluation. C'est une obligation déontologique puisque l'article R4127-304 du code de la santé publique précise que « *la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs* » (46).

Dans les salles d'accouchements, les sages-femmes servent de modèle de rôle aux étudiants. En effet, c'est en observant des professionnels que l'étudiant se construit. Il s'inspire des savoir-faire et savoir-être de ceux-ci.

Le modèle est « *l'idéal à atteindre par l'imitation d'un être ou par référence à un ensemble de caractères à acquérir pour s'approcher d'un état de perfection* ».

Le rôle est une « *fonction assignée à quelqu'un, à un comportement qu'il est convenu d'attendre de sa part* ». Pour être un bon modèle de rôle, il faut avoir des compétences cliniques et techniques reconnues mais aussi des connaissances théoriques entretenues, des habiletés d'enseignant et des qualités personnelles. Le bon modèle de rôle permet à l'étudiant d'aborder des dimensions de la compétence moins souvent explicitées comme la communication, l'éthique, le professionnalisme (34,47).

Par la suite, la supervision est possible, il y a une inversion des rôles : l'étudiant prend en charge la patiente tandis que la sage-femme l'observe, le guide, l'amène à analyser ses pratiques. La sage-femme est donc clinicienne et pédagogue.

Le transfert des connaissances de l'étudiant en stage dépend de la capacité d'encadrement de la part du professionnel (48).

Dans ce contexte « d'apprentissage sur le terrain », le tutorat réalisé par un professionnel prend toute sa place. Il est personnalisé et le tuteur doit requérir trois critères : maîtrise professionnelle, motivation, capacités relationnelles et pédagogiques (4,49).

1.2.4. L'importance de la pratique

La théorie de l'apprentissage expérientiel signale l'importance et la place centrale de l'expérience pratique dans le développement des compétences (4,34).

Dans ce sens, la simulation est un outil pédagogique intéressant et sécurisant. Elle permet de réaliser des gestes pour la première fois mais pas sur un patient réel (50). Elle est utilisée en anesthésie-réanimation, en obstétrique ou encore en néonatalogie. Elle peut se révéler pratique, notamment, pour apprendre à gérer les hémorragies du post-partum ou bien la réanimation néonatale. Cette méthode correspond à l'utilisation de matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Elle permet de répéter des concepts médicaux, ou des prises de décision, par un professionnel de santé ou une

équipe. Des recommandations sont rédigées par la HAS quant à la place de la simulation en santé (51). Qu'elle soit base ou haute-fidélité, une séance de simulation doit répondre à des critères précis d'organisation, dont le point clé est le débriefing (50). Elle a comme objectif l'amélioration de la communication interprofessionnelle, une réflexion sur son propre savoir, avec comme but ultime une modification des pratiques (52).

Des simulations orientées vers le relationnel se réalisent sous forme de jeux de rôle. Cette approche a été proposée à la fac de médecine de Lyon, et 86% des étudiants l'ont trouvée formatrice (53). Une autre alternative est celle du « patient formateur ». Des malades, spécialement formés pour enseigner aux étudiants, permettent aux élèves de découvrir une autre vision que celle du professionnel de santé. Le principe part de l'idée que pour communiquer avec l'autre, il est nécessaire de pouvoir entrer dans « son monde » et de connaître ses représentations (54).

La pratique en stage reste l'élément clé de l'apprentissage. Puisque c'est dans ce contexte que l'étudiant voit ses pairs travailler. Ainsi, le modèle de rôle prend tout son sens. C'est pour cela que l'enseignement clinique est l'unité d'enseignement qui représente le plus d'ECTS dans la formation des étudiants sages-femmes (Annexe III).

Les écoles sont libres d'organiser les stages des étudiants en respectant un volume horaire. L'organisation choisie par l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand est présentée en Annexe IV. Toutefois, la formation en alternance est le principe de base pour toutes les écoles françaises. L'intérêt principal de cette organisation est d'anticiper le transfert des connaissances afin de réduire la distorsion formation/emploi (4). Ce transfert correspond à l'application d'une solution connue à une situation jamais rencontrée auparavant. Par ce biais, l'étudiant sage-femme passe de novice à expert (44). Les stages sont nécessaires pour permettre la professionnalisation, qui est la confrontation de la théorie à la pratique. (34).

La formation clinique des sages-femmes permet l'acquisition de compétences spécifiques et transversales. Les compétences spécifiques concernent des connaissances médicales fondamentales, mais aussi des savoirs spécifiques, en obstétrique, en gynécologie, en pédiatrie, en sciences humaines et en santé publique. Les compétences transversales sont les suivantes : expertise professionnelle, communication, collaboration, professionnalisme, respect des droits et des attentes, gestion et organisation, érudition, responsabilité (13). La formation a aussi comme finalité la maîtrise du raisonnement clinique, la mise en relation et la cohérence entre les

enseignements dispensés et les stages, l'ouverture vers les différents modes d'exercice de la sage-femme et la réalisation du projet professionnel de chaque étudiant (2).

Les modalités d'organisation des stages sont fixées par l'arrêté du 11 mars 2013. Les stages se déroulent sur les périodes suivantes : prénatale, perinatale, postnatale et la planification (Annexe V). Ils doivent être réalisés à la fois en établissement de santé, mais aussi, en milieu extrahospitalier. De plus, un stage de longue durée à temps plein (intégré ou pré professionnel), équivalent à 24 ECTS, est prévu en fin de cursus..

Le suivi de la progression de l'étudiant peut être réalisé par un carnet de stage qui cible les objectifs pédagogiques transversaux et spécifiques de chaque stage. Il peut aussi être complété par un entretien de mi- stage. Les compétences cliniques sont évaluées par l'équipe pédagogique et/ou les professionnels de terrain.

La validation des stages tient compte de l'assiduité de l'étudiant et de l'acquisition des compétences définies (2).

1.3. La relation parturiente/étudiant sage-femme en salle de naissance

Par exemple, à l'école de Clermont-Ferrand, les étudiants sages-femmes suivent 88 semaines d'enseignement clinique, dont 32 semaines consacrées à la salle de naissance, soit 96 gardes. Validant 20 à 24 ECTS, les stages en salle de naissance occupent une grande place dans le cursus des étudiants (Annexes V et VI). Dans ce cadre, une triade apparaît souvent : la parturiente, l'étudiant et la sage-femme.

1.3.1. L'accompagnement à la naissance : une relation de soin humaine

Que le soignant soit diplômé ou encore étudiant, le soin est, de fait, relation car il fait intervenir deux sujets. La relation de soin ne relève pas d'un contrat entre deux personnes, mais prend existence par la rencontre improbable et possible de deux êtres. Elle relève de l'existence simultanée de deux histoires. Elle repose sur un lien de confiance et d'humanité (55).

Un des points clé de cette relation singulière est la communication entre le soignant et le patient. En 2006, l'Académie Nationale de Médecine publie un avis sur son importance, ainsi que des recommandations pour l'améliorer. L'accent est mis sur la nécessité d'avoir une attitude empathique, une communication non verbale, une clarté des

informations données, une bonne gestion du temps dans l'optique de permettre une bonne communication, et surtout, sur la formation des soignants à celle-ci. En effet, le sens de la communication est rarement inné, il s'acquière et se perfectionne (56).

Cette communication de soin doit être verbale et non verbale. Le toucher joue alors un rôle non négligeable, surtout en salle de naissance. La sage-femme utilise ses mains pour diagnostiquer certes, mais aussi pour communiquer, réconforter ou soulager (57).

De plus, l'écoute active est au centre de la communication. Trois niveaux d'écoute se distinguent : ce qui est dit, ce qu'il y a au-delà des mots et l'écouter qui doit être attentif à ses propres émotions (58). Dans le domaine de la maïeutique, les recommandations de l'OMS insistent sur l'importance de la communication entre les parturientes et les sages-femmes (8).

L'humanisation des soins n'est pas une perte de temps, elle fait partie des soins eux-mêmes (59). En effet, la sage-femme est là pour assurer une sécurité médicale bien-sûr, mais aussi pour prendre soin de la mère et de son enfant. « Prendre soin », c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est propre. L'objectif est de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé.

La sage-femme fait preuve d'une « démarche soignante ». Cette dernière repose sur deux idées : une rencontre et un accompagnement. La rencontre est un mouvement de la part du professionnel. Elle lui permet d'aller à la rencontre de la personne ou d'accueillir celle qui vient à sa rencontre. Elle poursuit un but bien précis : tisser des liens de confiance pour que l'accompagnement devienne possible. En effet, « accompagner », c'est « cheminer ensemble ». (60).

La sage-femme met en jeu des compétences de « *care* » et de « *cure* ». Le *cure* renvoie à la dimension curative, au traitement, à l'aspect médical, et donc à la technique. Tandis que le *care* est une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement, il relève plutôt du relationnel. Ainsi, le soin véritable est l'ensemble de trois éléments : du *care* (une compétence qui soulage), de la sollicitude (une émotion qui saisit) et de l'accompagnement (une présence qui réconforte) (61).

L'accompagnement par la sage-femme, lors du travail et de l'accouchement, est la construction d'une frontière informelle entre le médical et le psycho-social. La sage-femme relègue, en apparence, la surveillance médicale à un second plan pour permettre au *care* d'émerger en premier. En effet, ne pouvant se distinguer professionnellement par une technique médicale spécifique, les sages-femmes investissent le versant

« relationnel » en défendant l'accompagnement comme une spécificité professionnelle (62).

Dans ce sens, nous comprenons la singularité et l'importance de la relation entre la parturiente et la sage-femme. Qu'en est-il lorsque le soignant est encore étudiant ?

1.3.2. Une triade avec des attentes différentes

D'une part, fidèle à son obligation déontologique, la sage-femme encadre l'étudiant. Mais surtout, elle doit « *décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge tout au long du travail et de l'accouchement en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement, en aidant la femme à gérer la douleur, en prenant des décisions adaptées à la situation et en accueillant le nouveau-né* » (13). Elle a donc deux missions qu'elle doit réaliser simultanément.

D'autre part, l'étudiant sage-femme va essayer d'atteindre des objectifs d'apprentissage dans le domaine de la physiologie (la pratique d'un accouchement eutocique et l'accueil d'un nouveau-né eutrophe à terme) et de la pathologie (le suivi d'un accouchement à risque ou pathologique, de ses suites immédiates et l'accueil d'un nouveau-né malade). Il doit apprendre à réaliser des consultations en urgence (2). (Annexe VII). Ces stages permettent l'acquisition de soins infirmiers, tels que les ponctions veineuses, la pose de cathéters veineux ou encore le sondage urinaire. C'est aussi l'occasion d'apprendre des gestes cliniques, tels que le toucher vaginal, l'accouchement, la réfection de lésions périnéales, la délivrance artificielle, la révision utérine ou encore l'examen du nouveau-né. Les objectifs de stage sont de l'ordre de la technique, certes, mais aussi du relationnel. Gérard Lévy, gynécologue-obstétricien, insiste sur l'importance de ce dernier. En effet, il existe un décalage entre l'enseignement de la psychologie reçu à l'école de sages-femmes et la réalité confrontée sur le terrain. Aussi, le stage est un moment clé pour que l'étudiant développe un savoir-être, en plus d'un savoir-faire. Pour cela, il faut avant tout regarder, et analyser, la relation sage-femme/patiente (59).

Il y a aussi la femme qui est là pour vivre la naissance de son enfant. Comme pour tout être humain, les 14 besoins de Virginia Henderson peuvent lui être attribués (6). Il

est important que les professionnels de santé s'enquière des demandes, des besoins physiologiques et émotionnels de la personne (10). Cela nécessite que la parturiente sache les identifier, puis les exprimer auprès de l'équipe.

Deux concepts permettent principalement d'adopter un comportement décisionnel : l'autonomie et l'*empowerment*. L'autonomie est « *un principe éthique qui reconnaît le droit du patient à l'autodétermination et implique une liberté d'action et de choix* » (Dworkin). Ainsi, le concept de choix éclairé est mis en avant dans la charte de la personne hospitalisée (Annexe I). L'*empowerment* est « *la façon par laquelle l'individu accroît ses habilités favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle* » (Eisen). Les pratiques qui contribuent à l'*empowerment* sont de trois ordres : la relation entre la sage-femme et la parturiente, la participation active de la patiente aux décisions de soins et le soutien de la sage-femme (63). Il apparaît essentiel que la patiente se soit sentie compétente et efficace pour être satisfaite (7).

Dans ce sens, la HAS recommande « *d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (...) et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement* » (10). L'OMS appuie ce point de vue dans ses recommandations : « *la femme est autorisée à participer aux décisions concernant la prise en charge de la douleur, les positions à adopter pendant le travail et l'accouchement et le besoin naturel de pousser, entre autres* » (8).

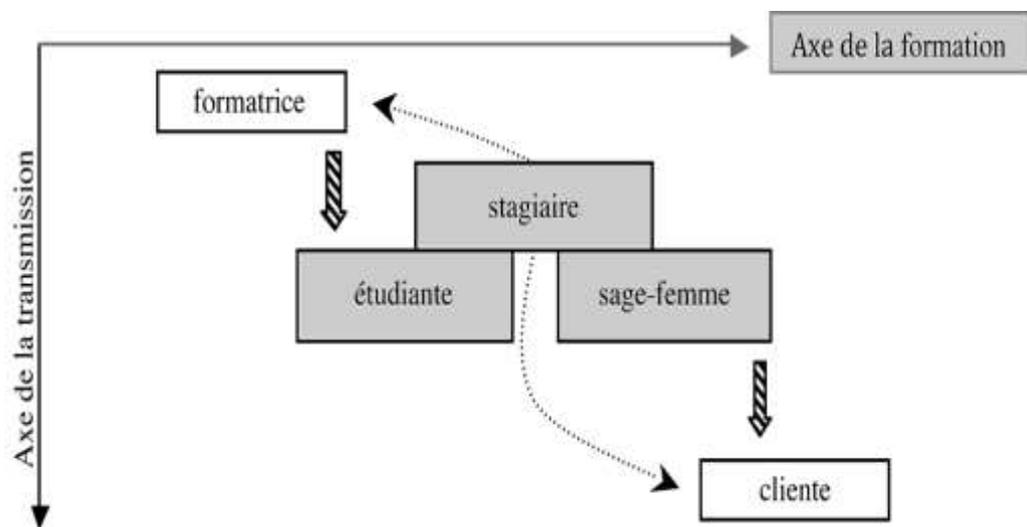
Les femmes attendent beaucoup du dialogue avec la sage-femme et de son accompagnement, il détermine principalement leur satisfaction (64). Une étude nationale a montré que, bien que 95% des femmes soient très ou plutôt satisfaites du déroulement de leur accouchement en général, seulement 60% se déclarent « très satisfaites » de l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement (65).

D'après « Le Larousse », la satisfaction se définit par « *une action de répondre à un besoin, à un désir* ». Elle dépend du degré de conformité entre l'attente et la réalisation, d'une prise en charge. Elle est liée à la qualité. En effet, l'OMS définit la qualité des soins comme le fait de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin* » (12). Ainsi, mesurer la satisfaction des patientes est un enjeu de santé publique. En effet, il a été prouvé que la

satisfaction maternelle quant à l'accouchement a des effets à court et long terme sur la santé maternelle et la relation avec l'enfant (dépression du post-partum, syndrome de stress post-traumatique, avortements, difficultés d'allaitement, difficultés sexuelles ...) (Waldenstrom et al., 2004; Britton, 2006; Larkin et al., 2012) (66). Cette évaluation est donc obligatoire, pour les établissements de santé, depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. La loi du 4 Mars 2002 et le plan de périnatalité 2005-2007 accordent aussi une importance particulière à la qualité des soins dispensés, ainsi qu'à l'évaluation du vécu des patientes (7,12).

1.3.3. Etude de la littérature

Marty Laforest, linguiste québécoise, spécialisée dans l'analyse du discours oral, illustre bien la problématique d'un étudiant sage-femme en stage sur le schéma suivant. L'étudiant doit gérer une tension s'exerçant entre sa position d'expert, devant la parturiente, et d'étudiant, devant la sage-femme clinicienne. Il doit acquérir un savoir et en transmettre un autre. Cette tension est repérable dans l'interaction professionnelle. Le discours du stagiaire s'articule tant bien que mal autour de ce double rapport au savoir (67).



La présence de l'étudiant n'est pas toujours anticipée par les futures mères. Notamment, dans une étude réalisée au CHU de Caen, on retrouve qu'une patiente sur 10 ne s'attend pas à cette présence (68). Toutefois, la mission d'un Centre Hospitalier Universitaire est d'exercer une mission d'enseignement, de recherche et de formation (5).

Cette information est souvent retrouvée sur les livrets d'accueil du patient, ou encore sur les sites internet des CHU. C'est le cas au CHU de Clermont-Ferrand (Annexes VIII et IX).

D'après l'article 8 de la charte de la personne hospitalisée, la notion de consentement quant à la présence d'un étudiant en santé est réglementée (Annexe X). Une thèse de médecine générale montre que, même si la présence de l'étudiant est très bien acceptée, un patient sur trois ressent cette « consultation à trois » comme une obligation. De plus, il ressort que les stagiaires, largement acceptés par les patients, le sont de moins en moins quand le motif de consultation devient plus intime. Cette présence serait davantage refusée par les femmes que par les hommes (69). Dans les mémoires d'étudiants sages-femmes, le trop peu de demande de consentement est aussi souligné (68,70). Dans une étude sur le projet de naissance, trois femmes sur 21 expriment leur refus de la présence d'un étudiant pour leur accouchement (12).

En 2003, on trouve le premier mémoire d'étudiant sage-femme portant sur cette problématique (70). Depuis 2013, plusieurs grands CHU (Limoges, Toulouse, Caen et Rouen) se sont intéressés au sujet (68,71–73).

Les thèmes de ces mémoires sont la relation patiente/étudiant. Toutefois, les approches utilisées présentent quelques différences. En effet, à Limoges, l'analyse de cette relation ne se limite pas à la salle de naissance (72) tandis qu'à Toulouse le point de vue du père est abordé (71). Certains étudiants ont tenté de connaître les représentations des femmes (72,73), et d'autres de mesurer leur satisfaction (68). Pour cela, certains ont fait le choix de l'utilisation d'un questionnaire (68,70,72), tandis que d'autres ont réalisé des entretiens semi-directifs (71,73).

Ce sujet a déjà questionné cinq étudiants sages-femmes, dans le cadre de leur mémoire de fin d'études. Pour autant, dans les articles publiés dans les revues scientifiques, notamment concernant l'accompagnement en salle de naissance, cette relation n'est pas abordée. C'est pourquoi, il semble intéressant de continuer à s'intéresser à cette problématique, notamment au sein d'une région où aucune étude de ce type n'a été réalisée.

2. PATIENTES ET METHODES

2.1. L'étude et les objectifs

2.1.1. Type, durée et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale. Après vérification de l'éligibilité et du consentement, des questionnaires ont été distribués aux patientes hospitalisées dans une maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes. Pour des raisons organisationnelles et de représentativité, le recrutement des patientes s'est fait sur deux périodes : du 19 au 30 juin 2017 et du 11 septembre au 12 novembre 2017, ce qui représente une durée d'étude de 11 semaines.

2.1.2. Les objectifs

L'objectif principal était d'étudier le vécu des femmes, de l'accompagnement du travail et de l'accouchement par un étudiant en maïeutique, notamment en évaluant leur satisfaction et les paramètres qui influençaient celle-ci. Cela concernait des femmes accouchant à terme, de manière spontanée, d'un fœtus unique et vivant.

Les objectifs secondaires étaient, dans un premier temps, de déterminer la place que les parturientes accordaient aux étudiants sages-femmes en salle de naissance ; et dans un second temps, d'étudier les différences observées par les patientes selon le niveau d'études.

2.2. La méthode

2.2.1. Patientes

2.2.1.1. La population d'étude

La population cible était les femmes ayant accouché dans une maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes entre le 19 et le 30 juin 2017 et entre le 11 septembre et le 12 novembre 2017.

