



**HAL**  
open science

# Formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique : enquête auprès des jeunes diplômés

Fanny Tessier

## ► To cite this version:

Fanny Tessier. Formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique : enquête auprès des jeunes diplômés. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02091387

**HAL Id: dumas-02091387**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091387>**

Submitted on 5 Apr 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.

Académie de Paris  
Université Pierre et Marie Curie  
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine  
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Formation initiale de l'étudiant sage-femme  
à la gestion du travail et de  
l'accouchement physiologique – enquête  
auprès des jeunes diplômés**

**TESSIER Fanny  
14 mai 1994, Clamart  
Française**

Directeur de mémoire : Madame Corinne Rudelle

Année universitaire 2017 – 2018



Académie de Paris  
Université Pierre et Marie Curie  
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine  
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Formation initiale de l'étudiant sage-femme  
à la gestion du travail et de  
l'accouchement physiologique – enquête  
auprès des jeunes diplômés**

**TESSIER Fanny  
14 mai 1994, Clamart  
Française**

Directeur de mémoire : Madame Corinne Rudelle

Année universitaire 2017 – 2018



## Remerciements

*Je remercie Madame Corinne Rudelle pour avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir guidé dans les différentes étapes que ce travail.*

*Je remercie la directrice de l'école de Saint Antoine pour son aide lorsque nous avons contacté les différentes écoles de sages-femmes de France.*

*Je tiens à remercier Madame Isabelle Chevalier qui m'a apporté la vision de l'accompagnement du travail physiologique d'une femme enceinte, au sein d'une filière physiologique.*

*Je souhaite remercier Madame Goichon qui a pris le temps de m'expliquer la démarche d'une analyse statistique, ainsi que toutes les sages-femmes enseignantes de l'école Saint-Antoine pour leur présence au cours de mes quatre années au sein de l'école.*

*Je remercie particulièrement les sages-femmes nouvelles diplômées qui ont pris le temps de répondre à mon étude.*

*Enfin, je remercie mes proches pour leurs encouragements et leur compréhension tout au long de mes études de sages-femmes.*

## Sommaire

Préambule.....	1
Première partie : Introduction à l'étude .....	3
1.1 Description du travail et de l'accouchement physiologique en France. ....	3
1.1.1 Définition du travail et de l'accouchement physiologique.....	3
1.1.2 Sa différence avec le travail et l'accouchement normal. ....	4
1.1.3 Le point sur la durée de la phase de latence et les interventions obstétricales évitables.....	5
1.1.4 L'avis des usagers, des tutelles et des associations des professionnelles de santé sur l'accouchement physiologique.....	6
1.1.4.1 La demande des usagers. ....	6
1.1.4.2 La position des tutelles et des associations des professionnels de santé. ....	7
1.1.5 L'offre de soins autour de la naissance. ....	8
1.1.5.1 L'organisation des maternités. ....	8
1.1.5.2 Le développement de structures spécifiques. ....	9
1.2 La place du travail et de l'accouchement physiologique dans le dispositif de formation des sages-femmes.....	10
1.2.1 Les compétences attendues de l'étudiant sage-femme. ....	10
1.2.2 Approche pédagogique de la formation à la gestion du travail physiologique. ....	11
1.2.2.1 Le dispositif en place. ....	11
1.2.2.2 Le processus d'apprentissage. ....	13
1.2.2.2.1 Les méthodes d'apprentissage à l'école de sage-femme. ....	13
1.2.2.2.2 Les méthodes d'apprentissage en stage. ....	14
1.2.2.2.3 Le suivi de l'étudiant sage-femme. ....	14
1.2.2.2.4 Les opportunités d'apprentissage.....	15
1.2.2.2.5 Le sentiment de compétence .....	16
Deuxième partie : Matériel et méthode .....	18
2.1 Objectifs et hypothèses .....	18
2.2 Type d'étude.....	18
2.3 Population d'étude.....	18
2.4 Lieux de l'étude .....	19
2.5 Déroulement de l'étude .....	19
2.5.1 Phase de pré-enquête.....	19
2.5.2 Phase d'enquête .....	19
2.6 Durée de l'étude.....	19
2.7 Outil de l'étude .....	19
2.8 Ethique.....	20

2.9	L'exploitation des données .....	20
Troisième partie : Résultats .....		21
3.1	Présentation de la population .....	21
3.1.1	Taux de participation .....	21
3.1.2	Caractéristiques de la population .....	21
3.2	Vignette clinique .....	22
3.3	Dispositif théorique de l'école de formation .....	27
3.3.1	La place de l'enseignement du travail physiologique dans le cycle des études ....	27
3.3.2	Enseignement de la progression du travail physiologique .....	30
3.3.3	Enseignement de la prise en charge de la douleur .....	32
3.3.4	Satisfaction de l'enseignement de la gestion du travail physiologique .....	33
3.4	La formation clinique à la gestion du travail physiologique .....	35
3.4.1	L'apprentissage au cours des stages en salle de naissance .....	35
3.4.2	Observation et gestion du travail physiologique.....	37
3.5	Analyse statistique des résultats .....	39
3.6	Sentiment de compétence à la gestion du travail physiologique .....	45
Quatrième partie : Discussion.....		48
4.1	Les points forts de l'étude.....	48
4.2	Les limites de l'étude.....	48
4.3	Discussion des résultats de l'enquête .....	49
4.3.1	L'enseignement du travail physiologique et les connaissances théoriques.....	49
4.3.1.1	La place du travail physiologique dans le cycle des études .....	49
4.3.1.2	Enseignement de la progression du travail physiologique.....	51
4.3.1.3	Enseignement de la prise en charge de la douleur .....	52
4.3.2	L'expérience clinique en matière de gestion du travail physiologique .....	53
4.3.2.1	Les opportunités d'apprentissage .....	53
4.3.2.2	Le partage d'expérience .....	56
4.3.3	Le sentiment de compétence .....	56
4.4	Propositions .....	57
Conclusion .....		59
Bibliographie .....		61
Annexe 1 : Courrier pour la diffusion du questionnaire .....		68
Annexe 2 : Courrier présentant l'étude et le questionnaire .....		69
Annexe 3 : Présentation du questionnaire .....		70
Glossaire.....		79





## Préambule

Selon Ina May Gaskin, l'accompagnement physiologique de la grossesse et de l'accouchement est "*l'héritage de la sage-femme traditionnelle et de la médecine humaniste*".<sup>1</sup> Au cours de cet accompagnement, le travail suit son propre rythme, la parturiente peut se mouvoir librement, boire, manger et les gestes médicaux sont considérés inappropriés lorsqu'ils ne sont pas réellement nécessaires.

Actuellement, 14,6% des femmes ne souhaitent pas d'analgésie péridurale avant leur accouchement. On observe un nombre croissant de femmes souhaitant un accouchement plus physiologique. Cependant celui-ci reste difficile à définir et peut être confondu avec un accouchement normal.

Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) et le Collectif des Sages-Femmes observent une prise en charge souvent éloignée de la physiologie et l'absence de définition commune pour les espaces, les pôles et les unités physiologiques. En 2015, cela motive le CIANE à saisir la Haute Autorité de Santé (HAS), pour l'élaboration d'un texte de référence "*recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque*".

Antérieurement, en 2012 un groupe de travail associe des représentants des usagers, des sociétés des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres, des anesthésistes-réanimateurs, des fédérations hospitalières, des directeurs d'établissements, et la HAS afin de présenter les éléments principaux pour suivre et accompagner les grossesses physiologiques dans les maternités.

Au cours de sa formation initiale, l'étudiant sage-femme est formé à suivre le travail et l'accouchement physiologique d'une parturiente. Cependant il effectue la majorité de ses stages dans les maternités de type II et III et il apprend certaines pratiques qui peuvent lui sembler être appliquées systématiquement, telles que l'analgésie péridurale, l'amniotomie en début de travail, l'usage précoce de l'ocytocine. De plus, 82.6 % des femmes ont une analgésie péridurale au cours du travail et de l'accouchement en France. En regard de ces pratiques obstétricales, il serait intéressant de connaître le sentiment de compétence de la sage-femme nouvellement diplômée au suivi du travail physiologique.