2.2.1.2. *Le protocole d'inclusion*

L'inclusion des patientes s'est faite, selon des critères définis, dans le but d'avoir une population qui accouchait plutôt physiologiquement. Ainsi, la prise en charge des femmes incluses relevait exclusivement des compétences de la profession de sage-femme.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patiente ayant accouché par voie basse à la maternité de type III
- Présence d'un étudiant sage-femme pendant l'accouchement
- Primipare et multipare
- Accouchement à terme (supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhées)
- Fœtus singleton
- Présentation céphalique

Les critères d'exclusion étaient :

- Femme mineure au moment de l'accouchement
- Femme ne parlant ou n'écrivant pas français
- Extraction instrumentale (ventouse ou forceps)
- Mort fœtale in utéro
- Interruption médicale de grossesse

2.2.2. *Méthode*

2.2.2.1. *Le recueil des données*

a) Les critères évalués

Le critère de jugement principal était la satisfaction de l'accompagnement par l'étudiant sage-femme, notée de zéro à 10 par les patientes.

Un des critères de jugement secondaires était le pourcentage de patientes pour qui l'étudiant était considéré comme un réel acteur de la prise en charge et de l'accompagnement en salle de naissance.

L'autre critère de jugement secondaire était le pourcentage de patientes pour qui la présence de l'étudiant était considérée comme un avantage.

b) Le mode de recueil et circuit des données

L'outil de recueil des données était un questionnaire. Il était composé de 39 questions fermées qui étaient organisées en quatre parties : les généralités, l'étudiant, le binôme sage-femme/étudiant et enfin la satisfaction globale (Annexe XI).

Lors de la période de recueil, nous nous rendions dans l'établissement de type III tous les jours, ou tous les deux jours, selon les possibilités. En salle de naissance, l'identité des femmes ayant accouché dans les 24 à 48 dernières heures était relevée par leurs initiales et leur date de naissance. Leur dossier informatisé ICOS® était consulté pour définir si elles étaient éligibles à l'étude, selon les critères d'inclusion et d'exclusion. L'année d'études de l'étudiant présent à l'accouchement était attendue. Pour cela, il avait été précisé aux sages-femmes de bien l'écrire sur le partogramme.

Le jour même (J0) ou le lendemain (J1) de leur accouchement, un questionnaire, accompagné d'une lettre d'information et de consentement, était distribué aux femmes éligibles. Ces documents étaient remis sous enveloppe fermée, avec des informations orales et des réponses aux éventuelles questions (Annexe XI et XII). La plupart du temps, le questionnaire était récupéré le lendemain, en main propre, par l'investigateur. Si jamais les femmes étaient déjà sorties de la maternité, elles le laissaient aux sages-femmes du service qui le déposaient dans une pochette prévue à cet effet.

c) Le codage et la saisie des données

Une fois le recueil terminé, une saisie manuelle des données a été faite sur le logiciel Excel®. La plupart des variables étaient des variables qualitatives, exceptée la satisfaction qui était une variable quantitative. Le codage a été réalisé de la manière suivante :

- Pour les questions pour lesquelles les femmes avaient la possibilité de cocher plusieurs cases, la réponse correspondant était écrite dans la case.
- Pour les questions auxquelles seulement une réponse était possible, il a été décidé de coder avec des zéro et des uns : « 0 » la réponse était non, « 1 » la réponse était oui.

- Pour la satisfaction attribuée par les femmes, le chiffre a été rentré tel quel dans le logiciel.

d) Le contrôle qualité des données

Le questionnaire a été vérifié par tous les investigateurs de l'étude (étudiante sage-femme, directrice et codirectrice du mémoire) avant le début du recueil. Lors des cinq premières distributions, il a été demandé aux patientes de donner un retour de leurs impressions. Une seule modification a été faite, à la question numéro cinq.

2.2.2.2. L'analyse des données

Les analyses statistiques se sont faites en collaboration avec une biostatisticienne de la Délégation Recherche Clinique et Innovation du CHU de Clermont-Ferrand. Elles ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

La population était décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type pour la satisfaction. Cette dernière a été comparée selon les caractéristiques des femmes et selon ce qu'elles ont pensé de l'étudiant sage-femme et de sa relation avec la sage-femme. Ces comparaisons ont été réalisées par le test t de Student, ou par le test de Mann-Whitney, dans le cas de deux groupes à comparer ; et par ANOVA, ou test de Kruskal-Wallis, dans le cas de plus de deux groupes.

En situation multivariée, une régression linéaire multiple a été mise en œuvre afin d'étudier les facteurs associés à la satisfaction, en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique. Les résultats sont exprimés en termes de coefficient de régression et intervalle de confiance à 95%.

Enfin, le vécu des femmes a été comparé selon le niveau d'étude de l'étudiant (3eme année, 4eme année ou 5eme année) par le test du Chi2 ou par le test de Fisher exact.

2.2.2.3. *Les aspects éthiques et réglementaires*

a) Avis de comités consultatifs

La directrice et co-directrice de ce mémoire ont donné leur accord écrit pour distribuer le questionnaire. De plus, une autorisation écrite du chef de pôle de gynécologie et obstétrique de la maternité de type III, ainsi que celle de la sage-femme coordinatrice du pôle, ont été recueillies selon le protocole en vigueur.

Cette étude n'était pas interventionnelle et aucune donnée du recueil ne permettait de remonter jusqu'à la patiente. Ainsi, aucune autre démarche spécifique n'a été nécessaire.

b) Information et consentement

Les femmes ont reçu une information écrite et orale. La lettre d'information, présentée en annexe XII, détaillait les raisons de cette étude, les moyens de réalisation, la confidentialité et la sécurité des données, les droits des patientes et les coordonnées des investigateurs.

c) Anonymat

Après avoir vérifié l'éligibilité de la patiente dans son dossier, elle était identifiée par son numéro de chambre et aucun nom n'apparaissait. Pour l'étudiant sage-femme, son niveau d'étude était relevé, sans pour autant relever son nom. L'anonymat a donc été respecté pour chacune des femmes et des étudiants.

3. RESULTATS

3.1. Diagramme de flux et taux de participation

L'étude s'est déroulée sur onze semaines au total. Comme précisé précédemment, pour avoir une meilleure représentativité des étudiants en stage, et en raison du calendrier universitaire, les données ont été recueillies pendant deux périodes différentes.

D'après le réseau de santé périnatal de la région, sur cette période, 774 accouchements ont eu lieu dans cette maternité : 546 voies basses spontanées, 82 extractions instrumentales et 146 césariennes.

Après avoir étudié les dossiers, 157 patientes étaient éligibles. Toutefois, 139 questionnaires ont été distribués et 125 récupérés. Ces données sont reprises sur le diagramme de flux (figure I page suivante). Le taux de participation s'élevait alors à 80%.

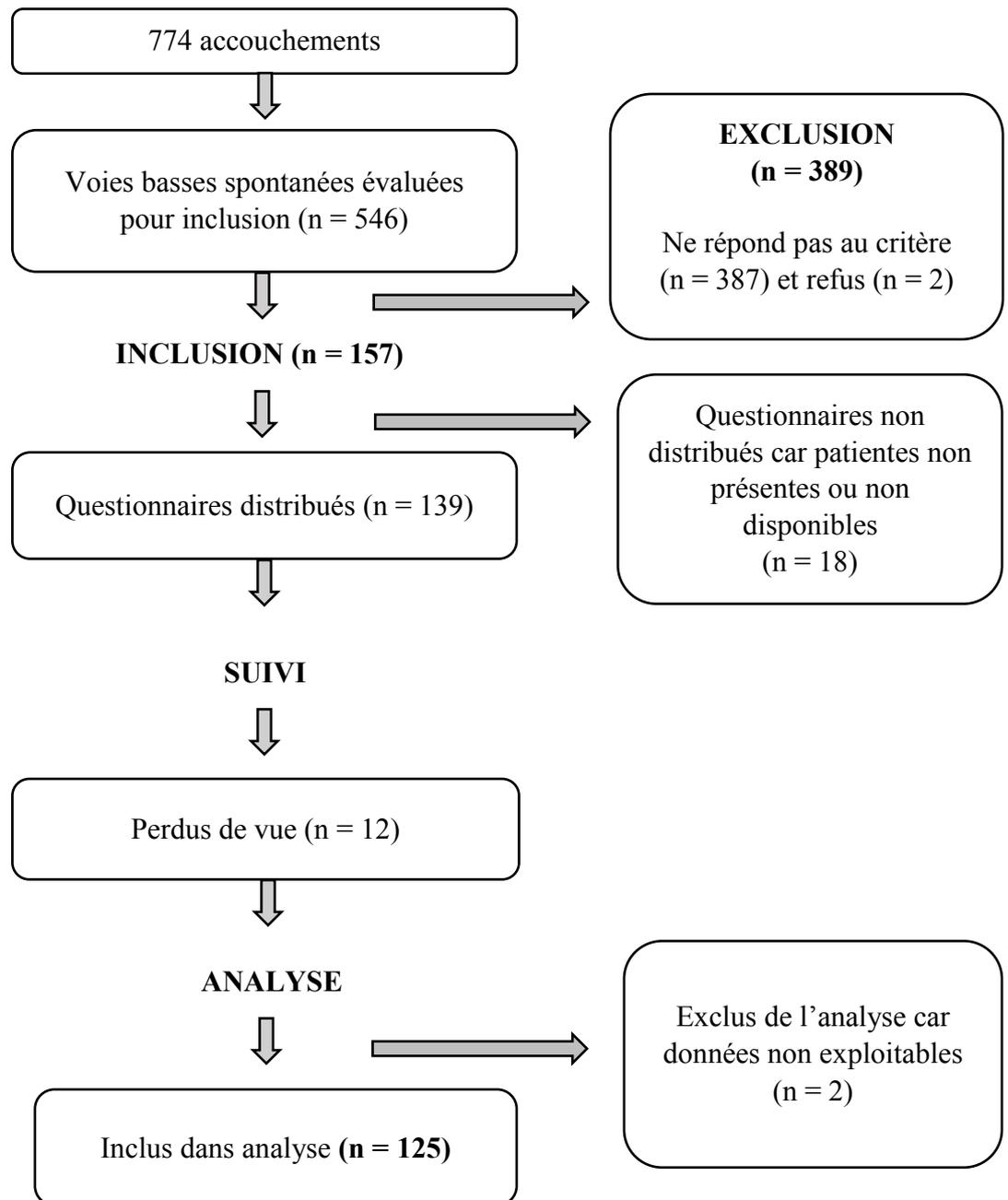
Comme présenté dans le tableau I, au total, 45 étudiants différents étaient en stage en salle de naissance lors de la période de distribution des questionnaires. Sur les 125 femmes qui ont répondu à l'étude, 46 ont été suivies en salle de naissance par un étudiant de troisième année, 36 par un quatrième année et 43 par un cinquième année.

Tableau I. Répartition des étudiants en stage en salle de naissance

Période de stage	ESF 3	ESF 4	ESF 5
19 au 25/06	7	1	5
11/09 au 08/10	-	8	-
02 au 29/10	5	-	-
23/10 au 12/11	-	-	15
30/10 au 12/11	-	4	-
Au total en stage	12	13	20
Patientes suivi par un ESF...	46	36	43

*ESF : étudiant sage-femme

Figure I. Diagramme de flux



3.2. Population étudiée

L'échantillon, décrit dans le tableau II (page 32), était constitué de 125 femmes majoritairement âgées de 25 à 35 ans (58,4 %).

En ce qui concerne la catégorie professionnelle, 31,2 % des patientes étaient des employées, 17,6 % des cadres, 15,2% exerçaient une profession intermédiaire et 26% étaient sans profession. De plus, 4% étaient étudiantes et 17,6% travaillaient dans la santé.

Dans la population étudiée, il a été retrouvé une prédominance de multipares (53,6%).

Dans la majorité des cas, le suivi de grossesse des patientes était réalisé au sein du CHU de l'étude (64%). Parallèlement, elles étaient suivies par une sage-femme libérale à 44,8%, par un gynécologue libéral à 36% et par le médecin traitant à 17,6%.

Des cours de préparation à la naissance avaient été suivis par 56,8% des femmes.

Elles avaient été hospitalisées dans 20,8% des cas, au moins une fois pendant cette grossesse (grossesse pathologique ou déclenchement).

Dans 89,6% des cas, les femmes avaient bénéficié d'une analgésie péridurale. Seulement deux participantes sur 125 n'étaient pas accompagnées par un de leur proche en salle de naissance. Et, parmi les femmes interrogées, 5,6% avaient rédigé un projet de naissance.

Tableau II. Description de la population et satisfaction (notée sur 10) (n = 125)

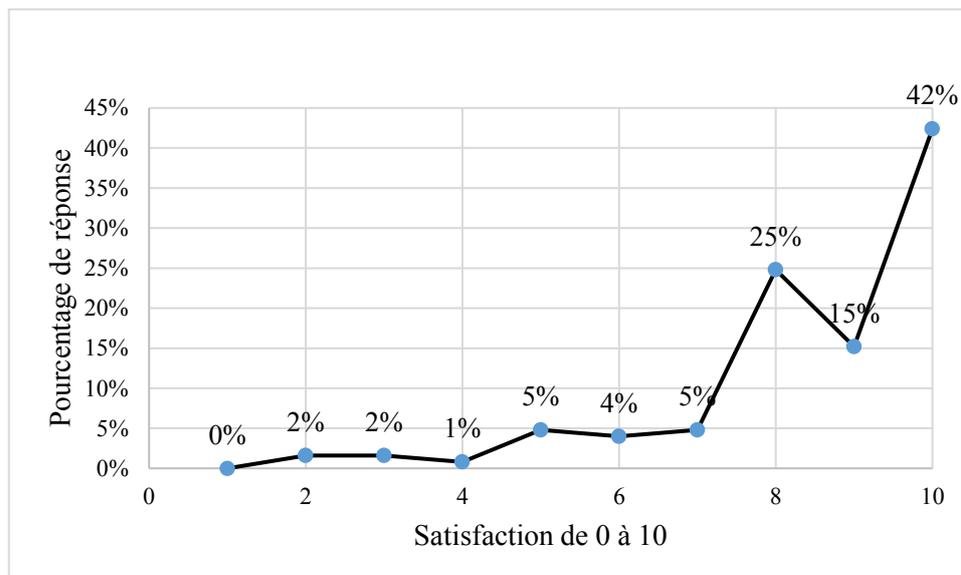
	Fréquence n, %	Satisfaction moy ± ET*	p-value
Age			
18 à 25 ans	29 (23,2)	8,7 ± 1,9	0,72
25 à 35 ans	73 (58,4)	8,4 ± 1,9	
Plus de 35 ans	23 (18,4)	8,6 ± 1,8	
Catégorie professionnelle			
Artisane	4 (3,2)	10,0 ± 0,0	0,06
Cadre	22 (17,6)	8,2 ± 1,6	
Employée	39 (31,2)	8,4 ± 1,9	
Etudiante	5 (4,0)	7,6 ± 1,7	
Intermédiaire	19 (15,2)	8,3 ± 2,2	
Ouvrière	3 (2,4)	8,0 ± 1,7	
Sans profession	33 (26,4)	9,0 ± 1,7	
Du domaine de la santé			
Oui	22 (17,6)	8,2 ± 2,0	0,41
Non	103 (82,4)	8,6 ± 1,8	
Parité			
Primipare	58 (46,4)	8,6 ± 1,8	0,57
Multipare	67 (53,6)	8,4 ± 1,9	
Suivi de grossesse			
Professionnel(s) du CHU			
Oui	80 (64,0)	8,5 ± 2,0	0,76
Non	45 (36,0)	8,6 ± 1,5	
Sage-femme libérale			
Oui	56 (44,8)	8,4 ± 1,2	0,87
Non	69 (55,2)	8,6 ± 1,5	
Gynécologue libéral			
Oui	45 (36,0)	8,5 ± 1,7	0,95
Non	80 (64,0)	8,5 ± 1,9	
Médecin traitant			
Oui	22 (17,6)	8,4 ± 2,0	0,66
Non	103 (82,4)	8,6 ± 1,8	
Préparation à la naissance			
Oui	71 (56,8)	8,6 ± 1,7	0,90
Non	54 (43,2)	8,4 ± 2,0	
Hospitalisation pendant la grossesse			
Oui	26 (20,8)	8,7 ± 1,5	0,51
Non	99 (79,2)	8,5 ± 1,9	
Projet de naissance			
Oui	7 (5,6)	8,4 ± 1,9	0,89
Non	118 (94,4)	8,5 ± 1,8	
Analgésie péridurale			
Oui	112 (89,6)	8,5 ± 1,9	0,97
Non	13 (10,4)	8,5 ± 1,7	

*moy signifie moyenne et ET signifie écart-type

3.3. Résultat principal : la satisfaction selon différents paramètres

Lors du travail et de l'accouchement, les **femmes étaient, en moyenne, satisfaites à 8,5/10 ($\pm 1,8$) de leur accompagnement par un étudiant sage-femme**. La valeur minimale attribuée à la satisfaction était 2 sur 10 et la maximale était 10 sur 10. De plus, 82,4% des valeurs étaient comprises entre 8 et 10 (voir figure II).

Figure II. Répartition de la satisfaction notée sur 10 (N = 125)



3.3.1. Population étudiée

Les données suivantes sont représentées dans le tableau II (page précédente).

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre la satisfaction et l'**âge** maternel ($p= 0,72$) ou encore entre la satisfaction et la **catégorie professionnelle** ($p= 0,06$). Plus précisément, les femmes âgées de 18 à 25 ans n'étaient pas moins satisfaites que les autres. De plus, aucun lien n'a été mis en évidence entre le fait de travailler dans la santé et la satisfaction. En revanche, les cinq étudiantes interrogées semblaient moins satisfaites que les autres (7,6/10 en moyenne).

Il n'a pas été remarqué de différence statistiquement significative entre la satisfaction des **primipares** (8,6 \pm 1,8) et celle des **multipares** (8,4 \pm 1,9) ($p = 0,57$).

La satisfaction maternelle de l'accompagnement n'était pas statistiquement liée au type de **suivi de grossesse** (hospitalier, sage-femme libérale, gynécologue libéral).

3.3.2. Relation étudiant / parturiente

Toutes les données de cette partie sont représentées dans le tableau IV (page 38).

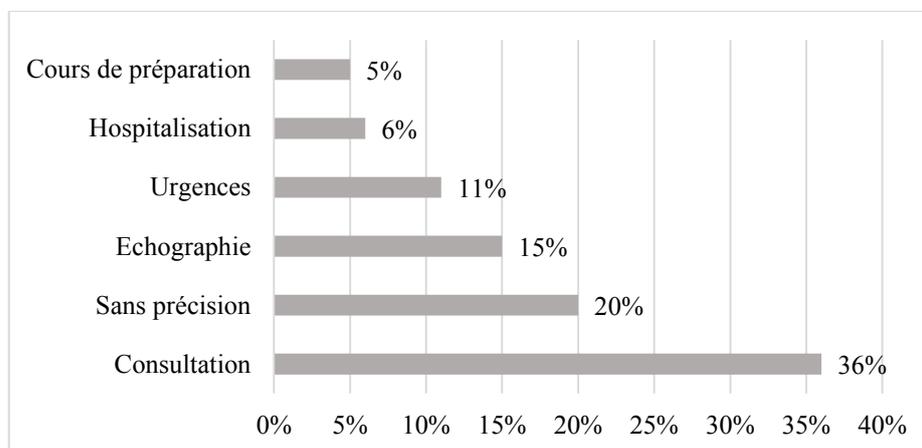
Il s'avérait que le **niveau d'études** de l'étudiant était statistiquement lié à la satisfaction maternelle. En effet, plus il était élevé, plus les femmes étaient satisfaites. La satisfaction moyenne était 7,9/10 lorsque l'accompagnement était réalisé par un troisième année ; 8,6/10 lorsque c'était un quatrième année et 9,1/10 lorsqu'il s'agissait d'un cinquième année ($p = 0,02$).

3.3.2.1. *Avant la rencontre en salle de naissance*

Pour les multipares, aucun lien n'a été retrouvé entre la satisfaction et le fait d'**avoir déjà accouché** en présence d'étudiant sage-femme ($p = 0,30$).