Cela nous amène à nous demander si la formation initiale permet aux futures sages-femmes

---

<sup>1</sup> Ina May Gaskin est une sage-femme américaine, auteur de plusieurs livres dont "*Le guide de la naissance naturelle*".

de disposer de toutes les connaissances théoriques et du savoir-faire nécessaire à la gestion du travail physiologique.

Dans un premier temps, nous poserons le contexte de la formation initiale à la gestion du travail physiologique. Nous verrons en particulier le travail et l'accouchement physiologique dans le système de santé français ainsi que sa place dans le dispositif de formation des sages-femmes en développant l'apprentissage de l'étudiant. Puis nous décrirons le matériel et la méthode utilisés pour réaliser notre étude avant d'en exposer les résultats. Enfin, nous les analyserons afin de proposer de nouvelles perspectives dans le cadre de la formation des sages-femmes au suivi du travail physiologique.

## Première partie : Introduction à l'étude

### 1.1 Description du travail et de l'accouchement physiologique en France.

Afin de pouvoir présenter un état des lieux de l'accouchement physiologique en France, il convient dans un premier temps d'approcher la définition du travail et de l'accouchement physiologique à travers les différents travaux de réflexion internationaux.

#### 1.1.1 Définition du travail et de l'accouchement physiologique.

Le travail et l'accouchement physiologique fait référence à la physiologie. Du grec, l'étymologie de la physiologie est *phusis*, la nature et *logos*, l'étude, la science, et se définit par « *l'étude des choses naturelles* ». (1) Dans le dictionnaire Larousse le terme physiologique désigne les fonctions et les réactions normales de l'organisme. Ainsi le travail et l'accouchement physiologique est un processus naturel, un événement normal au cours de la vie d'une femme.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le définit par une évaluation initiale et continue : avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, à la grossesse, à la présentation de l'enfant, pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail, après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Cela représente 70 % des accouchements. (2) De plus, le CNGOF, le CIANE et le Collège National des Sages-Femmes Françaises (CNSF) rappellent que la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. (3)

Suite à un travail de consensus entre les sages-femmes et les gynécologues canadiens, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) apporte une définition à la physiologie en obstétrique, « *Un accouchement est considéré comme étant « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement.* ». (4) De plus le CIANE propose une définition commune pour apporter des repères fiables aux usagers, leurs permettant de s'orienter et de choisir l'accompagnement qu'ils souhaitent, « *Un accouchement physiologique est un accouchement au cours duquel on préserve le rythme et le déroulement spontané du travail, de l'expulsion et de la délivrance, notamment en ne recourant pas aux interventions suivantes : analgésie*

*péridurale, administration de syntocinon, rupture de la poche des eaux, épisiotomie, extraction instrumentale* ». (5) Autrement dit, cette définition semble opérationnelle car elle cite les éléments que la sage-femme privilégie lors de cet évènement, tels que la mobilisation pendant le travail, l'absence de perfusion et d'analgésie péridurale, ainsi que le fait de ne pas rompre la poche des eaux ou de réaliser une l'épisiotomie.

Pour les anglo-saxons, le travail et l'accouchement physiologique se dit « normal birth » afin de distinguer le travail et l'accouchement normal. (6) Nous allons développer cette notion dans le paragraphe suivant.

### **1.1.2 Sa différence avec le travail et l'accouchement normal.**

L'étymologie et la définition du terme normal sont différentes de celles de la physiologie. Du latin, *normalis* est « *conforme à la règle* » ; « *qui est conforme à la norme, à l'état le plus fréquent, habituel ; qui est dépourvu de tout caractère exceptionnel* » (7). Autrement dit un accouchement est normal lorsqu'il ne présente pas d'anomalie ou d'altération.

La SOGC rédige une déclaration de principe commune et des recommandations pour promouvoir l'accouchement normal. Elle le définit de la manière suivante, « *L'accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdurent tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet entre la 37ème et la 42ème + 0 semaines complétées de gestation. L'accouchement normal comprend l'occasion de contact peau-à-peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement.* ». (4) (8) De même, elle définit le travail normal « *Début et évolution spontanée du travail (première phase) qui mènent à un accouchement (deuxième phase) spontanée (normal) entre 37 et 42 semaines de gestation, s'accompagnant d'une troisième phase normale (délivrance ou expulsion spontanée du placenta). Il peut comprendre une analgésie pharmacologique (opioïdes/inhalation) et non pharmacologique, ainsi que l'administration parentérale d'ocytocine pour la troisième phase.* ». (4) (8) Ainsi les éléments considérant un travail et un accouchement comme normal sont le caractère spontané, le terme de la grossesse, l'absence de manœuvre obstétricale ou d'extraction instrumentale pour l'expulsion fœtale et une bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine.