D'après les résultats, **66,4 %** des patientes **avaient déjà rencontré** au moins un étudiant durant cette grossesse. Aucune différence statistiquement significative n'existait alors entre la satisfaction de ces patientes ($8,6 \pm 1,7$) et celles qui avaient rencontré un étudiant pour la première fois le jour de l'accouchement ($8,4 \pm 2,1$) ($p = 0,91$). Différents contextes de rencontre pendant la grossesse ont été décrits (figure III). Le lieu principal de ces rencontres était le Centre Hospitalier Universitaire de l'étude (28%). Les rencontres avec un étudiant en dehors du CHU (libéral) restaient un événement rare (8%).

Figure III. Contexte de rencontre étudiant / femme enceinte pendant la grossesse

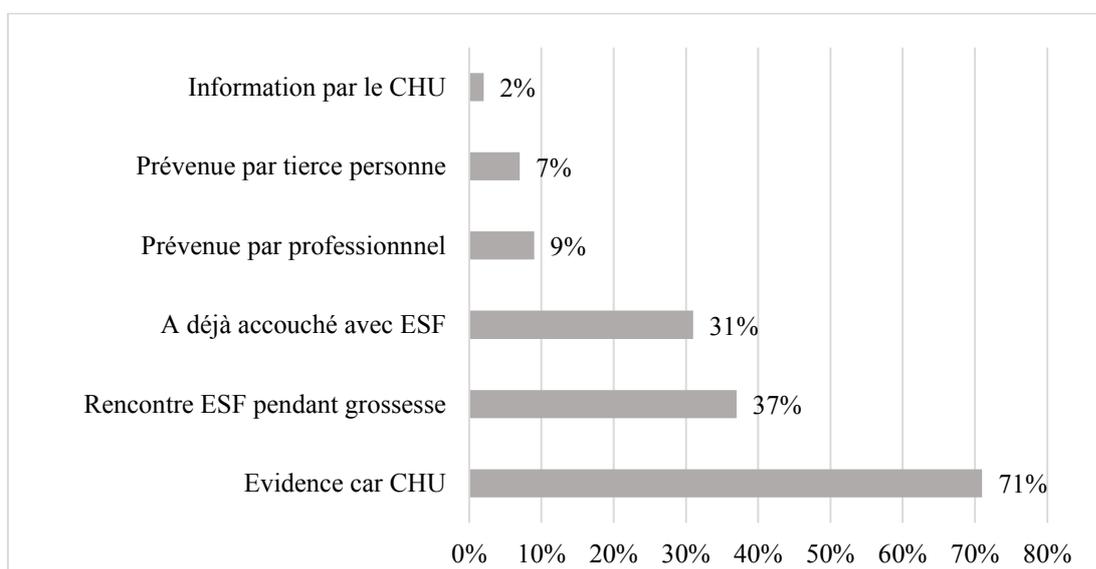


Il a pu être remarqué que **80%** des parturientes **s'attendaient à la présence** d'un étudiant en salle de naissance. Leur satisfaction était en moyenne $8,6 \pm 1,8$. Ceci était principalement lié au fait que la maternité soit un CHU, et donc synonyme de formation pour 71% d'entre elles (voir la figure IV).

Pour les 20% restants, leur satisfaction était en moyenne $8,4 \pm 1,9$. La moitié d'entre elles aurait préféré recevoir l'information auparavant ; tandis que l'autre n'y accordait pas d'importance particulière.

Pour autant, ce facteur ne semblait pas associé à une meilleure satisfaction de leur accompagnement ($p = 0,63$).

Figure IV. Une présence attendue : les raisons



3.3.2.2. La rencontre

D'après l'étude des résultats, **27,2%** des femmes étaient **rassurées** par la présence d'un étudiant, et cela leur « **faisait plaisir** » à **47,2%**. Il a tout de même été remarqué que cette présence a **laissé indifférente 33,6%** d'entre elles. Pour autant, neuf femmes ont ressenti une émotion négative (gêne, inquiétude, étonnement).

L'étudiant se **présentait lui-même** dans **77,6%** des cas. Ceci n'était pas statistiquement lié à la satisfaction des femmes. La satisfaction des femmes était en moyenne égale à $8,7 \pm 1,7$ quand l'étudiant se présentait seul ; à $8,6 \pm 1,4$ quand la présentation était faite par la sage-femme ; à $8,3 \pm 1,9$ lorsqu'elle était réalisée par les

deux et, enfin, à $7,1 \pm 3,9$ lorsqu'aucune présentation n'avait lieu ($p = 0,89$). Toutefois, les femmes ont trouvé ce temps de présentation **utile à 99%**.

L'**accord de la présence** d'un étudiant n'a **pas été recueilli** pour **41,6%** des femmes. Elles étaient 17,6% à confier ne plus se souvenir si on leur avait demandé leur autorisation. Cependant, seulement **8%** considéraient cette présence comme **imposée** alors que **85,6%** comme « **normale** ». L'accord préalable de la présence d'un étudiant ne semblait pas affecter la satisfaction. En effet, elle était en moyenne égale à $8,6 \pm 1,9$ lorsqu'il était demandé ; contre $8,2 \pm 1,9$ lorsqu'il ne l'était pas ($p = 0,32$).

La satisfaction d'une femme qui avait eu « aussitôt » confiance en l'étudiant était en moyenne à $9,3 \pm 1,0$; pour une femme qui avait eu « progressivement » confiance, sa satisfaction était à $8,1 \pm 1,6$; et lorsqu'elle n'avait « jamais eu vraiment confiance » elle était à $4,6 \pm 2,7$ ($p < 0,001$). Après analyse, il ressortait donc qu'« **avoir aussitôt confiance** » était statistiquement lié à une meilleure satisfaction.

3.3.2.3. *Le suivi du travail et de l'accouchement*

a) *L'attitude*

« **Disponible** », « **professionnel** » et « **compétent** » étaient les adjectifs qui ressortaient en premier pour qualifier le comportement de l'étudiant dans respectivement : **77,6%** ; **56,8%** et **53,6%** des cas. Cependant, sept patientes ont répondu que l'étudiant était « stressé », deux l'ont constaté « perdu » et le terme « inexpérimenté » a été retrouvé à huit reprises.

A la proposition « autres(s) attitude(s) », 21 participantes de l'étude ont rajouté d'autres termes. Deux grandes catégories se distinguaient : la **disponibilité** (rassurant, présent, à l'écoute) ($n = 18$) et les **qualités humaines** (bienveillant, empathique, aimable, souriant, attentionné, maternant, adorable, prévenant, gentil, humain, dévoué) ($n=12$).

Il est ressorti de l'analyse que les femmes préféraient un étudiant qui apportait une attention particulière au **relationnel** (satisfaction en moyenne à $8,7 \pm 1,6$) plutôt qu'à la **technique** (satisfaction en moyenne à $7,9 \pm 2,2$), mais de manière non significative ($p = 0,09$).

A la question « *Considérez-vous l'étudiant sage-femme comme un acteur de votre prise en charge ?* » : 62,9 % des femmes ont répondu « tout à fait » (satisfaction en moyenne à $9,2 \pm 1,1$) ; 28,2% ont répondu « en partie » ($7,9 \pm 1,7$) ; 7,3% ont répondu « pas tellement » ($4,8 \pm 2,4$) et 1,6% ont répondu « pas du tout » ($4 \pm 1,4$). Ainsi, plus **l'étudiant** était considéré comme **acteur de leur prise en charge**, plus la satisfaction des femmes était grande. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$)

b) Les gestes

Les femmes étaient d'autant plus satisfaites quand l'étudiant réalisait **seul le toucher vaginal**. Cette différence, entre le fait d'examiner seul ($9,2 \pm 1,2$) ou à deux intervenants ($8,4 \pm 1,9$), et la satisfaction maternelle était statistiquement significative ($p = 0,04$). L'organisation, quant à la réalisation des touchers vaginaux, (étudiant seul, sage-femme seule ou les deux) convenait « parfaitement » à 82,4 % des patientes, « plus ou moins » à 12,8% tandis que 4,8% ne se souvenaient pas. Elles étaient 71,2% des femmes à trouver que l'étudiant ne nuisait « pas du tout » à leur intimité.

Les patientes étaient d'autant plus satisfaites quand l'étudiant réalisait **seul l'accouchement** ($9,6 \pm 0,7$) que lorsqu'il le réalisait avec la sage-femme ($8,8 \pm 1,6$) ($p < 0,001$). Il a été retrouvé que l'étudiant participait à l'accouchement (seul ou avec la sage-femme) dans 67% des naissances. Les femmes étaient 76,2% à considérer comme « évidente » la participation d'un étudiant à leur accouchement. Cependant, dans la moitié des cas, l'accord de cette participation n'avait pas été demandé au préalable. Toutefois, pour 70% d'entre elles, cette participation de la part de l'étudiant était « un fait qui ne changeait rien ».

Il a été analysé qu'il existait une différence statistiquement significative entre la satisfaction et le fait d'être **gênée par la présence** d'un étudiant. La satisfaction maternelle était en moyenne égale à $4,3 \pm 1,6$ lorsque cette présente gênait contre $8,8 \pm 1,5$ lorsqu'elle ne gênait pas ($p < 0,001$). Cependant, la gêne n'a été ressentie que pour 5,6% des femmes.

Tableau IV. Etude de la relation étudiant/patiente et satisfaction maternelle
(N=125)

	Fréquence n, %	Satisfaction moy ± ET*	p-value
Niveau étude			
ESF 3	46 (36,8)	7,9 ± 2,3	
ESF 4	36 (28,8)	8,6 ± 1,6	0,02
ESF 5	43 (24,4)	9,1 ± 1,1	
Multipare : présence ESF aux accouchements			
A certains	9/67 (13,4)	8,0 ± 2,5	
A tous	27/67 (40,3)	8,6 ± 1,5	0,30
Non	18/67 (26,9)	8,9 ± 1,4	
Ne se souvient pas	13/67 (19,4)	7,6 ± 2,4	
Rencontre ESF pendant grossesse			
Pas de rencontre pendant grossesse	83 (66,4)	8,6 ± 1,7	
	42 (33,6)	8,4 ± 2,1	0,91
Présence ESF attendue			
Présence ESF non attendue	100 (80,0)	8,6 ± 1,8	
	25 (20,0)	8,4 ± 1,9	0,63
Présentation de l'ESF			
Par ESF	84 (67,2)	8,7 ± 1,7	
Par sage-femme	18 (14,4)	8,6 ± 1,4	0,89
Par sage-femme et ESF	13 (10,4)	8,3 ± 1,9	
Pas de présentation (non faite / pas de souvenir)	10 (0,08)	7,1 ± 3,9	
Accord / présence			
Accord préalable	51 (40,8)	8,6 ± 1,9	
Pas d'accord préalable	52 (41,6)	8,2 ± 1,9	0,32
Ne se souvient plus	22 (17,6)	9,0 ± 1,2	
Présence imposée	10 (8,0)	7,7 ± 2,3	0,22
Présence non imposée	115 (92,0)	8,6 ± 1,8	
Présence gênante			
Présence non gênante	7 (5,6)	4,3 ± 1,6	<0,001
	118 (94,4)	8,8 ± 1,5	
Confiance à ESF accordée			
Aussitôt	66 (52,8)	9,3 ± 1,0	
Progressivement	51 (40,8)	8,1 ± 1,6	<0,001
Pas vraiment	8 (6,4)	4,6 ± 2,7	
Toucher vaginal			
ESF	29 (23,2)	9,2 ± 1,2	
Sage-femme	15 (12,0)	7,8 ± 1,9	0,04
Les deux	75 (60,0)	8,4 ± 1,9	
Ne se souvient plus	6 (4,8)	8,0 ± 2,2	
Accouchement			
ESF	10 (8)	9,6 ± 0,7	
Sage-femme	40 (32)	7,7 ± 2,1	<0,001
Les deux	74 (59,2)	8,8 ± 1,6	
Ne se souvient plus	1 (0,8)	10 ± 0,0	
ESF accorde plus d'importance			
A la technique	5 (4,0)	7,9 ± 2,2	
Au relationnel	7 (5,7)	8,7 ± 1,6	0,09
Aux deux	111 (89,5)	6,4 ± 3,6	
Aucun des deux	1 (0,8)	5 ± 0,0	

*moy signifie moyenne et ET signifie écart type

3.3.3. Relation sage-femme / étudiant

Après l'étude des questionnaires, il a été constaté que 94% des femmes avaient trouvé **l'étudiant à l'aise** de manière générale. En présence de la sage-femme, l'étudiant restait à l'aise dans 87,2% des cas (cf tableau V).

Il existait un lien statistiquement significatif entre le fait que l'étudiant était **plus disponible** que la sage-femme et la maternelle ($p = 0,04$) (cf tableau V).

Le fait que la sage-femme et l'étudiant **travaillaient en équipe** était statistiquement lié à une meilleure satisfaction des femmes ($p < 0,001$). Les explications données à l'étudiant par la sage-femme, devant la patiente, semblaient liées à une plus faible satisfaction, mais ceci n'était pas significatif ($p = 0,05$) (cf tableau V).

Tableau V. Relation sage-femme étudiant et satisfaction maternelle (notée sur 10)
(N=125)

	Fréquence n, %	Satisfaction moy ± ET*	p-value
Disponibilité			
ESF	29 (23,4)	8,8 ± 1,6	0,04
Sage-femme	2 (1,6)	7,0 ± 0,0	
Les deux autant	93 (75,0)	8,6 ± 1,7	
Encadrement de l'ESF			
ESF bien pris en charge			
Oui	86 (68,8)	8,56 ± 1,7	0,90
Non	39 (31,2)	8,34 ± 2,1	
Explications de la SF			
Oui	87 (69,6)	8,5 ± 1,8	0,05
Non	38 (30,4)	8,6 ± 2,0	
SF ne laissait pas faire			
Oui	5 (4,0)	5,6 ± 3,3	0,02
Non	120 (96,0)	8,6 ± 1,7	
Travail d'équipe			
Oui	88 (70,4)	9,0 ± 1,4	<0,001
Non	37 (29,6)	7,4 ± 2,2	
Bonne relation SF/ESF			
Bonne relation	93 (74,4)	8,9 ± 1,5	0,001
Pas bonne relation	32 (25,6)	7,5 ± 2,3	
Explications devant la patiente			
Oui	115 (92,7)	8,4 ± 1,8	0,05
Non	9 (7,3)	9,2 ± 2,0	

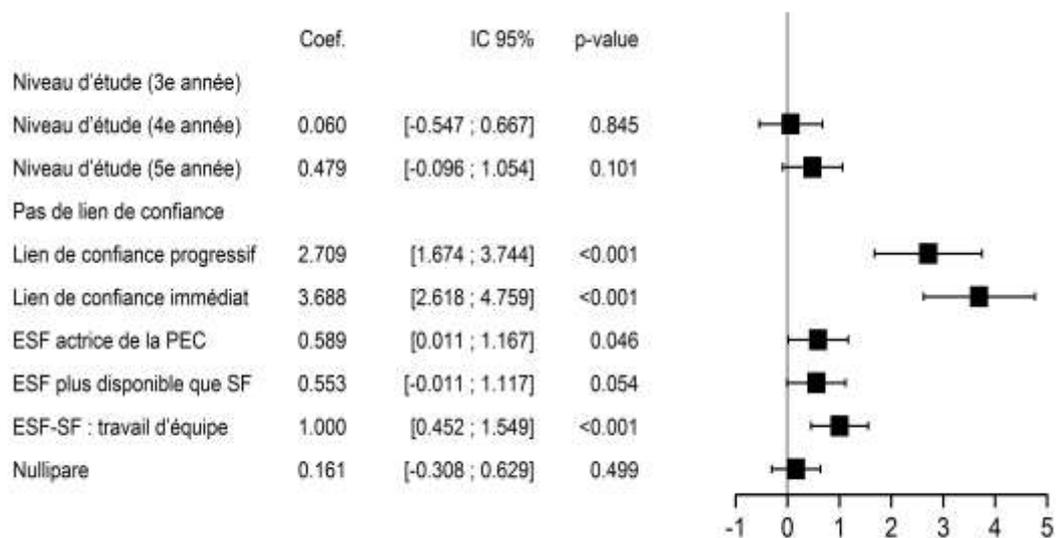
*moy signifie moyenne et ET signifie écart type

3.3.4. Analyse multivariée

Il a été retrouvée, en situation multivariée, qu'un lien de **confiance** entre l'étudiant sage-femme et la femme, le **travail d'équipe** entre la sage-femme et l'étudiant, et le fait de considérer **l'étudiant comme un acteur de la prise** en charge étaient significativement associés à **une meilleure satisfaction**.

Au contraire, **aucun lien** significatif n'a été mis en évidence avec **l'année d'études** de l'étudiant ou avec **la parité**. Ces données sont représentées sur la figure suivante.

Figure V. Facteurs associés à la satisfaction (analyse multivariée)



*PEC : prise en charge / ESF : étudiant sage-femme / SF : sage-femme

3.4. Résultats secondaires

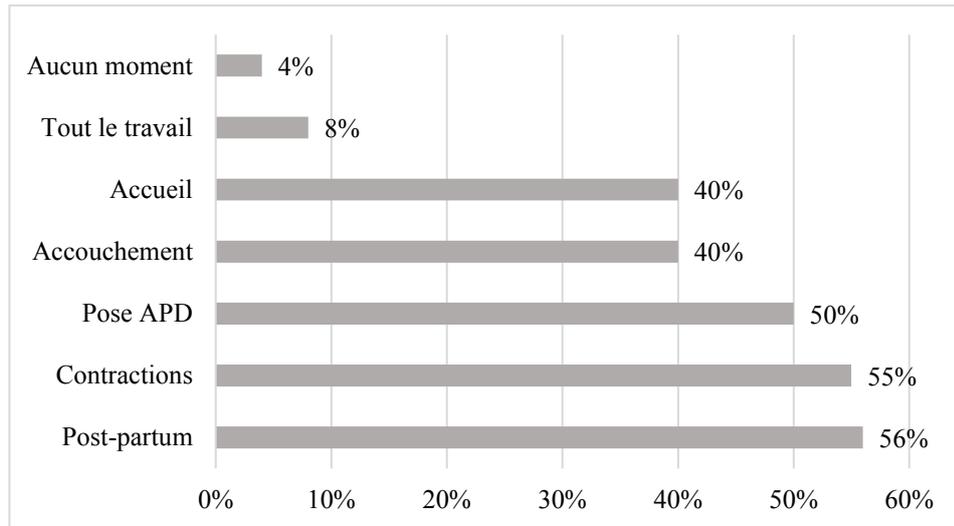
3.4.1. La place accordée à l'étudiant

A la question « Considérez-vous l'étudiant sage-femme comme **un réel acteur** de votre prise en charge et de votre accompagnement en salle de naissance ? », les femmes étaient **63%** à répondre « **tout à fait** », **28%** « **en partie** », **7%** « **pas tellement** » et **2%** « **pas du tout** ». Ainsi, **91,1%** des patientes ont considéré l'étudiant comme un acteur de la prise en charge en salle de naissance.

Il ressortait de l'analyse des réponses que **55,2%** des femmes pensaient que la présence de l'étudiant était un **avantage** et **42,2%** **qu'elle ne changeait rien**. Il faut tout de même relever que l'étudiant représentait un inconvénient pour trois femmes (soit 2,4%).

De plus, pour nuancer cette notion d'avantage, nous avons demandé aux parturientes d'évoquer les moments pour lesquels l'étudiant sage-femme avait été le plus utile pour elles. Le **post-partum immédiat** (les deux heures suivants l'accouchement), les **contractions** et la **pose de péridurale** ressortaient en majorité (figure VI).

Figure VI. Moment où l'étudiant a été le plus utile d'après les patientes



*APD : analgésie péridurale

Après analyse des questionnaires, il a été retrouvé que **19 %** des multipares confiaient ne **pas se souvenir de la présence**, ou non, d'un étudiant lors de leur(s) accouchement(s) précédent(s).

Parmi les sept patientes ayant rédigé un **projet de naissance**, deux d'entre elles avaient abordé la présence de l'étudiant et s'étaient prononcées favorablement.

Il semble important de souligner que **83,2% des femmes** posaient **des questions** à l'étudiant quand elles en ressentaient le besoin.

3.4.2. Les différences observées selon le niveau d'études

Les données sont représentées dans le tableau VI (page 44).

Comme énoncé précédemment, les femmes trouvaient à 99% que la présentation de l'étudiant était utile. Pour autant, elles étaient **32%** à **se souvenir** du niveau d'études de l'étudiant. Parmi elles, **37,5%** n'ont **pas énoncé la bonne année** correspondante.

La connaissance quant à la durée des études de sage-femme a aussi été étudiée. Il s'avérait que **33,6%** des femmes **pensaient la connaître** et, parmi elles, **73,8%** avaient **répondu juste**.

D'après l'analyse univariée, la satisfaction maternelle était statistiquement liée au niveau d'études. Toutefois, l'analyse multivariée semble nuancer cette affirmation. Les différences selon les niveaux d'études ont quand même été analysées.

En comparant les réponses des femmes selon le niveau d'études de l'étudiant correspondant, il a pu être remarqué que **la confiance** s'installait plus facilement avec un étudiant de cinquième année, et elle se gagnait moins facilement avec un étudiant de troisième année. Cette différence était à la limite de la significativité ($p = 0,05$).

Pour autant, **la première impression des femmes** n'était pas corrélée au niveau d'études de l'étudiant. Dans plus de la moitié des cas, pour chaque année, cette présence leur « faisait plaisir ».

L'analyse des données a montré que les femmes considéraient plus volontiers un étudiant comme **un acteur à part entière** dans leur accompagnement, plus il était avancé dans son cursus. Cette différence était statistiquement significative ($p = 0,01$).

Les étudiants de cinquième année étaient, à l'unanimité, « actifs dans la prise en charge » et « à l'aise » alors que les étudiants des autres promotions ne l'étaient pas à 100%. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le niveau d'études et l'**aisance** ou le fait d'**être actif** ($p = 0,11$ et $p = 0,07$). Le **professionnalisme** de l'étudiant augmentait significativement au fur et à mesure de son cursus. En effet, ils étaient 69,8% des cinquièmes années à être considérés comme « professionnels », contre 63,1% des quatrièmes années et 31,1% des troisièmes années ($p = 0,01$). D'après les résultats, la majorité des étudiants de chaque promotion étaient similairement attentifs à la **technique** et au **relationnel** en regard des femmes (tableau VI).

Quelques nuances entre « l'utilité » des étudiants et leur niveau ont été notées. D'après les patientes, les **cinquièmes années** paraissent plus utiles au moment de **l'accouchement**. Alors que les étudiants de chaque niveau trouvaient une utilité semblable durant le **post-partum immédiat** (figure VII).

Figure VII. Les moments pour lesquels les patientes ont trouvé l'étudiant le plus utile (selon le niveau de l'étudiant)

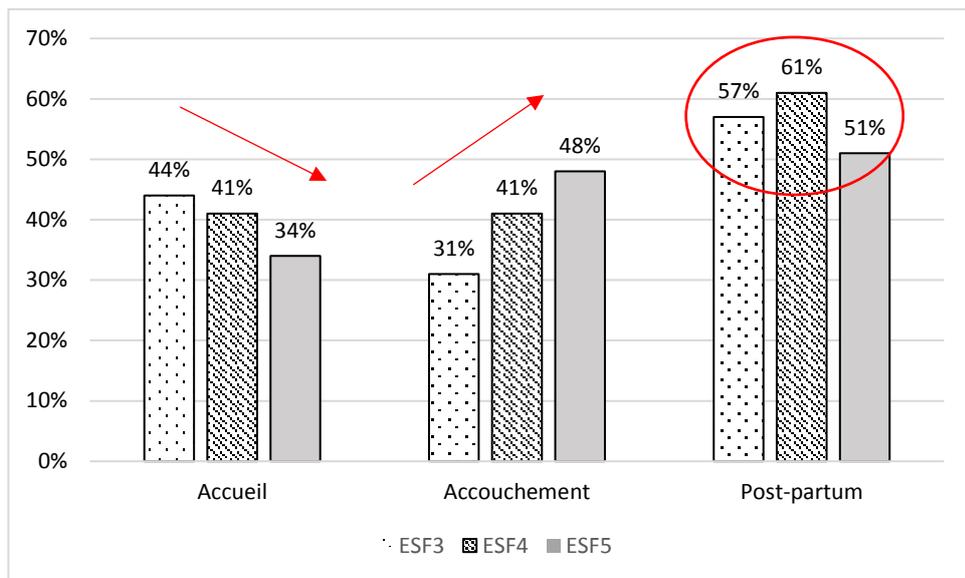


Tableau VI. Les différences selon le niveau des étudiants (N=125)

*ESF : étudiant sage-femme, le chiffre suivant signifie le niveau d'étude de l'étudiant

	ESF 3	ESF 4	ESF 5	p-value
	N = 46	N = 36	N = 43	
	n, %	n, %	n, %	
Première impression				
Rassurée	12 (26,0)	8 (22,2)	14 (32,6)	0,58
Non rassurée	34 (74,0)	28 (77,8)	29 (67,4)	
Indifférente	17 (37,0)	13 (36,1)	12 (27,9)	0,62
Non indifférente	29 (63,0)	23 (63,9)	31 (72,0)	
Fait plaisir	21 (45,7)	17 (47,2)	21 (48,8)	0,96
Non fait plaisir	25 (54,4)	19 (52,8)	22 (51,2)	
Attitude ESF				
A l'aise	42 (91,3)	33 (91,7)	43 (100,0)	0,11
Non à l'aise	4 (8,7)	3 (8,3)	0 (0,0)	
Actif	41 (89,1)	34 (94,4)	43 (100,0)	0,07
Pas actif	5 (10,9)	2 (5,6)	0 (0,0)	
Professionnel	18 (31,1)	23 (63,9)	30 (69,8)	0,01
Non professionnel	28 (60,9)	13 (36,1)	13 (30,2)	
Disponibilité / SF				
ESF plus dispo	12 (26,7)	7 (19,4)	10 (23,3)	0,53
ESF dispo autant ou moins	34 (73,2)	29 (80,6)	33 (76,7)	
Confiance				
Aussitôt	23 (50,0)	18 (50,0)	25 (58,1)	0,05
Progressivement	16 (34,8)	18 (50,0)	17 (39,5)	
Pas vraiment	7 (15,2)	0 (0,0)	1 (2,3)	
Questions à ESF				
Oui	34 (73,9)	30 (83,3)	40 (93,0)	0,05
Non	12 (26,0)	6 (16,7)	3 (7,0)	
Acteur de la PEC				
Tout à fait	22 (47,8)	23 (65,7)	33 (76,7)	0,01
En partie	18 (39,1)	10 (28,6)	7 (16,3)	
Pas tellement	6 (13,0)	2 (5,7)	1 (2,3)	
Utilité				
Avantage	27 (58,7)	15 (4,2)	27 (62,8)	0,18
Inconvénient	2 (4,35)	1(2,8)	0 (0,0)	
Ne change rien	17 (37,0)	20 (55,6)	16 (37,2)	
ESF accordait plus importance				
Relationnel	4 (8,7)	1 (2,9)	2 (4,7)	0,24
Technique	4 (8,7)	0 (0,0)	1 (2,3)	
Les deux	38 (82,6)	33 (94,3)	40 (93,0)	

4. DISCUSSION

4.1. Atteinte de l'objectif

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme en salle de naissance. Il a été atteint, car il a été possible d'étudier 125 réponses. Une moyenne de satisfaction a pu être établie et différents paramètres agissant sur celles-ci ont été évalués. D'autres pourcentages ont été calculés pour tenter de préciser ces réponses.

Aussi, par l'analyse de ces 125 questionnaires, les objectifs secondaires ont été atteints. La place accordée aux étudiants par les femmes a pu être mesurée en analysant les réponses à deux questions précisément. De plus, des différences ont pu être constatées dans la relation patiente/étudiant selon le niveau d'études de ce dernier.

4.2. Critique de l'étude

4.2.1. Les points forts

4.2.1.1. *Méthodologie*

Le recueil des données a duré 11 semaines, cette **période** peut être considérée comme conséquente. Le fait que le recueil des questionnaires ait été réalisé en deux temps, a été plutôt avantageux. En effet, les étudiants étaient soit en fin d'année scolaire (voire en fin de cursus pour les cinquièmes années), soit en début. C'était seulement le deuxième stage en salle de naissance pour les troisièmes années.

L'**investissement** personnel de l'investigateur et la régularité des visites à la maternité ont permis une certaine **fiabilité** et une **rigueur** dans le suivi des inclusions, ainsi que dans la distribution et la récupération des formulaires. De ce fait, le **taux de participation** de 80% peut être considéré comme convenable.

Le **moment choisi pour distribuer** les questionnaires, soit avant le deuxième jour post-accouchement, a permis de limiter le biais de mémorisation ainsi que le nombre de perdus de vue. Plus les femmes avaient le questionnaire tôt, plus les chances de le récupérer étaient grandes.

Les questionnaires étant distribués par une étudiante, des mesures ont été prises pour limiter le biais quant à la libre expression des patientes. La distribution et le rendu se faisaient **sous enveloppe**. De plus, il était **rappelé systématiquement l'anonymat** à chaque patiente. Ces éléments ont pu orienter vers des réponses plus honnêtes.

4.2.1.2. Le sujet en lui-même

Un des réels points forts de cette étude était son **originalité**. Un ancien mémoire, datant de 2003, et quatre autres, plus récents, ont été retrouvés dans la littérature. Cependant aucun n'avait été réalisé dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'objectif était bien entendu d'étudier **le vécu des femmes**, sujet important dans le contexte actuel. En effet, avec l'ouverture des maisons de naissance en France, le débat médiatisé sur les violences obstétricales, les nouvelles recommandations de la HAS en 2017 et celles de l'OMS en 2018, l'accompagnement à la naissance semble être remis en question. Il est donc primordial de s'y intéresser.

Ce sujet permettait aussi de valoriser **le travail des étudiants**. Il a souligné l'importance de leur présence auprès des femmes. Cet aspect n'est pas négligeable pour eux. En effet, en 2011, l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes a réalisé une étude sur le bien-être des étudiants sages-femmes. On retrouve que 52,29% des étudiants sages-femmes doutent dans leur choix professionnel, et que près d'un tiers (31,59%) de ces étudiants pensent au moins une fois arrêter leurs études. Le stress étant très présent dans cette formation, les trois-quarts des étudiants sages-femmes (74,39%) ont recours aux médecines douces (74). Une nouvelle évaluation va avoir lieu au cours de l'année 2018. De plus, d'après la HAS, les professionnels de santé en activité, ou en formation, sont fortement exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail. Ceci s'expliquerait par des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) et des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.) (75).

4.2.2. Les points faibles

4.2.2.1. *Méthodologie*

Tout d'abord, cette étude ne portait que sur **une seule maternité**, il aurait été intéressant de la réaliser dans d'autres CHU.

Le **choix de la méthode** peut se discuter, car l'utilisation du questionnaire pouvait se révéler être un biais, n'étant pas assez exhaustif. Des entretiens auraient pu être plus appropriés pour évaluer un ressenti. Toutefois, ce choix de questionnaire se justifiait par la possibilité de recueillir des données en nombre. Le point de vue de cette étude était donc **global**, de ce fait, **moins précis**.

Comme il a été constaté dans la partie résultats, les nombres de femmes accompagnées par un étudiant de troisième, quatrième et cinquième année étaient assez homogènes. Par contre, une **catégorie** d'étudiant n'était **pas représentée** : les deuxièmes années.

Parallèlement, **plusieurs patientes** ont été accompagnées par **le même étudiant**. En effet, chaque étudiant réalise plusieurs gardes sur une période de stage, mais aussi plusieurs accouchements lors d'une même garde.

Il faut noter que les réponses peuvent être biaisées du fait que **l'étudiant, présent à l'accouchement**, avait peut-être rencontré la parturiente que très peu de temps avant la naissance. Comme l'a précisé une patiente en commentaire, il est possible de rencontrer plusieurs binômes sage-femme/étudiant lors du travail : les questionnaires ont été remplis en tenant compte de l'étudiant présent au moment de l'expulsion.

Malgré une distribution la plus proche possible de l'accouchement, il existait toujours un **bias de mémorisation**. La naissance d'un enfant est un moment intense pour les femmes, et nous pouvons comprendre que les informations concernant l'étudiant pouvaient leur paraître futiles.

Cependant, les questionnaires ont peut-être été **distribués trop tôt**. En effet, la HAS et la DRESS considèrent un délai raisonnable de 15 jours, après la sortie de l'hôpital, pour réaliser une enquête de satisfaction. Ce délai permet de réaliser l'enquête « à froid », avec du recul et à domicile (76).

A posteriori, quelques questions et propositions dans **l'élaboration du questionnaire** manquaient de clarté (Annexe XI). Elles sont énoncées dans le tableau ci-dessous.

Questions	Remarques pour amélioration
1 et 2	Demander l'âge et la profession précisément et faire des catégories par la suite
3	Faire préciser la profession de santé exercée
9	Demander plus précisément le lieu de rencontre avec l'étudiant sage-femme. Certaines femmes ont répondu « libéral » ou « CHU » ; tandis que d'autres ont répondu « préparation à la naissance » ou « échographies ».
12	Faire préciser qui était l'accompagnant en salle de naissance, notamment pour aborder la place du père
21	Diviser les propositions en deux questions distinctes (car certaines femmes ont choisi seulement entre « imposée » et « consentie » et non entre « normale » et « anormale », et inversement)
22	Diviser la question en trois parties pour inciter les femmes à faire un vrai choix
28	Quand l'étudiant n'avait pas participé à l'accouchement, certaines femmes ont quand même répondu à cette question. Leurs réponses n'ont pas été comptabilisées dans les calculs.
38	Rajouter la proposition « pendant le suivi du travail »

Au départ, ne pas inclure les femmes ayant accouché par voie basse avec **extraction instrumentale**, ou par **césarienne en cours de travail**, était un choix puisque la question du moment de la naissance nous intéressait particulièrement. Toutefois, ces patientes avaient **aussi besoin d'un accompagnement** par la sage-femme et par l'étudiant pendant le travail (7). Les inclure aurait permis d'avoir plus de participantes. Pour autant, la prise en charge d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne en cours de travail **multiplie les intervenants**, notamment les étudiants en médecine. Ainsi, le fait de cibler les accouchements par voie basse spontanée nous a permis d'obtenir des résultats pertinents.

4.2.2.2. *Le sujet en lui-même*

Comme quatre patientes l'ont fait remarquer, lorsqu'une **relation humaine** est étudiée, il faut garder à l'esprit que le vécu quant à l'accompagnement varie selon la **personnalité de chacun**. Une généralisation ne peut pas forcément être faite.

Il faut aussi tenir compte du **contexte** : les éléments médicaux, la charge de travail pour le personnel ainsi que l'habitude, ou non, pour la sage-femme et l'étudiant de travailler ensemble.

4.2.3. *Les difficultés rencontrées*

La **présence** de l'étudiant n'était **pas toujours signalée** (nom et/ou année) dans le dossier lors de la période de recrutement de juin. Par la suite, il a été demandé à l'ensemble des sages-femmes de la maternité, et aux étudiants eux-mêmes, de l'écrire dans le partogramme.

Il a aussi été remarqué, qu'au premier abord, environ une dizaine de patientes, avaient du mal à se souvenir de **quels professionnels étaient présents à l'accouchement**. Elles ont confié à l'oral avoir parfois confondu la sage-femme, l'étudiant, l'auxiliaire de puériculture, les étudiants en médecine... Si une identification du personnel n'a pas été faite clairement, les réponses ont pu être biaisées.

D'autres études étaient réalisées en même temps dans cette maternité. Deux étudiantes sages-femmes et une sage-femme distribuaient des questionnaires sur la même période et dans le même service. Cependant, ceci n'a pas impacté le recrutement pour cette étude. Toutefois, quand les femmes remplissaient trois questionnaires, il est légitime de supposer qu'elles y accordaient moins de temps et de concentration.

4.3. **Discussion des résultats**

4.3.1. *Population étudiée*

Les données de la population ont été comparées à celles retrouvées par l'enquête nationale périnatale de 2016 (22) et les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

La catégorie d'**âge** la plus représentée au sein de la population d'étude était les 25 à 35 ans. Ceci semble être représentatif de la population générale. En effet, l'âge moyen des femmes à l'accouchement est 30,6 ans (77).

Il a été retrouvé que 31,2 % des patientes étaient des employées, 17,6 % des cadres, 15,2% exerçaient une profession intermédiaire et 26% étaient sans profession. En comparaison, l'enquête nationale périnatale a retrouvé, respectivement pour chacune de ses catégories : 29,3%, 13,3%, 40,3% et 28,9% de femmes. La population d'étude était composée de 4% d'étudiantes contre 2,1% dans l'enquête nationale.

La différence majeure se retrouve sur le pourcentage de femmes exerçant une profession intermédiaire. Elle peut s'expliquer par un item trop vague dans le questionnaire de l'étude. De plus, l'item « sans profession » méritait d'être plus précis. En effet, dans l'enquête périnatale, une nuance était apportée entre le fait d'être femme au foyer, d'exercer une profession en début ou de l'exercer en fin de grossesse.

Les femmes incluses étaient majoritairement des **multipares** (53,6%) et cette donnée se retrouve dans la population de l'étude nationale (57,8%).

L'analyse des questionnaires a montré que le **suivi de grossesse** était réalisé en majorité au CHU (60,4%). Le suivi par une sage-femme libérale arrivait en seconde place (44,8%), celui par un gynécologue libéral en troisième place (36%) et enfin, celui réalisé par le médecin traitant en quatrième position (17,6%). Au niveau national, en 2016, pour la moitié des grossesses, le principal intervenant du suivi prénatal pendant les six premiers mois restait un gynécologue-obstétricien en ville. Pour respectivement 16,0 % et 14,8 % des grossesses, il s'agissait d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en maternité publique. Les données de l'étude, à l'échelle locale, ne semblent sensiblement pas être les mêmes qu'à l'échelle nationale. Ceci peut s'expliquer par la multitude de lieux et d'intervenants durant la grossesse. C'est pourquoi, plusieurs propositions dans le questionnaire ont pu être cochées par les femmes. Il aurait dû être précisé « *Qui a suivi principalement votre grossesse ?* ». De plus, les consultations du huitième et du neuvième mois se réalisent habituellement à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand, ce qui a pu fausser le taux de suivi au CHU (60,4%).

Les **cours de préparation à la naissance et à la parentalité** ont été suivis par 56,8% des femmes interrogées. Ce taux correspond à la moyenne des deux chiffres publiés par l'enquête périnatale : en France, ces séances sont suivies par 77,9% des primipares et par 33,8% des multipares.

Le taux d'**hospitalisation prénatale** de la population d'étude (20,8%) était sensiblement identique au taux national (18,1%). Toutefois, l'hospitalisation pendant la grossesse englobe différentes possibilités. Elle peut être liée soit à un déclenchement, soit à une pathologie gravidique ou à une hospitalisation dans un autre service de médecine ou de chirurgie. La question « *Avez-vous été hospitalisée pendant la grossesse ?* » était alors trop imprécise. De ce fait, toutes les femmes ne l'ont peut-être pas interprétée de la même manière. Le taux, qui nous intéressait, était celui des femmes hospitalisées en service de grossesse à haut risque du CHU, mais il n'a pas pu être clairement évalué.

La proportion de participantes qui avait accouché avec une **analgésie péridurale** était légèrement supérieure aux données nationales (89,6% contre 82,6%). Ceci peut se justifier par le fait que la maternité d'étude était de type III.

En 2016, 3,7 % des accouchées françaises avaient rédigé un projet de naissance. Elles étaient 5,6% dans l'étude réalisée.