Au cours de celui-ci, l'analgésie péridurale et l'ocytocine peuvent être utilisées pour faciliter son évolution. A la différence, ces interventions sont absentes lors du processus naturel du travail et de l'accouchement physiologique. Lorsqu'elles ne sont pas justifiées celles-ci sont

dites évitables. Dans l'intention de privilégier la physiologie de l'accouchement, la durée de la phase de latence du travail est remise actuellement en question et les interventions obstétricales évitables font l'objet de nouvelles recommandations.

### **1.1.3 Le point sur la durée de la phase de latence et les interventions obstétricales évitables.**

Le déroulement normal du travail a été défini par Emmanuel Friedman il y a 60 ans. Il décrit un premier stade, du début du travail jusqu'à la dilatation complète, comprenant une phase de latence avec une dilatation lente du col utérin jusqu'à 3 - 4 cm puis une phase d'accélération dite active jusqu'à la dilatation complète. Elle est suivie du deuxième stade, de la dilatation complète jusqu'à l'accouchement et se termine par le troisième stade correspondant à la délivrance. (9) Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) définit le premier stade du travail lorsqu'une femme présente des contractions régulières et douloureuses associées à une modification de la dilatation cervicale jusqu'à 4 cm. (10)

Le CNGOF explique que depuis plusieurs années, certains auteurs s'interrogent sur la durée normale du travail en regard des pratiques obstétricales telles que l'amniotomie, la perfusion d'ocytocine, l'analgésie péridurale ainsi que l'augmentation du taux de césarienne due à une stagnation de la dilatation. D'après les données du Collaborative Perinatal Project et le Consortium on Safe Labor, plusieurs auteurs décrivent que la durée du travail est plus longue chez les femmes des années deux mille en comparaison à celles des années soixante. Ils mettent en évidence un allongement du temps de travail lié au changement des pratiques obstétricales avec une augmentation du recours à l'analgésie péridurale et à l'ocytocine, ainsi qu'aux caractéristiques des parturientes dont l'indice de masse corporelle est plus élevé. La dilatation cervicale est plus lente chez les nullipares et les multipares entre 4 et 6 cm et elle s'accélère après 6 cm. Ils suggèrent que la phase active débute plus tard, à partir de 6 cm. (9) (11) (12)

Enfin, le travail du CNSF rejoint ces conclusions américaines et redéfinit les phases du travail. La phase de latence débute chez une femme présentant des contractions régulières et douloureuses avec une dilatation cervicale jusqu'à 5 - 6 cm. En collaboration avec le CNGOF, il rédige les recommandations pour l'administration de l'ocytocine lors du travail spontané pour diminuer les interventions humaines et privilégier la physiologie. En effet, l'utilisation de l'ocytocine est discutée et remise en cause en regard des événements indésirables graves qu'elle peut produire, comme des anomalies de la contractilité utérine et du rythme cardiaque

foetal, une césarienne, un accouchement instrumental et une hémorragie du post-partum. Le CNSF recommande d'administrer de l'oxytocine qu'en cas de dystocie pendant la phase active du travail après avoir rompu la poche des eaux ou lors de la prolongation du 2<sup>ème</sup> stade du travail au-delà de 2 heures. (9) (13)

De même, il existe des recommandations pour les autres interventions obstétricales évitables. L'analgésie péridurale est une méthode complémentaire souhaitée par un grand nombre de patientes. Néanmoins les mesures de soulagement de la douleur englobent l'accompagnement, les moyens non pharmacologiques comme le soutien de la part d'un proche ou de la sage-femme, les méthodes de relaxation, de respiration, l'hypnose, l'acupuncture, l'acupression, le bain, la lumière naturelle, la musique et une salle d'accouchement paisible. (8)