Globalement, la population qui a participé à l'étude est **plutôt conforme aux femmes qui accouchent actuellement en France.**

4.3.2. Résultats principaux : la satisfaction et étude de la relation parturiente/étudiant

4.3.2.1. *Satisfaction générale*

Lors du travail et de l'accouchement, les femmes étaient en moyenne satisfaites à $8,5/10 \pm 1,8$ de leur accompagnement par un étudiant sage-femme. Ce résultat permet sans ambiguïté d'évoquer **une bonne satisfaction maternelle.**

Cette donnée est comparable à celle retrouvée par l'étudiante sage-femme qui a réalisé son étude au CHU de Caen en 2015 ($8,6 \pm 1,3$) (68).

Comme il a été évoqué précédemment, la satisfaction est « *une action de répondre à un besoin, à un désir* » et elle est étroitement liée à la qualité. Elle est donc subjective. De ce fait, quand il a été demandé aux femmes de mesurer leur satisfaction, elles évaluaient plus leurs perceptions des soins reçus à partir de leurs propres valeurs et besoins, que la qualité des soins reçus de manière neutre.

De plus, mesurer une satisfaction nécessite des outils adaptés. Il existe des questionnaires d'évaluation de la satisfaction en périnatalité qui sont validés scientifiquement, ce qui n'est pas le cas pour le nôtre.

Il faut savoir qu'une réponse « d'insatisfaction par rapport aux soins » ne survient que très rarement. En effet, elle apparaît lorsque la patiente a vécu une expérience de soins qu'elle perçoit et interprète comme une négligence ou une faute grave (12).

4.3.2.2. *Satisfaction selon la population*

Il a été constaté que l'âge des femmes ne modifiait pas la satisfaction de l'accompagnement par l'étudiant. Toutes les tranches d'âge étaient satisfaites à plus de 8/10.

D'après la revue de littérature, jusqu'au XVIIème siècle, les femmes qui accompagnaient les parturientes se devaient d'être mères elles-mêmes. Or, les étudiants sages-femmes ont, en moyenne, entre 19 et 25 ans et très peu sont déjà parents. D'ailleurs, seulement six étudiants sages-femmes de l'école de Clermont-Ferrand sont parents, soit 4%. Il a été retrouvé du côté des professionnels, qu'avoir déjà accouché influençait la façon de travailler (78,79). Pour autant, aucune donnée de la littérature ne montre que les femmes préféreraient être accompagnées par une sage-femme qui a déjà vécu l'expérience d'une naissance. La possibilité pour les hommes d'exercer cette profession, depuis 1982, va dans ce sens.

De ce fait, la « jeunesse » de l'étudiant et son inexpérience de la parentalité ne semblent pas perturber les accouchées de tout âge.

L'étude réalisée n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre exercer une **profession de santé** et être plus satisfaite de la prise en charge par un étudiant. Il en était de même au CHU de Caen. Cependant, l'analyse de la profession était plus poussée dans l'étude de cette étudiante sage-femme. Elle faisait préciser le métier exercé et s'était aussi intéressée aux personnes ayant réalisé une formation par alternance ou par

apprentissage (68). Il aurait été intéressant de demander directement aux personnes concernées : « *Pensez-vous que votre métier influence votre vision ?* ».

Une étude au CHU de Limoges, d'après l'analyse prototypique de Vergès, montrait que le noyau central des représentations des professionnels de santé se composait de trois mots : « apprentissage », « écoute », « **encadrement** ». Ce dernier était spécifique à cette catégorie de la population (72). Ces femmes travaillant dans le médical, ne sont pas plus ou moins satisfaites que les autres, mais leur représentation est forcément différente. On note qu'elles portent une importance particulière à l'encadrement de l'étudiant.

Etre étudiant n'a pas été retrouvé comme un facteur modulant statistiquement la satisfaction. Toutefois, seulement cinq participantes sur 125 l'étaient, cette proportion est trop faible pour conclure à un résultat.

Les **multipares** n'étaient pas plus satisfaites que les primipares de leur accompagnement. Cette donnée était aussi retrouvée au CHU de Limoges. Dans cette même étude, le noyau central des représentations des primipares était composé de deux mots « apprentissage » et « écoute » et celui des multipares seulement du mot « apprentissage » (72). Il faut donc nuancer : la satisfaction entre les multipares et primipares ne varie pas, en revanche, elles n'ont sûrement pas les mêmes attentes de la part de l'étudiant.

Le type de **suivi de grossesse** n'était pas un élément décisif dans la satisfaction de l'accompagnement par l'étudiant sage-femme. Il aurait pu paraître évident qu'être suivies au CHU permettait aux femmes de bien comprendre le fonctionnement d'une telle structure, notamment la mission de formation. Il semblerait que cette notion soit déjà acquise pour la majorité des cas (71%) du fait du terme Centre Hospitalier Universitaire.

Le fait de suivre des **cours de préparation** n'étaient pas en lien avec une meilleure satisfaction. Pourtant, il est retrouvé dans la littérature l'intérêt des cours de préparation à la naissance et la parentalité. Il est important pour les femmes d'être informées sur la prise en charge qui les attendent en salle d'accouchement, cela diminue leur stress (80,81). Mais, la place de l'étudiant n'est peut-être pas toujours abordée, voir peu souvent, lors de ces séances et justifie la faible influence retrouvée.

Il a été démontré que l'accompagnement à la naissance diffère selon si les femmes bénéficient d'une péridurale ou non (82). L'étude réalisée au CHU de Clermont-Ferrand n'a constaté aucune différence statistiquement significative entre le fait d'avoir une **analgésie péridurale** et la satisfaction de la présence d'un étudiant. Ce résultat peut être nuancé en soulignant le peu de femmes qui ont accouché sans analgésie dans notre population (n = 13).

4.3.2.3. *Une présence attendue*

La plupart des femmes (80%) avaient notion de la possibilité d'un accompagnement par un étudiant avant leur arrivée en salle de naissance. Ce taux était un peu inférieur à celui retrouvé au CHU de Caen (89,7%) (68).

Le statut de Centre Hospitalier Universitaire le justifiait principalement. De plus, le fait d'avoir accouché en présence d'un étudiant sage-femme ou d'avoir rencontré un étudiant lors de la grossesse était un vecteur de connaissance. Cette information préalable ne semblait pas liée à une meilleure satisfaction de leur prise en charge. Cependant, elle permettait aux femmes une meilleure information et une anticipation de la présence d'un étudiant. Il faut tout de même souligner que les deux groupes étant de tailles non comparables (n = 100 et n = 25) nous ne pouvons pas réellement conclure à l'inutilité de prévenir les femmes d'une telle présence.

Les professionnels auraient un rôle essentiel à jouer. En effet, la formation des étudiants au sein de l'établissement devrait être un élément abordé au cours de la grossesse. Les cours de préparation à la naissance ont notamment comme objectif « *d'expliquer le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne) et des suites de l'accouchement* » (83). Ainsi, lorsque le déroulement d'un accouchement est détaillé à une femme enceinte, il semble légitime d'aborder l'accompagnement par les professionnels, et par les étudiants.

4.3.2.4. *Accueil : première impression et présentation*

Pour établir une relation d'accompagnement, la première impression joue beaucoup. Elle va notamment déterminer la confiance qui sera accordée à autrui. Le sentiment majoritairement ressenti par les femmes, lors de la rencontre avec l'étudiant, était « fait

plaisir » (47,2%). Pour nuancer cette donnée, il semble important de souligner que bien que 27,2% d'entre elles étaient rassurées, elles étaient 33,6% à être indifférentes.

Il faut noter qu'en général la rencontre entre la femme et l'étudiant a lieu lors de son installation en salle de naissance. Les femmes sont algiques et concentrées sur la venue de leur enfant. Le simple fait qu'une personne vienne les prendre en charge, que ce soit une personne diplômée, ou non, répond à leur besoin.

Les patientes interrogées sont quasi unanimes quant à l'utilité de la présentation de l'étudiant (99%). La présentation de chacun est un élément clé pour le début d'une relation d'accompagnement de qualité.

4.3.2.5. Le consentement

En 2003, R. Druet avait retrouvé que pour 92% des patientes, le consentement quant à la présence de l'étudiant n'était pas recueilli (70). Dans son étude en 2015, Julie Gasnier retrouvait un taux à 46,6% (68). Dans sa thèse de médecine générale, Nicolas Ciabrini avait constaté qu'un patient sur trois ressentait la présence de l'étudiant lors d'une consultation comme une obligation (69).

Concernant notre étude, l'accord de la présence d'un étudiant n'a pas été recueilli pour 41,6% des participantes. Toutefois, seulement 8% d'entre elles considéraient cette présence comme imposée. Cette donnée est donc plus satisfaisante que celle retrouvée dans les autres études.

Cependant, il est important de rappeler que l'article huit de la charte de la personne hospitalisée rend obligatoire le consentement des patientes avant tout acte de formation initiale des personnels médicaux (Annexe X). L'accord préalable de cette présence n'est pas assez demandé aux patientes, la loi n'est pas respectée. Pour autant, cela ne semble pas nuire aux femmes, qui trouvent cette présence majoritairement « normale ».

4.3.2.6. La relation de confiance

L'importance de la relation de confiance entre la patiente et la sage-femme pour que la mère soit satisfaite de son accouchement a déjà été prouvée (7). Il en est donc de même entre l'étudiant sage-femme et la parturiente : plus un sentiment de confiance a pu s'installer entre les patientes et la stagiaire, plus la satisfaction des patientes est grande.

L'étude réalisée au CHU de Clermont-Ferrand et celle au CHU de Caen (68) le prouvent avec des résultats statistiquement significatifs. A la maternité de Clermont-Ferrand, 93,3% des femmes accordaient leur confiance à l'étudiant présent en salle de naissance : 52,8% de manière immédiate et 40,8% progressivement. D'après la revue de littérature, les études quantitatives de Caen et de Rennes retrouvent des taux similaires (68,70). Dans son étude qualitative, Chloé Rabou a retrouvé qu'un lien de confiance s'était établi avec l'étudiant pour tous les couples (71). Il est rare qu'une patiente n'accorde jamais sa confiance à un étudiant. Dans notre étude cela concernait, 6,4% des patientes interrogées et dans celle du CHU de Limoges, seulement 5,3% (72).

Que signifie cette confiance accordée à l'étudiant ? D'après « Le Larousse », la confiance est « *le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, c'est un sentiment d'assurance et de sécurité* ». En d'autres termes, c'est oser parler à l'autre et ne pas se sentir en danger. Ce sentiment est un vecteur majeur d'une relation d'accompagnement. D'après Béatrice Jacques, il existe quatre types de confiance au médecin, que nous pouvons extrapoler à l'étudiant sage-femme:

- La confiance dépersonnalisée : C'est une relation asymétrique. Le soignant est celui qui a le savoir et la patiente se soumet. Une faible importance est accordée au relationnel.
- La confiance totale : C'est le même rapport de soumission que le modèle précédant mais il repose sur un professionnel en particulier. Cette relation se base sur une rencontre avec un professionnel.
- La confiance processus : Elle n'est jamais acquise et doit être sans cesse réactivée par la démonstration des compétences du professionnel. Le soignant inclue le relationnel et l'empathie dans son interaction avec la patiente.
- La confiance partenariat : Elle correspond au modèle de « participation mutuelle ». Les règles sont inversées. Le soignant n'est plus un expert mais un confident avec qui les patientes parlent de leur expérience. Les femmes recherchent un cadre personnalisé (79).

Ainsi, il est difficile de connaître réellement le type de confiance accordée à l'étudiant par la patiente. Toutefois, cette confiance semblerait se gagner plus facilement en salle de naissance que dans d'autres services (consultations, suites de couches, urgences) car le temps passé avec l'étudiant est plus long (72).

4.3.2.7. *Les gestes : touchers vaginaux et accouchement*

Dans l'étude du CHU de Limoges, la pose de cathéters veineux ou encore la réfection de sutures ont été étudiées en plus du toucher vaginal et de l'accouchement. L'étudiant sage-femme avait alors retrouvé que les patientes accordaient une très bonne confiance envers les actes pratiqués par les étudiants sages-femmes en salle de naissance (72).

Les études de Dixon et Foureur et de El-Moniem et Mohamady ont retrouvé qu'une trop grande fréquence de réalisation de toucher vaginal était associée à des douleurs, de l'inconfort, une augmentation du risque d'infections et une insatisfaction maternelle (84,85). Dans l'idéal, il devrait être réalisé que lorsqu'il est nécessaire et par le moins de soignants possible (85). Avant 2017, la norme était de réaliser un toucher vaginal aux femmes en travail toutes les heures (86). Ainsi, la HAS préconise de « proposer un toucher vaginal toutes les deux à quatre heures, ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel » (10). De plus, en interrogeant les femmes, il a été retrouvé que souvent, être examinée à deux reprises pour un même examen, était perçu comme trop invasif (87,88). Ces données sont en accord avec le résultat de notre étude : les femmes étaient d'autant plus satisfaites quand l'étudiant réalisait seul le toucher vaginal.

L'analgésie est à prendre en compte dans ces réponses. Une femme sans péridurale ne tolère sûrement pas de la même manière les examens vaginaux. Ainsi, il a été retrouvé au CHU de Rennes que les étudiants avaient réalisé des touchers vaginaux que pour deux patientes sur 29 sans péridurale (70). Le trop peu de patientes concernées dans notre population ne nous permet pas de l'étudier.

Les patientes étaient d'autant plus satisfaites quand l'étudiant réalisait seul l'accouchement. Pour une grande majorité, cette participation était une évidence.

Pour un étudiant sage-femme, l'accouchement est l'aspect le plus technique de la salle de naissance, et sûrement un des plus stressants. Il ne peut pas toujours trouver sa place et se rendre utile, notamment en début de cursus. En deuxième cycle, l'étudiant réalise les gestes avec la sage-femme (accouchement dit « à quatre mains ») ou seul.

En général, quatre personnes sont présentes au moment de la naissance : le père, la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture et l'étudiant. Tout le monde ne peut pas guider la patiente en même temps. Ainsi, l'étudiant peut réaliser le geste mais la sage-femme donnera les conseils et les encouragements, ou inversement. Il est ainsi difficile de

distinguer le rôle précis de chacun pour les femmes. De plus, pour la parturiente, l'accouchement est la finalité. C'est un moment intense physiquement et émotionnellement. Elle est très concentrée sur ses efforts de poussée, sur la naissance de son enfant et peut donc faire abstraction de ce qui se passe autour. L'important, pour elle, est la naissance de son enfant.

Ces éléments peuvent expliquer le résultat suivant : 70% des femmes considéraient la participation de l'étudiant à l'accouchement comme « un fait qui ne changeait rien ».

4.3.2.8. Attitude et comportement de l'étudiant évalués par les mères

a) Disponible (77,6%)

Au CHU de Clermont-Ferrand, dans 23,4% des cas les patientes avaient plus de contact avec l'étudiant qu'avec la sage-femme. Ce chiffre est inférieur à ceux retrouvés dans d'autres études similaires. En effet, au CHU de Caen, l'étudiant était la personne avec qui la majorité des patientes avaient le plus de contact (66,4%), ainsi qu'au CHU de Rennes (73,3%). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ces études ont été réalisées au sein de Centres Hospitaliers Universitaires, qui présentent des similitudes, notamment de par leur fonction universitaire. Cependant, chaque établissement conserve son propre fonctionnement (68,70).

Outre cette comparaison entre la disponibilité de l'étudiant et celle de la sage-femme, les femmes étaient 77,6% à trouver l'étudiant disponible. Il faut souligner que la disponibilité des professionnels est un élément clé pour l'accompagnement en salle de naissance.

Nous pouvons distinguer la disponibilité des étudiants au niveau du « temps » passé auprès des femmes et la disponibilité d'être à leur écoute. En effet, l'étudiant se trouve à mi-chemin entre le statut d'expert et de novice (4). Cette ambivalence permet sûrement aux femmes un sentiment de proximité avec l'étudiant qui peut faciliter les échanges avec lui.

b) Professionnel (56,8%)

Le statut des étudiants sages-femmes de 2016 confère le statut d'agent public hospitalier aux étudiants de quatrième et cinquième années. Ils sont alors considérés comme des professionnels de santé, bien que non diplômés (42).

Il existe un contrat social entre la médecine et la société (89). Le professionnalisme est à la base de ce contrat. Dans ce sens, le Collège américain des médecins (American College of Physicians) et ses fondations, l'Association américaine de médecine interne (American Board of Internal Medicine) et ses fondations, ainsi que la Fédération européenne de médecine interne ont conjointement élaboré la « Charte internationale du professionnalisme médical ». Les grands principes du professionnalisme sont : la primauté du bien-être des patients, l'autonomie des patients et la justice. Des responsabilités professionnelles sont énumérées telles que : la compétence professionnelle, l'honnêteté, la confidentialité mais aussi les efforts collectifs visant à améliorer le système de soins. Il est possible, en grande partie, d'élargir ces notions à la profession de sage-femme (90).

Pour un étudiant sage-femme, qu'est-ce qu'être professionnel ? C'est le mélange du savoir-être et du savoir-faire (4). Dans son étude qualitative, Célia Casas a fait préciser le sens de ce terme aux patientes. Les patientes considéraient que l'étudiant avait fait preuve de professionnalisme par :

- Son attitude générale (savoir-être) : L'étudiant avait confiance en lui. Il respectait la patiente et avait une capacité à la rassurer.
- Ses gestes (savoir-faire) : L'étudiant réalisait ses gestes en respectant l'hygiène. Il s'appliquait et ne montrait pas son hésitation ou son inexpérience. Le geste se terminait, la plupart du temps, par une réussite.
- Sa capacité à communiquer : Il était capable de donner des explications complètes et spontanées, ainsi que de répondre aux questions. Ses propos étaient adaptés à la patiente, et à la situation, avec un vocabulaire approprié (73).

Il est possible que les participantes à l'étude, qui ont trouvé l'étudiant sage-femme professionnel, aient été attentives aux aspects cités ci-dessus.

c) Compétent (53,6%)

L'étudiant acquiert des compétences toute au long de sa formation. Rappelons la définition de la compétence : elle se réalise dans l'action. Elle est de l'ordre du « savoir mobiliser », du « savoir agir ». Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour être reconnu comme compétent (1). La parturiente voit l'étudiant en action. Elle ignore ses connaissances théoriques et son parcours scolaire. Toutefois, elle constate qu'il est capable de faire des gestes et de prendre des décisions à son niveau.

d) Actif (94,4%)

Nicolas Ciabrini, avait retrouvé dans sa thèse de médecine générale que les patients redoutaient un étudiant passif, qualifié alors de « voyeur » (69). Ceci est en accord avec notre résultat : plus l'étudiant était considéré comme acteur de la prise en charge des femmes, plus la satisfaction de celles-ci était grande.

Quelques commentaires, laissés en fin de questionnaire, comparaient l'étudiant sage-femme à l'étudiant en médecine (externe). La grande différence retrouvée était que l'étudiant en médecine « *venait juste voir l'accouchement* », tandis que l'étudiant sage-femme « *participait à tout* ».

e) Qualités humaines

A la question « *Quelle était l'attitude de l'étudiant ?* », les réponses possibles étaient les suivantes : sûr de lui, disponible, compétent, stressé, paniqué, perdu, inexpérimenté et professionnel.

Après l'étude des questionnaires, aucune qualité humaine n'était réellement proposée. Ainsi 12 femmes ont ajouté dans l'item « autre » des qualités personnelles (aimable, souriant, gentil) mais aussi des aptitudes à la relation (bienveillant, empathique, maternant, dévoué).

4.3.2.9. Relationnel et technique

Philippe Charrier a constaté que, pour les sages-femmes françaises, la compétence technique était exigée mais discutée, et que la compétence relationnelle était jugée indispensable. Il a alors analysé les exigences envers ces deux grands axes de compétence. Ainsi, quatre catégories de rapports à la compétence ont été observées :

- Les sages-femmes qui jugent nécessaire de combiner ces deux compétences en leur accordant un niveau d'importance similaire. Il s'agit de la part la plus significative des professionnelles (69%).
- Les sages-femmes qui accordent une faible importance aux deux compétences essentielles. Elles sont très minoritaires (2,9%) et ne peuvent être considérées comme formant un groupe significatif au sein de la profession.