L'amniotomie ou rupture artificielle des membranes est devenue une pratique courante en salle de naissance. Les recommandations de bonnes pratiques rappellent qu'elle n'est pas indiquée lorsque le travail progresse normalement. (8) (14)

Le CNGOF affirme que la réalisation systématique de l'épisiotomie n'est bénéfique ni pour la mère ni pour l'enfant. Elle peut être nécessaire lors d'une extraction instrumentale ou d'une suspicion de détresse fœtale. (14) (15)

Enfin, une extraction instrumentale est réalisée en présence d'indications comme des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Les recommandations de bonnes pratiques du CNGOF relèvent qu'un soutien continu de la parturiente pendant le travail diminue cette intervention. (16)

Nous pouvons nous demander ce que pensent les usagers et les professionnels de santé. C'est ce que nous allons exposer dans le paragraphe suivant.

#### **1.1.4 L'avis des usagers, des tutelles et des associations des professionnelles de santé sur l'accouchement physiologique.**

##### **1.1.4.1 La demande des usagers.**

Le CIANE, qui représente les parents et les usagers, rapporte les demandes des couples autour de la naissance. Une enquête réalisée en 2012 auprès des patientes, relève que 36,1 % d'entre elles exprimaient leurs demandes au cours de la grossesse avant 2005, aujourd'hui plus de la moitié des femmes font part de leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement. Les principaux souhaits sont la liberté de mouvement, un

accompagnement personnalisé de la douleur et le recours à l'épisiotomie avec une indication médicale. La possibilité pour les patientes de déambuler pendant le travail, de choisir des positions variées et confortables pour accoucher, semblent améliorer les conditions de l'accouchement. (17)

On observe que le respect des souhaits du couple influence leur vécu de l'accouchement. Les femmes dont les souhaits ont été respectés considèrent avoir bien vécu leur accouchement et eu le soutien qu'elles attendaient. Les femmes qui considèrent que leurs souhaits n'ont pas été respectés, demande plus d'échange et de dialogue avec les professionnels de la maternité. (17)

Le CIANE a également réalisée une enquête en 2013 auprès des femmes concernant la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. On constate que 73 % des femmes n'ayant pas eu de péridurale sont très satisfaites de leur accouchement. De plus 56 % des patientes qui ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne le désiraient pas, sont insatisfaites du fait d'un manque d'accompagnement et du respect de leur choix. (18)

En 2015, le CIANE s'intéresse au vécu de l'accouchement lors d'un déclenchement. Parmi les primipares ayant eu un déclenchement, 30,7 % ont mal ou très mal vécu celui-ci sur la plan physique et 30,3 % sur le plan psychologique. Ce vécu est d'autant plus mauvais lorsqu'elles ont peu été informées et qu'on ne leur a pas demandé leur consentement. (19)

La Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE) pense que la prise en compte des résultats de l'enquête concernant les souhaits et le vécu des femmes est un outil pour modifier la pratique des professionnels. (20) Par conséquent, nous nous intéressons également à la demande des tutelles et des professionnels de santé dans le paragraphe suivant.

#### **1.1.4.2 La position des tutelles et des associations des professionnels de santé.**

Le travail du Ministère des Affaires sociales et de la santé sur la reconnaissance statutaire des sages-femmes, permet aux professionnels de rappeler « *leur volonté d'assurer aux femmes et aux nouveau-nés une prise en charge personnalisée, de qualité dans les meilleures conditions de sécurité et dans le respect des données actualisées de la science* ». (21) Il met en évidence dans le décret de 2014 portant sur le statut des sages-femmes dans les unités hospitalières, que celles-ci sont responsables d'unités de physiologie. (22) De plus, les sages-femmes possèdent les compétences pour le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques. Le groupe de travail associant le CNGOF, le CNSF, la Société



Française de Néonatalogie (SFN) et le CIANE au ministère chargé de la santé, défend la physiologie autour de la naissance avec un accompagnement global de la femme enceinte et le développement de filières physiologiques. Pendant l'accouchement, il propose un soutien continu auprès des patientes, un environnement chaleureux, l'écoute et le respect des demandes du couple et des pratiques professionnelles respectueuses de la physiologie. (3) Ainsi, le CNGOF préconise d'adapter le niveau de médicalisation au niveau du risque obstétrical et conseille de mettre en place des moyens pour apporter à la fois une sécurité technique et une chaleur humaine dans chaque salle de naissance. (2)