- Les sages-femmes qui privilégient la compétence technique au dépend du relationnel. Ces professionnelles sont peu nombreuses mais représentent une minorité non négligeable (6,5%). Elles ont pour caractéristiques de travailler en centres hospitaliers (47 sur 52) et principalement dans le secteur public (44 sur 52 soit 84,6%).
- Les sages-femmes qui développent un rapport essentiel à la compétence relationnelle tout en minimisant la compétence technique. Cela concerne 28,1% des sages-femmes, ce qui en fait un groupe particulier (91).

Concernant les étudiants, parmi ceux qui ont accompagnés les 125 patientes de notre étude, les femmes les ont trouvés, en grande majorité, comme autant centrés sur le relationnel que sur la technique. Ce résultat concorde avec celui du CHU de Rennes , en 2003, alors que la formation des étudiants n'était pas encore réformée (70).

Chloé Rabou nuance cette affirmation retrouvée dans ses entretiens, lors de son étude menée au CHU de Toulouse. En effet, les couples citaient généralement plus facilement les aptitudes relationnelles des étudiants. Cependant, pour les 4^{ème}s et 5^{ème} années la technique prenait une place égalitaire avec le relationnel grâce à la réalisation de certains gestes, comme l'accouchement. (71). Dans notre étude, aucune distinction n'a pu être constatée selon les niveaux d'études.

Les priorités des étudiants sages-femmes sont donc les mêmes que les sages- femmes diplômées : le relationnel et la technique.

4.3.2.10. *Le sentiment de gêne*

L'analyse des résultats a révélé que l'insatisfaction maternelle était liée au sentiment de gêne. Au CHU de Clermont-Ferrand, sept patientes ont été « parfois gênées » par la présence de l'étudiant (5,6%). Cette donnée est similaire à celles retrouvées au CHU de Rennes (7,4%) et au CHU de Limoges (6,1%). Cependant, à Caen, la présence n'a gêné que 2,8% des femmes. Il est donc nécessaire de souligner que la présence d'un étudiant dérange rarement les patientes.

D'après le dictionnaire « Le Larousse », causer une gêne à quelqu'un c'est un « *désagrément ou une charge imposée par quelqu'un ou quelque chose* ». Ce terme peut donc prendre plusieurs significations :

- Gêne dans leur parole : C'est dans ce sens que la gêne était évoquée par les patients qui avaient consulté leur médecin en présence d'un étudiant en médecine. Pour 15% d'entre eux, le stagiaire était une entrave aux confidences les plus intimes (69).
- Gêne liée à l'intimité : Dans notre étude, 28,8% des femmes ont considéré que l'étudiant nuisait « un petit peu », ou « peu » à leur intimité.
- Gêne liée aux gestes réalisés : Dans 60% des cas, les touchers vaginaux étaient réalisés à deux reprises par l'étudiant et la sage-femme. L'organisation des examens du col convenait à 82% des femmes. Les autres gestes cliniques et techniques n'ont pas été évalués.

La gêne a pu donc être ressentie différemment par chacune des femmes. Au vue de la faible proportion de femmes concernées ($n = 7$), il ne semble pas possible de conclure. Il est important de se questionner sur l'expression de cette gêne, ainsi que sur le retentissement de celle-ci sur la satisfaction globale de leur accouchement.

4.3.2.11. Le binôme sage-femme / étudiant

Trois types de relations unissent l'étudiant et la sage-femme : hiérarchique, d'apprentissage et d'équipe (68). Il semblerait que les femmes de notre étude retiennent surtout la dernière. En effet, elles ont l'impression d'avoir une équipe qui s'occupe d'elles, et ce malgré qu'un des deux professionnels ne soit pas encore diplômé. Ceci est conforté par le fait que de nombreuses patientes ont considéré, qu'en présence de la sage-femme, l'étudiant restait à l'aise. La bonne relation au sein du binôme augmentait la satisfaction des femmes.

De plus, il a été analysé que lorsque l'étudiant était plus disponible que la sage-femme, la satisfaction augmentait de manière significative. Pour autant, dans la majorité des cas, le binôme était disponible de la même façon. Ainsi, c'est plutôt le fait d'avoir deux accompagnants qui augmenterait la satisfaction des femmes.

Dans les analyses qualitatives des CHU de Toulouse et de Rouen, les femmes appréciaient les explications que la sage-femme donnait à l'étudiant. En effet, cela leur permettait de mieux comprendre leur prise en charge (71,73). De même, les patients consultant leur médecin généraliste, en présence d'un étudiant, considéraient que cette

présence leur permettaient de recevoir une information plus complète (69). Toutefois, dans notre étude, les explications données à l'étudiant par la sage-femme devant la patiente avaient tendance à faire diminuer la satisfaction maternelle. Mais, cette différence n'était pas statistiquement significative. Pour autant, aucune patiente n'a répondu dans le questionnaire que les explications données à l'étudiant l'avait dérangée (question 32). La qualité de l'échange au sein de la triade sage-femme/étudiant/patiente semble être un élément important d'une bonne relation.

4.3.3. *Résultats secondaires*

4.3.3.1. *La place accordée à l'étudiant*

a) *L'étudiant : un réel acteur ?*

La majeure partie du temps, aux yeux de la patiente, l'étudiant sage-femme trouvait légitimement sa place à ses côtés : elle le considérait comme un réel acteur de sa prise en charge. Il aurait été intéressant d'analyser par quels biais il le devenait réellement. Nous pouvons supposer que c'était par :

- Ses gestes techniques ;
- Sa participation aux décisions ;
- Son utilité à certains moments : seulement cinq femmes sur 125 ont considérés que l'étudiant n'avait jamais vraiment été utile ;
- Ses explications et ses réponses aux questions : 83,2% des participantes ont posé des questions à l'étudiant. Elles le considéraient donc capable de répondre.

b) *L'étudiant : un avantage ou inconvénient ?*

Il ressortait de l'analyse des réponses que 55,2% des femmes pensaient que la présence de l'étudiant était un avantage. Ces données sont en accord avec les mémoires de Julie Gasnier et de Célia Casas qui ont démontré que la présence de l'étudiant était « un plus » (68), voire même une valeur ajoutée pour les couples (73). Pour autant, 42,2% des participantes à notre étude considéraient qu'elle ne changeait. Toutefois, cette présence n'était clairement pas un inconvénient. Il est important de discuter cette notion d'avantage.

- Un avantage pour l'étudiant : Dans le cadre de la médecine générale, les patients sont clairement favorables à la présence du stagiaire, mais elle n'est pas vécue comme un avantage médical pour eux. Toutefois, ils considèrent cela comme étant

un excellent mode d'enseignement pour l'étudiant (plus de 90%). (69) Certains commentaires laissés à la fin du questionnaire de notre étude, par les patientes, vont dans ce sens.

- Un avantage pour les patientes : Pour les patients qui consultent leur médecin généraliste, l'étudiant permet une meilleure écoute de leurs problèmes, plus d'explications et un deuxième avis (69). Pour les femmes en salle de naissance, l'étudiant leur permet : une meilleure disponibilité, plus d'explications et des gestes effectués avec une concentration particulière.
- Une présence qui ne change rien : Cette réponse peut s'expliquer par le fait que l'étudiant soit un « professionnel » comme les autres (72). Elle pourrait aussi prendre un sens plus péjoratif avec une présence inutile, toutefois ce n'est pas ce qui ressort des réponses.

4.3.3.2. *Les différences selon le niveau d'études*

a) *Connaissance des études de sage-femme*

L'étude de E. Drieux, réalisée en 2008, montrait qu'un quart de la population définissait la profession de sage-femme comme une profession médicale, et plus de 30% citait le diplôme d'infirmière comme le diplôme d'accès à la profession (92). Plus récemment, en 2011, et au sein d'une population d'étudiant en PACES, il a été retrouvé que la formation du métier de sage-femme restait partiellement méconnue (55,30% de réponses justes en moyenne) (93).

Dans notre étude, peu de femmes étaient capables d'énoncer correctement la durée des études. Cette méconnaissance de la formation retrouvée dans nos résultats semble en accord avec celle de la population en générale. De plus, peu de femmes étaient capables d'énoncer l'année d'étude de l'étudiant présent à leur accouchement. Ceci peut s'expliquer par le fait que tous les étudiants sages-femmes ne se présentent pas en précisant leur niveau d'étude. Pour autant, comme le rappelle le livret d'accueil du patient, les badges de chaque intervenant au sein du CHU permettent une bonne identification (Annexe VIII).

Il faut souligner que notre analyse s'est faite selon les niveaux d'études que nous connaissions grâce au dossier, pour autant la plupart des patientes l'ignorait.

b) L'influence du niveau d'études

Une étude concernant les étudiants en médecine, montrait que le risque des études médicales était de convertir le regard des étudiants. La vision humanitaire, pleine de morale qui existait chez beaucoup d'étudiants au début de cursus pouvait évoluer vers un détachement neutre (94). Il semblait alors intéressant de comparer le vécu des femmes de cette relation étudiant/patiente en fonction du niveau d'études des étudiants.

Les résultats de l'étude du CHU de Caen ont trouvé un lien entre la satisfaction et le niveau d'étude (68). L'analyse multivariée de notre étude ne permettait pas d'affirmer la même idée, ce qui semble étonnant. Toutefois, quelques différences ont pu être remarquées.

Une personne, qui a confiance en elle, incite plus facilement à accorder sa confiance. De plus, le premier ingrédient de la confiance en soi est l'accumulation de l'expérience (95). D'après les résultats, la confiance entre l'étudiant et la patiente s'installait plus facilement avec un étudiant de cinquième année.

Le premier cycle des études de sage-femme est consacré à l'apprentissage de la physiologie, tandis que le deuxième au diagnostic de la pathologie. Ainsi, le deuxième cycle permet un perfectionnement de la physiologie. C'est une phase de professionnalisation où l'étudiant combine les savoirs pour passer du statut de novice à celui de professionnel. C'est pourquoi notre étude a retrouvé que les patientes considéraient l'étudiant comme professionnel, plus il était avancé dans son cursus.

Pour certains aspects, le niveau d'études avait peu d'influence.

Tout d'abord, le niveau d'études ne modifiait pas la première impression des femmes. Cela met en avant que le niveau d'études est un élément auquel les femmes accordent peu d'importance.

Etre à l'aise est un élément qui fait partie du savoir-être, c'est une attitude que l'étudiant adopte. Ainsi, l'aisance n'était pas significativement liée au niveau d'étude. Le savoir-être semble acquis dès le début de la formation. On pourrait supposer que c'est un prérequis au choix de cette profession.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, peu importe leur année d'études, les étudiants étaient similairement attentifs au relationnel et à la technique.

c) L'utilité de l'étudiant selon le niveau d'études

Un étudiant « inexpérimenté » de troisième année sait se rendre utile. En effet, installer une patiente et l'accueillir s'acquière rapidement.

L'observation est la première étape de l'apprentissage (4). Ainsi, **l'accouchement** est un geste technique nécessitant d'accompagner en même temps la patiente. Cette phase d'observation est importante. C'est pourquoi, il a été retrouvé que les étudiants en début de cursus étaient moins « utiles » auprès des femmes que les cinquièmes années à ce moment précis. Rappelons que l'accouchement englobe les efforts de poussée, l'expulsion et la délivrance. Pour autant, cette distinction n'a pas été faite dans les questionnaires, ce qui a pu biaiser les résultats.

Après la naissance de l'enfant et la délivrance, l'accouchée doit bénéficier d'une surveillance clinique et paraclinique dans les deux heures qui suivent la naissance. Cette surveillance s'effectue à intervalles réguliers, adaptés à la situation clinique et aux facteurs de risque. Elle comprend la mesure du pouls, de la tension artérielle, l'évaluation des saignements et du globe utérin qui doivent être reportés dans le dossier médical (96). De plus, l'OMS recommande une mise au sein dans l'heure qui suit la naissance. Pour faciliter cet acte, les nouveau-nés doivent être placés peau contre peau avec leur mère, directement après la naissance, pendant une heure au moins (97). Les deux heures suivant la naissance sont donc fondamentales pour la sécurité maternelle et pour le démarrage de l'allaitement maternel. Il est alors important de se rendre régulièrement auprès du couple mère/enfant. Les éléments de surveillance du post-partum immédiat sont facilement réalisables par les étudiants sages-femmes, quel que soit leur niveau.

Ainsi, à chaque niveau d'études correspond une utilité plus ou moins spécifique. La plupart des étudiants ont trouvé une utilité aux yeux des femmes.

4.4. Ouvertures et projet d'action

4.4.1. Etudes à envisager

Pour réellement mesurer l'impact de la présence de l'étudiant, il semblerait judicieux de **comparer** l'accompagnement par binôme sage-femme/étudiant avec celui réalisé uniquement par une sage-femme.

L'accompagnement des femmes par un étudiant lors d'un **accouchement dystocique** pourrait aussi être étudié, mais plus difficile à mettre en place.

D'autres points de vue sur cette relation seraient intéressants, notamment, celui des **accompagnants présents en salle de naissance**.

Il serait aussi légitime d'interroger **les sages-femmes des CHU**, au sujet du recueil du consentement des patientes à propos de la présence d'un étudiant, mais aussi sur leur perception de la triade sage-femme / étudiant / parturiente.

Les CHU ont un statut particulier avec une mission de formation. De plus, les maternités de CHU sont principalement de type III, avec une activité importante. Ainsi, il serait pertinent de réaliser une étude similaire dans **un centre hospitalier non universitaire**.

Une autre possibilité serait d'étendre l'analyse de cette relation patiente – étudiant à **d'autres lieux de rencontre**. Par exemple, les patientes pourraient être interrogées lorsqu'elles ont rencontré un étudiant en consultation, aux urgences, en service d'hospitalisation de grossesse, en suites de couche, en extrahospitalier (libéral, protection maternelle et infantile).

4.4.2. Projet d'action concernant l'information aux patientes

Il paraît essentiel d'accentuer **l'information des patientes à ce sujet**. C'est pendant les consultations ou les cours de préparation à la naissance, que cela devrait être évoqué. Il est important que les professionnels expliquent aux femmes enceintes la présence éventuelle d'un étudiant à l'accouchement.

Cette information pourrait bénéficier d'un **support écrit distribué et affiché**. Pour la distribution, le moment le plus propice serait la consultation du huitième mois. Une plaquette d'information permettrait d'expliquer le rôle de chaque professionnel au

moment du travail et de l'accouchement : sage-femme, auxiliaire de puériculture, anesthésiste, gynécologue obstétricien, infirmier anesthésiste et étudiants.

CONCLUSION

La problématique de l'accompagnement par un binôme sage-femme/étudiant en salle de naissance a permis d'aborder deux grands aspects de la profession de sage-femme :

- Le premier était la singularité d'une naissance, ainsi que la nécessité d'un accompagnement de qualité en faveur des femmes.
- Le deuxième était l'organisation de la formation de sage-femme et la spécificité des stages des étudiants de cette filière.

L'intérêt de ce sujet était d'appréhender le vécu des femmes, élément central de la qualité des soins en France. Il a mis aussi en valeur le travail des étudiants, pour qui une reconnaissance serait bénéfique dans le contexte connu par les soignants.

La satisfaction des femmes, ainsi que la confiance et la place qu'elles accordent aux étudiants soulignent la qualité de leur travail. L'étudiant semble apporter un plus à l'accompagnement des femmes en salle de naissance.

Pour que la satisfaction des femmes soit optimum, il faudrait approfondir le vécu des étudiants afin d'apporter des améliorations pendant les stages. En particulier, on peut s'attacher à leur intérêt clinique, comparer leurs apports à ceux des techniques de simulation et développer les objectifs personnels de chaque étudiant. Une partie importante doit aussi être réservée au vécu émotionnel de chacun. La mise en place de groupe de parole ou d'entretien individuel pourrait le favoriser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Boterf G. De la compétence : essai sur un attracteur étrange. Paris: Les éditions d'organisation; 1994.
2. République française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. JORF n°0074 (2013).
3. Guilbert J-J. L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire ». Pédagogie Médicale. 2001;2(1):23-5.
4. Raynal F, Rieunier A. Pédagogie, dictionnaire des concepts clés : apprentissage, formation, psychologie cognitive. 10e éd. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 2014.
5. République française. Code de la santé publique - Article L6142-1. JORF (2002).
6. Pellissier J. Réflexions sur les philosophies de soins. Gérontologie Société. 2006;29(118):37-54.
7. Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement [Mémoire]. Paris : Paris Descartes. Ecole de sages-femmes; 2010.
8. WHO. Recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. WHO. 2018 [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
9. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD003766/soutien-continu-aux-femmes-pendant-laccouchement>
10. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2018 [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
11. Sandall J, Solotani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD004667/les-modeles-de-soins-continus-dispenses-par-une-sage-femme-compare-dautres-modeles-de-soins-pour>
12. Barraud L. Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance [Mémoire]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont I. Ecole de sages-femmes; 2013.
13. Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

14. CIANE. Physiologie de l'accouchement: le CIANE donne sa position [Internet]. CIANE. 2015 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur: <https://ciane.net/2015/07/physiologie-accouchement/>
15. OMS. Les soins liés à un accouchement normal [Internet]. WHO. 1997 [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/
16. Akrich M, Pasver B. Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas. Paris: Les empecheurs de penser en rond; 1996.
17. République française. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). JORF n° 235 (1998).
18. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
19. Auclair C, Gerbaud L, Venditelli F. Directive qualité : Indicateurs qualité en maternité. CNGOF; 2016.
20. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. Sociol Société. 2007;39(1):123-44.
21. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Paris: Armand Colin; 2013.
22. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Paris: Direction générale de la santé; 2017 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
23. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ? [Mémoire]. Caen : Ecole de sages-femmes; 2012.
24. Cesbron P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. Paris: Albin Michel; 2004.
25. Morel M-F. Naître en France : histoire de la naissance en France (XVIIe - XXe siècle). ADSP. 2008 2007;(61-62):22-8.
26. Jacques B. L'expérience de la maternité sous influence médicale. Face À Face [Internet]. 2000 [cité 10 juin 2017];(2). Disponible sur: <http://faceaface.revues.org/551>
27. Knibiehler Y. Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. Mayenne: ENSP; 2007.

28. Baillot A, Evain F. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. *J Gest Économie Médicales*. 2013;31(6):333–347.
29. Montazeau O. L'industrialisation de la naissance. *Spirale*. 2010;(54):91-111.
30. Coulm B, Blondel B. Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. *Etudes Résultats*. 2014;(897):1-4.
31. Penpenic B, Savary R. La complexité de l'environnement en salle de naissance en milieu hospitalier : revue de littérature [Mémoire]. Lausanne : Haute Ecole de Santé Vaud; 2012.
32. Dutriaux N. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? *Rev Sage-Femme*. 2016;15(1):1-2.
33. Beauvalet-Boutouyrie S. *Naitre à l'hôpital au XIX ème siècle*. Paris: Belin; 1999.
34. Desnoyer M. Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage [Mémoire]. Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne. Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand.; 2012.
35. République française. Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. *JORF n° 0009 (2017)*.
36. Jakoubovitch S, Hini E. Le parcours des étudiants en école de sage-femme. *Etudes Résultats*. 2011;(768):1-8.
37. Association Nationale Des Etudiants Sage-Femme. Les passerelles [Internet]. ANESF. [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: http://anesf.com/wp/?page_id=5854
38. République française. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. *JORF n°0184 (2011)*.
39. République française. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master. *JORF n°0291 (2014)*.
40. Association Nationale Des Etudiants Sage-Femme. Intégration universitaire [Internet]. ANESF. [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: http://anesf.com/wp/?page_id=598
41. Leymarie M-C. Intégration universitaire des écoles de sages-femmes. *Rev Sage-Femme*. 2010;9(4):211-8.
42. République française. Décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieux hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique [Internet].