En décembre 2016, un dossier sur l'accompagnement global et une discussion entre les professionnels lors des Assises parisiennes de la santé sont publiés dans la revue des sages-femmes libérales. Plusieurs d'entre eux expriment la volonté des sages-femmes d'accompagner le travail et l'accouchement physiologique et de mieux accompagner les femmes enceintes. Ils pensent que la proposition de structure différente est importante pour offrir un parcours personnalisé. (23)

Enfin, le CNGOF rejoint l'idée du CIANE selon laquelle "*l'offre de soins en maternité doit pouvoir intégrer systématiquement une proposition d'accompagnement physiologique*". (5) Face aux demandes des professionnels, des tutelles et des patientes, quelle est l'offre de soin actuellement proposée aux femmes enceintes ?

#### **1.1.5 L'offre de soins autour de la naissance.**

Il existe plusieurs types de maternités en France parallèlement au suivi et à l'orientation des femmes enceintes. (24)

##### **1.1.5.1 L'organisation des maternités.**

En France, l'offre de soins distingue trois types de maternités proposant une prise en charge selon le risque encouru et les niveaux de soins dispensés aux nourrissons : les maternités de type I pour les grossesses sans problèmes identifiés, les maternités de type II avec un service de néonatalogie et les maternités de type III pour les grossesses à risque, disposant d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale. Le nombre de maternité de type I a diminué de 37 % entre 2003 et 2016. Celui des maternités de type II A a augmenté, avec 122 maternités en 2010 et 141 en 2016. Entre 2010 et 2016, le nombre de maternité de type III reste stable. (25)

Elles sont pour la plupart d'entre elles intégrées à un réseau de santé périnatal qui

identifie les facteurs de risques pour la femme et l'enfant au cours de la grossesse et les oriente vers la structure adaptée pour un suivi et un accompagnement personnalisé. (26) (27)

Cette organisation renforce la sécurité de la naissance, avec la présence en permanence d'un gynécologue obstétricien, d'un anesthésiste et d'un pédiatre. Les sages-femmes réalisent la grande majorité des accouchements voie basse sans complications. De plus, dans 81 % des maternités elles réalisent l'entretien prénatal précoce auprès de la femme enceinte.

En regard des résultats de l'enquête périnatale de 2010, l'offre de soins semble induire une augmentation des interventions obstétricales. En effet, plus de la moitié des femmes à bas risque ont recours à une intervention pendant leur accouchement, telle qu'un déclenchement du travail, une analgésie péridurale, une épisiotomie, une extraction instrumentale ou une césarienne. Cependant d'après la nouvelle enquête, entre 2010 et 2016 il existe une diminution de plus de 10% de l'usage de l'oxytocine chez les femmes en travail spontané. De même, on observe une diminution importante de la fréquence de l'amniotomie et de l'épisiotomie (24) (25) (27) (28)

Pour proposer à ces femmes un suivi et un accompagnement adaptés, les maisons de naissance ainsi que des structures spécifiques se développent. Celles-ci sont présentées dans le paragraphe suivant.

#### **1.1.5.2 Le développement de structures spécifiques.**

Aujourd'hui, le respect de la physiologie est possible dans certaines maternités françaises dont l'objectif est d'offrir à toute femme enceinte la possibilité d'accoucher spontanément par les voies naturelles et de répondre à leurs souhaits. (29)

Depuis quelques années, on observe le développement d'espaces ou salles natures. Ces espaces sont des salles de naissances aménagées, sécurisées, proches du bloc obstétrical et présentant un environnement moins médicalisé. Les femmes peuvent avoir à leur disposition une baignoire, un ballon, un monitoring sans fils, une table d'accouchement physiologique, des lianes de suspension ainsi que des lumières douces et de la musique. Elles accouchent le plus souvent sans péridurale et le travail n'est pas dirigé par la rupture artificielle de la poche des eaux ou par l'usage de l'oxytocine. (8) (27) (30)

Il existe la possibilité de choisir un autre parcours de santé avec la filière physiologique, qui est une organisation spécifique intégrée dans certaines maternités françaises. Elle est destinée aux femmes dont la grossesse est à bas risque et qui souhaitent un suivi personnalisé, respectant la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, autour d'une sécurité affective.