JORF n°0236 (2016). Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/7/AFSH1621871D/jo/texte>

43. Crahay M. Psychologie de l'éducation. PUF. Paris; 1999.
44. Caillot M. Compétences spécifiques et compétences transversales : un état de la question en didactique et en psychologie cognitive. Argos. 2004;(35):36.
45. Vaast I. L'accompagnement des étudiants par l'enseignant sage-femme : le juste équilibre d'une démarche singulière. *Vocat Sage-Femme*. 2014;(107):21-5.
46. République française. Article R4127-304. Code de la santé publique (2012).
47. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2005;6(2):98-111.
48. Hughes AJ, Fraser DM. « There are guiding hands and there are controlling hands »: Student midwives experience of mentorship in the UK. *Midwifery*. 2011;27(4):477-83.
49. Chamberlain M. Challenges of clinical learning for student midwives. *Midwifery*. 1997;13(2):85-91.
50. Magnan G. Jamais la première fois sur le patient. *Prof Sage-Femme*. 2013;(188):16-20.
51. HAS. Simulation en santé [Internet]. 2015 [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
52. Vermeulen J, Beeckman K, De Clercq G, Vandelannoote I, Gucciardo L, Laubach M, et al. Inter-professional Perinatal Simulation training : a valuable educational model to improve competencies amongst student midwives in Brussels, Belgium. *Midwifery*. 2016;33:49-51.
53. Pelloux S, Douzet C, Lechopier N, Goffette J. Développement des compétences relationnelles des étudiants en médecine par les jeux de rôle : s'affranchir des savoirs et savoir-faire pour travailler le savoir-être. In: 29^{ème} congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire (AIPU) [Internet]. Lausanne: Université de Lausanne; 2016 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01521835/>
54. Luigi F. Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. In: Congrès Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF) [Internet]. Montpellier: Association des enseignants et chercheurs en sciences de l'éducation; 2013 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.aref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/2922-le-patient-formateur-un-nouveau-m%C3%A9tier-de-la-sant%C3%A9-pour-accompagner-un-nouveau-paradigm>
55. Vallejo M-C. Une approche philosophique du soin : l'éthique au coeur des petites choses. Toulouse: Erès; 2014.

56. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 2006;190(9):1999-2011.
57. Beck V. Le toucher en salle de naissance : un enjeu relationnel. Nancy : Henry Poincaré nancy I, école de sages-femmes de Metz; 2013.
58. Psiuk T. L'espace intime du soin. Rech Soins Infirm. 2008;(93):14-6.
59. Richard-Guerroudj N. Soignant- soigné, une relation à humaniser. Prof Sage-Femme. 2010;(136):36-8.
60. Hesbeen W. Le caring est-il prendre soin ? Perspect Soignantes. 1999;(4):1-20.
61. Chatel T. Ethique du "prendre soin" : sollicitude, care, accompagnement. In: Hirsch E, éditeur. Traité de bioéthique. Toulouse: Erès; 2010. p. 84-94.
62. Arnal M. Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. Genre Sex Société [Internet]. 2016 [cité 10 juin 2017];(16). Disponible sur: <https://gss.revues.org/3870>
63. Adet A. Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance chez des femmes primipare. Paris : Paris Descartes, Ecole de sages-femmes de Paris Baudeloque; 2016.
64. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience : a longitudinal cohort study. Women Birth. 2017;30(6):450-9.
65. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008;(660):1-6.
66. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. Midwifery. 1 déc 2017;55:103-12.
67. Laforest M. La stagiaire sage-femme devant sa cliente : un double rapport au savoir. Lidil. 2011;(43):27-40.
68. Gasnier J. La relation patient-étudiant : accueil et perception de l'étudiant sage-femme par les patientes au CHU de Caen [Mémoire]. Caen : Ecole de sages-femmes; 2015.
69. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? [Thèse]. Paris : Université Pierre et Marie Curie; 2002.
70. Druet R. Perception du rôle des étudiants sages-femmes en salle d'accouchement [Mémoire]. Rennes : Université de Rennes 1. Ecole de sages-femmes; 2003.
71. Rabou C. La perception des étudiants sages-femmes par les couples en salle de naissance [Mémoire]. Toulouse : Université Paul Sabatier. Ecole de sages-femmes; 2013.

72. Leonce C. Les étudiants sages-femmes vus par les patientes [Mémoire]. Limoges : Hôpital du Cluzeau. Ecole de sages-femmes; 2016.
73. Casas C. L'étudiant sage-femme en salle de naissance : une valeur ajoutée pour les couples ? [Mémoire]. Rouen : Université de Rouen. Ecole de sages-femmes; 2015.
74. Association nationale des étudiants sages-femmes. Étude sur le bien-être des étudiants sages-femmes / maïeuticiens. 2011.
75. HAS. Fiche mémo : Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out). 2017.
76. HAS. Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France [Internet]. Paris; 2016 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/dossier_de_presse_satisfaction_des_patients_hospitalises_et_resultats_2016_qualite_et_securite_des_soins_dans_les_hopitaux_e.pdf
77. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017 [Internet]. 2018 [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
78. Wennagel E. Grossesse, accouchement et post-partum des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens. Grenoble : Université Joseph Fourier , Ecole de sages-femmes de Grenoble; 2006.
79. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Partage du savoir; 2007.
80. Cassard A-L. La préparation à la naissance et à la parentalité : répond-elle vraiment aux attentes des femmes ? [Mémoire]. Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne, Clermont 1, Ecole de sages-femmes; 2016.
81. Michaud A, Gallant S. La préparation à la naissance: une activité utile? *Hebamme.ch*. 2009;36-7.
82. Robin V. L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ? Enquête prospective auprès de 130 femmes de Normandie. Rouen : Centre Hospitalier de Rouen , département des études de sages-femmes; 2011.
83. HAS. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
84. Dixon L, Foureur M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *N Z Coll Midwives*. 2010;(42):21-6.
85. El-Moniem E, Mohamady S. Effect of vaginal examination frequency practice during normal childbirth on psychophysical condition of women. *IOSR*. 2016;5(6):36-44.

86. Guidez M. Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique. Paris : Paris Descartes, Ecole de sages-femmes de Paris Baudeloque; 2016.
87. Millet A, Magnin G, Desurmont S. La pudeur en salle de naissance: ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical. Rev Méd Périnat. 2009;1(4):193-9.
88. Nicol C. Naissance et intimité, regard des femmes en salle d'accouchement [Mémoire]. Lyon : Université Claude Bernard. Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse; 2013.
89. Cruess S, Cruess R. Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ. 2000;(162):668-9.
90. Sereni D. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. Pédagogie Médicale. févr 2004;5(1):43-5.
91. Charrier P. Les sages-femmes en France : synthèse [Internet]. Lyon: Centre Max Weber, Université de Lyon; 2011 [cité 13 mars 2018] p. 13. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00553654/document>
92. Drieux E. Sage-femme, qui es-tu ? : Connaissances de la profession de sage-femme par les femmes en âge de procréer [Mémoire]. Clermont-Ferrand : Université Clermont I, Ecole de sages-femmes; 2008.
93. Le Berre A. Étudiants en première année des études de santé : éléments recherchés pour leur future profession et connaissance de la profession de sage-femme. Grenoble : Université Joseph Fourier , Ecole de sages-femmes de Grenoble; 2011.
94. Micoulaud-Franchi J-A. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». Pédagogie Médicale. 2010;11(3):187-96.
95. Garneau J. La confiance en soi. Lett Psy [Internet]. 1999 [cité 28 mars 2018];3(2). Disponible sur: <http://www.redpsy.com/infopsy/confiance.html>
96. HAS. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat [Internet]. 2017 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/fiche_descriptive_pphpp_vf.pdf
97. WHO. Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding [Internet]. WHO. 2018 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/fr/

LISTES DES ANNEXES

- Annexe I** Chartre de la personne hospitalisée : principes généraux et extrait de l'article 4
- Annexe II** Définition du bas risque en fin de grossesse selon le CNGOF
- Annexe III** La répartition des unités d'enseignement des études de maïeutique selon (d'après l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme)
- Annexe IV** Exemple d'organisation de l'alternance stage/cours à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour l'année 2017-2018
- Annexe V** La répartition des stages dans la formation de sage-femme (d'après l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme)
- Annexe VI** La répartition des stages en salle de naissance lors des études de sages-femmes : exemple type à l'école de Clermont-Ferrand
- Annexe VII** Les objectifs de stage en salle de naissance : extrait de l'Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme
- Annexe VIII** Extraits du livret d'accueil du patient hospitalisé au CHU de Clermont-Ferrand (Octobre 2017)
- Annexe IX** Informations retrouvées sur le site du CHU de Clermont-Ferrand à propos de la présentation de l'établissement
- Annexe X** Article 8 de la charte de la personne hospitalisée
- Annexe XI** Outils de recueil des données : le questionnaire de l'étude
- Annexe XII** Lettre d'information distribuée aux patientes

ANNEXE I – Charte de la personne hospitalisée : principes généraux et extrait de l'article 4

Principes généraux de la charte de la personne hospitalisée

- 1) Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 2) Les établissements de santé garantissent la **qualité** de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 3) **L'information** donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 4) Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé** du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 5) Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 6) Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 7) La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 8) La personne hospitalisée est **traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

- 9) Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 10) La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations** de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 11) La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit **d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Extrait de l'article 4 de la charte de la personne hospitalisée

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec **son consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il **doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

ANNEXE II - Définition du bas risque en fin de grossesse selon le CNGOF

Définition du bas risque en fin de grossesse

Femme à bas risque en fin de grossesse

- A bas risque initial
- A bas risque en cours de grossesse
- Sans obstacle prævia
- Fœtus en présentation céphalique

Femme à bas risque initial à la première consultation

- Age > 18 ans et < 35 ans
- Sans antécédent médical interférant avec la grossesse
- Sans antécédent de prématurité, mort-né, mort néonatale
- Grossesse unique
- Sans utérus cicatriciel

Femme à bas risque en cours de grossesse

- A bas risque initial et sans pathologie de la grossesse
- Ni menace d'accouchement prématuré
- Ni hypertension artérielle
- Ni diabète
- Ni anomalie du liquide amniotique
- Ni anomalie de croissance utérine

Source : Auclair C, Gerbaud L, Venditelli F. *Directive qualité : Indicateurs qualité en maternité. CNGOF; 2016.*

**ANNEXE III - La répartition des unités d'enseignement des études de maïeutique
(d'après l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme
d'Etat de sage-femme)**

UE	Nombre d'ECTS*
Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale	14 à 16
Néonatalogie, pédiatrie	6 à 10
Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation	4 à 8
Pharmacologie	2 à 4
Santé publique	4 à 6
Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère	6 à 8
Recherche	2 à 4
Clinique	48 à 68
Mémoire	4 à 6

*ECTS : « European Credit Transfer Scale », système européen de transfert et d'accumulation de crédits

Annexe IV – Exemple d’organisation de l’alternance stage/cours à l’école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour l’année 2017-2018

Semaines	PERIODES	2 ^{ème} année	Sem	3 ^{ème} année	Sem	4 ^{ème} année	Sem	5 ^{ème} année
36	04/09/2017 au 10/09/2017			C1		C1		C1
37	11/09/2017 au 17/09/2017	C1		C2		S1		C2
38	18/09/2017 au 24/09/2017	C2		C3		S2		C3
39	25/09/2017 au 1er/10/2017	C3		C4		S3		C4
40	02/10/2017 au 08/10/2017	C4		S1		S4		C5
41	09/10/2017 au 15/10/2017	C5		S2		C2		C6
42	16/10/2017 au 22/10/2017	C6		S3		C3		C7
43	23/10/2017 au 29/10/2017	C7		S4		C4		S1
44	30/10/2017 au 05/11/2017	C8		C5		S5		S2
45	06/11/2017 au 12/11/2017	C9	SEMESTRE	C6	SEMESTRE	S6	SEMESTRE 1	S3
46	13/11/2017 au 19/11/2017	C10		C7		S7		S4
47	20/11/2017 au 26/11/2017	C11		C8		S8		C8
48	27/11/2017 au 03/12/2017	C12		S5		C5		C9
49	04/12/2017 au 10/12/2017	C13		S6		C6		C10
50	11/12/2017 au 17/12/2017	C14		S7		C7		R
51	18/12/2017 au 24/12/2017	R15		S8		C8		R-P
52	25/12/2017 au 31/12/2017	V1		V1		V1		V1
1	01/01/2018 au 07/01/2018	V2		V2		V2		V2
2	08/01/2018 au 14/01/2018	P16		R-P 9		S9		S5
3	15/01/2018 au 21/01/2018	C17	C10	S10	S6			
4	22/01/2018 au 28/01/2018	C18	C11	S11	S7			
5	29/01/2018 au 04/02/2018	C19	C12	S12	S8			
6	05/02/2018 au 11/02/2018	C20	C13	R-P 9	S9			
7	12/02/2018 au 18/02/2018	C21	S9	C9	S10			
8	19/02/2018 au 25/02/2018	C22	S10	C10	S11			
9	26/02/2018 au 04/03/2018	C23	S11	C11	S12			

Semaines	PERIODES	2 ^{ème} année	Sem	3 ^{ème} année	Sem	4 ^{ème} année	Sem	5 ^{ème} année
10	05/03/2018 au 11/03/2018	C24	SEMESTRE 4	S12	SEMESTRE 6	C12	SEMESTRE 2	S13
11	12/03/2018 au 18/03/2018	C25		S13		C13		S14
12	19/03/2018 au 25/03/2018	C26		S14		C14		V3
13	26/03/2018 au 01/04/2018	C27		S15		C15		V4
14	02/04/2018 au 08/04/2018	C28		S16		V3		S15
15	09/04/2018 au 15/04/2018	V3		V3		V4		S16
16	16/04/2018 au 22/04/2018	V4		V4		S14		S17
17	23/04/2018 au 29/04/2018	R 29		C14		S15		S18
18	30/04/2018 au 06/05/2018	P 30		C15		S16		S19
19	07/05/2018 au 13/05/2018	C 31		R-P 16		S17		S20
20	14/05/2018 au 20/05/2018	8S + 8V	8 S + 8 V	R-P 16	S21			
21	21/05/2018 au 27/05/2018				S22			
22	28/05/2018 au 03/06/2018			10S + 5V	CSCT			
23	04/06/2018 au 10/06/2018				S23			
24	11/06/2018 au 17/06/2018				S24			
25	18/06/2018 au 24/06/2018				S25			
26	25/06/2018 au 01/07/2018				S26			
27	02/07/2018 au 08/07/2018				V5			
28	09/07/2018 au 15/07/2018							
29	16/07/2018 au 22/07/2018							
30	23/07/2018 au 29/07/2018							
31	30/07/2018 au 05/08/2018							
32	06/08/2018 au 12/08/2018							
33	13/08/2018 au 19/08/2018							
34	20/08/2018 au 26/08/2018							
35	27/08/2018 au 02/09/2018							
version 10-04-2017		S ou V Stage ou Vacances		C COURS		V VACANCES		Révisions - Partiels

ANNEXE V – La répartition des stages dans la formation de sage-femme (d’après l’arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme)

	Nombre d’ECTS*	Contenu de stage	Terrain de stage
Suivi prénatal	12 à 16	Consultations prénatales ; Surveillance de grossesses à haut risque ; Préparation à la naissance et à la parentalité.	Stages hospitaliers et extrahospitaliers : en établissement de santé public ou privé (structures de consultations prénatales (CNP), services de grossesse à haut risque (GHR), centre d'assistance médicale à la procréation, centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDN), etc.) Cabinets libéraux, maisons de santé, hospitalisation à domicile (HAD), espaces territoriaux.
Suivi prénatal	20 à 24	Pratique d'un accouchement eutocique ; Accueil d'un nouveau-né eutrophique à terme ; Suivi d'un accouchement à risque ou pathologique et ses suites immédiates ; Accueil d'un nouveau-né malade.	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (salles de naissances, bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle, urgences obstétricales, réanimation, service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), etc.).
Suivi post-natal	8 à 14	Suites de couches physiologiques ; Nouveau-nés ; Nourrissons ; Suites de couches pathologiques ; Nouveau-né malade.	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (suites de couches mère et enfant, unité mère-enfant, néonatalogie, unité psychiatrique, consultation post-natale et néonatale, etc.) Cabinet libéral, maison de santé, HAD, espaces territoriaux.
Planification, surveillance gynécologique	8 à 14	Consultation de contraception ; Prévention des IST ; IVG ; Suivi gynécologique de prévention.	Centre de planification conjugale et familiale ; Centre d'orthogénie ; Cabinet libéral ; Établissement public ou privé de santé : consultation, espace territorial.

*1 ECTS = 30 heures

ANNEXE VI – Répartition des stages en salle de naissance lors des études de sages-femmes : exemple à l'école de Clermont-Ferrand

2 ^{ème} année	2 semaines (peu importe le type de maternité) = 6 gardes
3 ^{ème} année	12 semaines (peu importe le type de maternité) = 36 gardes
2 ^{ème} cycle (4 ^{ème} et 5 ^{ème} année)	18 semaines (maternité selon le parcours choisi*) = 54 gardes
TOTAL	32 semaines = 96 gardes

*** Cycle 2 : si l'étudiant a choisi le parcours maternité de type I et II**

4 ^{ème} année	4 semaines (type I et/ou II) 4 semaines (type III)
5 ^{ème} année	2 semaines (type III) 8 semaines (type I et/ou II)

*** Cycle 2 : si l'étudiant a choisi le parcours maternité de type III**

4 ^{ème} année	8 semaines (type I et/ou II)
5 ^{ème} année	2 semaines (type I et/ou II) 8 semaines (type III)

*** Cycle 2 : si l'étudiant a choisi le parcours libéral**

4 ^{ème} année	8 semaines (type I et/ou II) 6 semaines (type III)
5 ^{ème} année	2 semaines (type III) 2 semaines (peu importe le type)

ANNEXE VII – Les objectifs de stage en salle de naissance : extrait de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

La formation clinique a pour finalité :

- Le développement des compétences fondamentales nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme ;
- L'acquisition des compétences spécifiques et transversales décrites dans le référentiel métier et compétences de sage-femme ;
- La maîtrise du raisonnement clinique ;
- La mise en relation et la cohérence entre les enseignements dispensés et les stages ;
- L'ouverture vers les différents modes d'exercice de la sage-femme ;
- La réalisation du projet professionnel de chaque étudiant.

Les objectifs personnels de l'étudiant sont liés à son apprentissage et à son projet professionnel. Ils font l'objet d'une concertation avec l'équipe enseignante et doivent être connus par le référent, maître et/ou tuteur de stage afin de faciliter leur réalisation.

Le référentiel métier et compétences de sage-femme intègre les compétences requises à l'issue de la formation initiale décrites ci-dessous.

Référentiel de compétences

Huit situations types décrivent des situations clés de la pratique clinique de la sage-femme et authentifient les valeurs professionnelles qui leur donnent sens. Elles mettent les principales compétences en exergue, à savoir, la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation. Les situations types retenues ne sont pas exhaustives, mais sont particulièrement représentatives de l'exercice de cette profession. Elles ont été retenues car elles remplissent les critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier de sage-femme ;
- Représenter une variété suffisante de situations devant être maîtrisées par tout professionnel compétent ;
- Intégrer un aspect de gestion des risques ou de sécurité des soins.

À l'issue de la formation, l'étudiant est compétent pour :

(...)

4. Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites

- En évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant ;
- En évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente ;
- En élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque ;
- En respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente ;
- En consultant tous les éléments du dossier ;
- En veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence ;
- En décidant l'admission éventuelle ;

- En assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement ;
- En aidant la femme à gérer la douleur ;
- En prenant des décisions adaptées à la situation ;
- En accueillant et examinant le nouveau-né ;
- En prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de post-partum immédiat ;
- En réalisant le diagnostic des lésions périnéales et des plaies vaginales ;
- En pratiquant la suture de ces lésions sous anesthésie locale, lorsque celles-ci ne sont pas compliquées, en particulier en cas d'atteintes sphinctériennes ;
- En rédigeant le dossier médical et en participant à l'information du dossier médical personnel.

5. Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post-partum immédiat)

Source : *site internet légifrance*

ANNEXE VIII – Extraits du livret d'accueil du patient hospitalisé au CHU de Clermont-Ferrand (Octobre 2017)

Extrait du mot de la direction (page 6)

Madame, Monsieur,

Vous êtes aujourd'hui accueilli(e) au Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand. Votre état de santé s'avère au cœur des préoccupations de tous les hospitaliers qui travaillent au CHU. La communauté hospitalière met tout en oeuvre pour que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Vous entrez dans un établissement public de santé qui a une **triple dimension : le soin, l'enseignement et la recherche**, au bénéfice de chaque prise en charge des patients. (...)

Extrait du chapitre « votre séjour » ; partie « le personnel qui vous entoure » (pages 39 et 40)

L'équipe médicale est dirigée par le chef de pôle assisté de plusieurs médecins, praticiens hospitalo-universitaires (PUPH), ou praticiens hospitaliers (PH), assistants (AHU), chef de clinique (CC-AH), médecins attachés, assistants, internes, sages-femmes (à la maternité). Vous rencontrerez aussi **des étudiants venant se former au CHU dans le cadre de nos missions universitaires**. (...) Vous pouvez **repérer les professionnels de santé** grâce à leur **blouse marquée de leur nom et de leur fonction** ou à des **badges** permettant de les identifier.

ANNEXE IX - Informations retrouvées sur le site du CHU de Clermont-Ferrand à propos de la présentation de l'établissement

Dans chaque service, on retrouve plusieurs catégories de personnels :

- Des médecins (professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences universitaires (MCU), praticiens hospitaliers (PH), - praticiens hospitaliers (MCU-PH), chefs de cliniques des universités - assistants des hôpitaux (CC-AH) et des internes.
- Des soignants : cadres de santé, infirmier(e)s diplômé(e)s d'État (IDE), aides-soignant(e)s ;
- Des paramédicaux : psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, kinésithérapeutes ;
- Des personnels administratifs et techniques.

Les missions

- C'est un hôpital universitaire qui a une mission d'**enseignement**, avec la formation initiale des médecins.
Le CHU de Clermont-Ferrand est ainsi lié à l'Université Clermont I dans les filières de médecine, de pharmacie et de chirurgie dentaire. Dès la troisième année universitaire, les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie effectuent des stages dans les services des hôpitaux du CHU.
- C'est un acteur de la **recherche**.
Les médecins du CHU sont aussi des chercheurs. La recherche au CHU est gérée par la Délégation à la Recherche et à l'Innovation, la DRCI.
- Le CHU intervient aussi dans le domaine de la **formation**, avec 10 écoles et instituts de formation :
 - Institut de formation d'ambulanciers (IFA)
 - Institut de formation des auxiliaires de puériculture (IFAP)
 - Institut de formation des aides-soignants (IFAS)
 - Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)
 - Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMEM)
 - **École de sages-femmes (ESF)**
 - École de puéricultrice(teur) (EP)
 - École d'infirmiers anesthésiste (EIA)
 - École d'infirmiers de bloc opératoire (EIBO)
 - Institut de formation des cadres de santé (IFCS)

ANNEXE X – Article 8 de la charte de la personne hospitalisée

La personne hospitalisée est traitée avec égards et respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier.

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...). Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil. Il organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.

Vécu de l'accompagnement par une étudiante sage-femme lors du travail et de l'accouchement

Madame,

Vous venez récemment d'accoucher au CHU Estaing. Comme vous avez pu le constater cet hôpital est un lieu de stage pour de nombreux étudiants en santé.. Ainsi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je réalise une enquête sur **le vécu des femmes prises en charge par une étudiante sage-femme en salle de naissance**.

Voici quelques consignes afin d'utiliser au mieux ce questionnaire:

- J'utilise le mot étudiant au féminin car actuellement, il n'y a pas d'homme étudiant sage-femme en stage dans cet établissement.
- Il est important que vous répondiez à **toutes les questions**, essayez d'être le **plus spontanée** possible.
- Ce questionnaire se divise en 4 parties et comporte 39 questions courtes, il vous suffit de cocher la ou les cases correspondant à votre ou vos réponse(s).
- Beaucoup de questions ont **PLUSIEURS réponses possibles**, elles sont marquées d'une astérix (*)
- Le temps nécessaire est d'environ **10-15 minutes**.
- Bien évidemment ces réponses seront traitées de manière **anonyme et confidentielle**.
- Si jamais vous avez rencontré plusieurs étudiantes en salle de naissance, alors je vous demande de remplir ce questionnaire en **tenant compte de l'étudiante qui était présente au moment de la naissance de votre enfant**.

N'hésitez pas à exprimer votre ressenti réel. Vos réponses, ainsi que celles des autres mères, aideront aussi bien les étudiantes que les professionnels à améliorer leurs pratiques. Je vous remercie vivement pour votre participation si précieuse.

Emilie REBILLON

Généralités

1. **Quel âge avez-vous ?**

- Entre 18 et 25 ans Entre 25 et 35 ans Plus de 35 ans

2. **Quelle est votre profession ?**

- Agricultrice exploitante
 Artisane, commerçante ou chef d'entreprise
 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire (institutrice, fonctionnaire, employée administratif ...)
 Employée
 Ouvrière
 Sans profession
 Etudiante

3. **Travaillez-vous dans le domaine de la santé ?**

- OUI
 NON

4. **Avez-vous déjà accouché avant cet enfant ?**

- NON, vous n'avez jamais accouché
 OUI, vous avez déjà accouché par voie basse (précisez le nombre :)
 OUI, vous avez déjà eu une césarienne (précisez le nombre :)

5. Si vous avez déjà accouché (*si non passez à la question suivante*)

Lors de votre (votre) accouchement(s) précédent(s), une étudiante sage-femme était-elle présente ?

- OUI, à tous vos accouchements
 OUI, mais pas à tous vos accouchements
 NON
 Vous ne vous souvenez plus

6. **Qui a réalisé le suivi de cette grossesse ? (*)**

- Un ou des professionnel(s) du CHU Estaing (sage-femme, gynécologue...)
 Une sage-femme libérale
 Un gynécologue en ville
 Votre médecin traitant
 Vous n'avez pas été suivie
 Autre(s)
professionnel(s) :

Lors de cette grossesse (questions 7 à 10)

7. **Avez-vous été hospitalisée au CHU Estaing ?**

- OUI (précisez le nombre de fois et la durée)
 NON

8. **Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?**

- OUI
- NON

9. **Avez-vous déjà rencontré une étudiante sage-femme?**

- OUI (Préciser à quel(s) endroit(s).....)
- NON

10. **Avez-vous établi un « projet de naissance » ?** (*document où étaient écrits les souhaits pour la naissance*)

- OUI
- NON

11. **Si oui, avez-vous évoqué la présence d'une étudiante sage-femme ?** (*si non, passez à la question 12*)

- OUI, j'étais défavorable à cette présence
- OUI, j'étais favorable à cette présence
- NON, je n'ai pas abordé ce sujet dans mon projet de naissance
- Autre
-

Lors de cet accouchement (questions 12 et 13)

12. **Etiez-vous accompagnée par quelqu'un de votre entourage en salle de naissance ?**

- OUI
- NON

13. **Avez-vous bénéficié d'une péridurale ?**

- OUI
- NON

A propos de l'étudiante sage-femme

14. Avant votre arrivée en salle de naissance, pensiez-vous pouvoir être prise en charge par une étudiante sage-femme en venant accoucher au CHU Estaing ? (*)

OUI car

<input type="checkbox"/>	J'ai déjà accouché en présence d'une étudiante sage-femme
<input type="checkbox"/>	Un professionnel de santé m'avait prévenue
<input type="checkbox"/>	Une amie / connaissance / membre de ma famille m'avait prévenue
<input type="checkbox"/>	J'ai rencontré une ou plusieurs étudiantes pendant ma grossesse
<input type="checkbox"/>	C'est un centre hospitalier universitaire (CHU) et cela me paraissait évident
<input type="checkbox"/>	J'ai reçu l'informations par le CHU (internet, livret d'accueil)

NON car

<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas reçu d'information mais j'aurais beaucoup aimé le savoir
<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas reçu d'information mais je n'aurais pas spécialement voulu le savoir
<input type="checkbox"/>	Autre

15. A propos de votre rencontre avec l'étudiante, sa présence vous a : (*)

- Rassurée Etonnée Gênée
 Fait plaisir Laissée indifférente Inquiétée
 Autre(s) émotion(s)
ressenties.....

16. A propos de la présentation de l'étudiante :

- L'étudiante s'est présentée elle-même
 La sage-femme vous a présentée l'étudiante
 Elle n'a pas été présentée
 Vous ne vous souvenez plus

17. Si la présentation a eu lieu, pour vous elle a été :

- Utile
 Inutile

18. Avez-vous retenu en quelle année l'étudiante était ?

- OUI, elle était en ème année
 NON

19. Connaissez-vous la durée des études de sage-femme ?

- OUI, il me semble que c'est ans
 NON

20. Vous a-t-on demandé votre accord pour la présence de l'étudiante ?

- OUI
 NON
 Vous ne vous souvenez plus

21. **Comment qualifieriez-vous la présence de l'étudiante ? (*)**

- Plutôt imposée
- Plutôt consentie
- Normale
- Anormale

22. **A propos de l'attitude de l'étudiante, la plupart du temps, elle était plutôt (*) :**

<input type="checkbox"/> Sûre d'elle	<input type="checkbox"/> Disponible	<input type="checkbox"/> Compétente
<input type="checkbox"/> Stressée	<input type="checkbox"/> Paniquée	<input type="checkbox"/> Perdue
<input type="checkbox"/> Inexpérimentée	<input type="checkbox"/> Professionnelle	
<input type="checkbox"/> A l'aise avec vous		
<input type="checkbox"/> Mal à l'aise avec vous		
<input type="checkbox"/> Active		
<input type="checkbox"/> Passive		

Autre(s) attitude(s)

23. **Quand vous en avez ressenti le besoin, vous est-il arrivé de poser des questions à l'étudiante ?**

- OUI
- NON

24. **Au moment d'examiner le col :**

- L'étudiante et la sage-femme vous examinaient toutes les deux à chaque fois
- Seule l'étudiante vous examinait la plupart du temps
- Seule la sage-femme vous examinait la plupart du temps
- Vous ne vous souvenez plus

25. **Cela vous convenait-il ?**

- OUI, parfaitement
- Plus ou moins
- NON, pas du tout
- Vous ne pouvez pas répondre car vous ne vous souvenez plus

26. **Pensez-vous que la présence de l'étudiante nuise à votre intimité ?**

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

27. **Qui a réalisé l'accouchement ?**

- La sage-femme
- L'étudiante sage-femme
- Les deux
- Vous ne savez pas le dire

28. Si l'étudiante a participé ou a réalisé l'accouchement : (*)

<input type="checkbox"/> On vous a demandé votre accord avant
<input type="checkbox"/> On ne vous a pas demandé votre accord avant
<input type="checkbox"/> Cela vous paraissait évident
<input type="checkbox"/> Vous ne vous y attendiez pas
<input type="checkbox"/> Vous ne vouliez pas que l'étudiante réalise ou participe à la naissance
<input type="checkbox"/> Vous vouliez que l'étudiante réalise ou participe à la naissance
<input type="checkbox"/> Pour vous, cela ne changeait rien

A propos du binôme sage-femme / étudiante

29. A propos de la disponibilité :

- L'étudiante était plus disponible que la sage-femme
- L'étudiante était moins disponible que la sage-femme
- Elles étaient autant disponibles l'une que l'autre

30. Quand la sage-femme n'était pas là, avez-vous senti un changement de comportement de la part de l'étudiante ?

- OUI, elle était plus à l'aise
- OUI, elle était moins à l'aise
- NON, elle avait la même attitude qu'en présence de la sage-femme
- Vous ne savez pas le dire

31. A propos de l'encadrement de l'étudiante par la sage-femme (*)

<input type="checkbox"/> L'étudiante semblait bien prise en charge par la sage-femme
<input type="checkbox"/> La sage-femme expliquait des choses à l'étudiante
<input type="checkbox"/> La sage-femme donnait des ordres à l'étudiante
<input type="checkbox"/> La sage-femme ne laissait pas faire l'étudiante
<input type="checkbox"/> L'étudiante semblait livrée à elle-même
<input type="checkbox"/> Elles travaillaient en équipe
<input type="checkbox"/> La sage-femme et l'étudiante semblaient avoir une bonne relation
<input type="checkbox"/> Vous sentiez une tension entre la sage-femme et l'étudiante
<input type="checkbox"/> Vous ne vous êtes pas rendu compte

32. La sage-femme a-t-elle donné des explications à l'étudiante devant vous ?

- OUI Cela vous a convenu
- Cela vous a dérangé
- Cela vous a laissé indifférente

- NON Cela vous a convenu, vous n'auriez pas aimé qu'elle le fasse
- Cela vous a dérangé, vous auriez aimé qu'elle le fasse
- Cela vous a laissé indifférente

Satisfaction globale

33. **La présence de l'étudiante sage-femme vous a-t-elle gênée ?**

- Tout le temps Souvent Parfois Jamais

34. **Comment considérez-vous la présence d'une étudiante ?**

- Un avantage Un inconvénient Ça ne change rien

35. **Avez-vous eu confiance en l'étudiante sage-femme ?**

- Aussitôt Progressivement Pas vraiment Jamais

36. **Pour vous, l'étudiante accordait plus d'importance :**

- A la technique Au relationnel Aux deux A aucun

37. **Considérez-vous l'étudiante sage-femme comme une réelle actrice de votre prise en charge et de votre accompagnement en salle de naissance ?**

- Tout à fait En partie Pas tellement Pas du tout

38. **Quand la présence de l'étudiant sage-femme a-t-elle été la plus utile pour vous en salle de naissance ? (*)**

- Pour vous accueillir
 Pour vous soutenir au moment des contractions
 Pour vous accompagner lors de la pose de péridurale (si vous en avez bénéficié)
 Pour vous guider lors de l'accouchement
 Pour s'occuper de vous pendant les deux heures qui ont suivi votre accouchement
 A aucun moment
 Autre :

39. **Pour conclure, quelle est votre satisfaction de l'accompagnement par l'étudiante sage-femme ? (Entourez le chiffre correspondant sur l'échelle ci-dessous)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très mauvaise *Très bonne*

Vous pouvez librement partager des points sur ce sujet qui ne seraient pas mentionnés dans le questionnaire

Je vous remercie vivement pour votre collaboration et le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE XII – Lettre d’information distribuée aux patientes

LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTES

Point de vue des femmes sur leur accompagnement par une étudiante sage-femme lors de leur accouchement dans un CHU (type 3)

Investigateurs

- REBILLON Emilie, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
 - Sous la direction de Mme CIROTTE Camille, sage-femme
 - Et la co - direction de Mme BALSAN Michèle, sage-femme enseignante
- Pour tous renseignements ou informations, n’hésitez pas à me contacter par mail

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « **évaluation du vécu de l’accompagnement par une étudiante sage-femme lors du travail et de l’accouchement** »

Une étude sur « l’accompagnement par une étudiante sage-femme » est engagée au sein du service de suite de couche de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Estaing. Elle s’inscrit dans le cadre d’un travail de recherche de fin d’études de sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame CIROTTE Camille, sage-femme et de Mme BALSAN Michèle, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude ?

D’un côté il y a les étudiantes, le Centre Hospitalier Universitaire étant un lieu de formation, de nombreuses élèves sages-femmes y effectuent des stages tout le long de leur cursus. La salle de naissance est un terrain de stage privilégié. Elles sont alors encadrées par les sages-femmes.

De l’autre côté il y a les femmes qui viennent vivre la naissance de leur enfant.

Ainsi, je trouvais légitime de se questionner sur le vécu et la perception qu’on les femmes quant à l’accompagnement par une étudiante sage-femme

2. L’étude en pratique

Lors du séjour en maternité, je vais donc distribuer un **questionnaire anonyme** aux femmes ayant accouché au CHU Estaing par voie basse, en présence d’une étudiante sage-femme.

J'aborderais plusieurs aspects de la relation avec l'étudiante et la sage-femme et ainsi je traiterais ces informations pour essayer de tirer des conclusions, notamment la satisfaction.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à :

REBILLON Emilie, étudiante sage-femme Ecole de sage-femme, CHU de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne au 5 ^{ème} étage (R1) 28 place Henri – BP 38 63001 CLERMONT-FERRAND cedex 1
--

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires: **REBILLON Emilie, étudiante sage-femme**

NB :J'utilise le mot étudiant au féminin car actuellement il n'y a pas d'homme étudiant au sein de cette structure.

RESUME

Introduction : Dans une salle de naissance d'un CHU, les femmes accouchent souvent en présence d'un étudiant sage-femme.

Méthode : Cette étude descriptive transversale avait pour objectif principal d'évaluer le vécu de l'accompagnement des femmes, pendant le travail et l'accouchement, par un étudiant en maïeutique. La satisfaction des mères et les éléments, qui l'influençaient, étaient étudiés. Les objectifs secondaires étaient définir la place accordée aux étudiants par les femmes, et analyser les différences en fonction du niveau d'études du stagiaire. 125 questionnaires ont été distribués dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Résultats : Les femmes étaient, en moyenne, satisfaites à 8,5/10 (+/- 1,8) de leur accompagnement par l'étudiant sage-femme. La confiance accordée à l'étudiant, le travail d'équipe et la possibilité de considérer l'étudiant comme un acteur de la prise en charge étaient significativement associés à une meilleure satisfaction. La présence de l'étudiant était justifiée par le statut de CHU, pour 80% des femmes. Le consentement des femmes n'était recueilli que pour 41,6%, alors que cette présence n'a gêné que 5,6% des patientes. Dans 93,6% des cas, un lien de confiance s'était installé. L'étudiant était majoritairement considéré comme un acteur de l'accompagnement (91,1%) et comme un avantage aux yeux des femmes (55,2%). Des différences ont été remarquées selon le niveau d'études de l'étudiant.

Discussion : Les données retrouvées sont sensiblement comparables avec d'autres études. L'outil de recueil serait à améliorer. Confiance, disponibilité, professionnalisme, technicité et relationnel sont les valeurs repérées par les femmes. Il semble important de renforcer l'information des femmes enceintes sur les professionnels qui les entoureront en salle de naissance, la création d'un support pourrait être utile.

Conclusion : Les étudiants sages-femmes trouvent une place de professionnel auprès des parturientes. Il serait intéressant d'étudier le point de vue des étudiants : l'apport des stages et leur vécu émotionnel.

Mots-clés : accompagnement à la naissance, satisfaction, accouchement, CHU, formation, étudiant sage-femme, stage, savoirs, compétences, relation de soin, care, cure

SUMMARY

Introduction : In the delivery room of a teaching hospital, women often give birth in the presence of students midwife.

Method : This transversal and descriptive method was meant to evaluate how parturients feel while accompanied by a student midwife during labor. Mothers' satisfaction and related elements were studied. Secondary objective was to define the role and space given by women to a student midwife and analyse differences regarding their level of study. 125 surveys were distributed in a type III maternity, in the Auvergne Rhône-Alpes region.

Results : On average, women were satisfied of the medical support they received from the student midwife (8,5/10). Confidence given to the student, team work and the possibility to consider the student as an actor of the medical support were clearly associated with a better satisfaction. For 80%, the presence of the student was justified by the status of the hospital. Women's consent was only asked for in 41,6% of the cases but the student's presence only bothered 5,6% of the patients. In 93,6% a trust bond was developed. The student was mainly considered by the parturients as a professional, part of the medical support (91,1%) and as an advantage (55,2%). Differences have been noticed depending on the students' level of study.

Discussion : Data found are quite similar to other studies. The way to collect data should be improved. Trust, availability, professionalism and technicality as well as relational values were spotted by the patients. It seems important to strengthen the pregnant women's information about professional will be support them in in delivery room, a document can be create.

Conclusion : Students midwife find a professional spot during their internship with the mothers-to-be. It would be interesting to study the students' point of view : the contribution of the internships and the emotionnal experience.

Key words : support during childbirth, satisfaction, delivery, labor, university Hospital, midwife student, studies, internship, competences, knowledge, relation of care, care, cure