La sage-femme, responsable de cette filière, offre un accompagnement global de la grossesse avec le suivi de la femme par un nombre limité d'entre-elles. Elle accompagne la parturiente tout le long du travail, réalise un monitoring discontinu, propose des procédés non médicamenteux pour soulager la douleur comme le recours à l'homéopathie et ne dirige pas le travail avec l'ocytocine. La patiente n'est pas perfusée systématiquement, elle n'a pas d'analgésie péridurale et peut ainsi se mobiliser, adopter les positions de son choix et débiter les efforts expulsifs lorsqu'elle en ressent le besoin. (29)

Pour une approche plus physiologique de la naissance, il existe depuis 2013 neuf maisons de naissances françaises en expérimentation pour une durée de cinq ans. Dans ces structures à proximité d'une maternité, les sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse et qui souhaitent un accompagnement physiologique de la naissance. (28) (31) (32)

Actuellement, la dernière enquête nationale périnatale réalisée en 2016, relève que 40 % des maternités disposent d'un espace dédié et distinct des salles de naissances classiques, pour des accouchements moins médicalisés. (25)

Ainsi l'offre de soins en périnatalité est en évolution et se diversifie en France, parallèlement au désir des couples et des professionnels de santé. Ce constat nous amène donc à penser que l'offre de formation au management obstétrical peut être variable pour l'étudiant sage-femme. Quelle place lui est-elle consacrée dans le dispositif de formation ?

## **1.2 La place du travail et de l'accouchement physiologique dans le dispositif de formation des sages-femmes.**

La formation initiale de l'étudiant sage-femme se réalise sur une période de cinq ans, comprenant une année commune aux études de santé et quatre ans dans une école de sage-femme. Au-delà de ses études, l'étudiant possède des ressources définies par « *les savoirs scientifiques et techniques, les gestes professionnels et les savoir-faire techniques, l'expérience pratique, les raisonnements cliniques, les savoir-faire relationnels, la déontologie et l'éthique médicale...pouvant être combinés et mobilisés dans la mise en œuvre des pratiques professionnelles* ». (33)

### **1.2.1 Les compétences attendues de l'étudiant sage-femme.**

Une compétence désigne à la fois le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. En effet, c'est « *l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui*

permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide ». La HAS définit la compétence médicale par l'association des acquisitions théoriques et pratiques ainsi que des aptitudes et attitudes individuelles pour assurer un exercice médical de qualité. (34)

Les compétences de l'étudiant sont décrites dans le référentiel métier et compétence des sages-femmes qui articule le dispositif de formation et présente des situations clés de sa pratique clinique pendant ses stages. Les compétences pour le suivi du travail et de l'accouchement physiologique sont intégrées à la situation quatre du référentiel, intitulé « Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normal) ». Ainsi l'étudiant accueille le couple, s'informe d'un éventuel projet de naissance et prend en compte leur environnement affectif et culturel. Il surveille l'adaptation de la patiente et du fœtus à l'effort du travail, les informe de son évolution, prend en compte le niveau de douleur de la patiente et lui propose des moyens de soulagement adaptés aux souhaits de celle-ci. Sa prise en charge respecte les recommandations de bonnes pratiques tout en respectant le rythme physiologique du travail et de l'accouchement. (35)

Pour acquérir ces compétences, l'étudiant dispose des enseignements théoriques et cliniques définis par les arrêtés du 19 juillet 2011 et du 11 mars 2013. (35) (36)

## **1.2.2 Approche pédagogique de la formation à la gestion du travail physiologique.**

### **1.2.2.1 Le dispositif en place.**

Le premier cycle des études de sage-femme correspond au niveau licence avec six semestres d'enseignements et permet l'obtention du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Le second cycle correspond au niveau master avec quatre semestres de formation pour le diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques. Sous forme d'unité d'enseignement pour chaque discipline, les enseignements sont théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques lors des stages. Parmi les enseignements dispensés essentiellement au cours du premier cycle, l'obstétrique et la maïeutique comprennent plusieurs items comme l'étude clinique et paraclinique de la grossesse physiologique, l'initiation à la préparation la naissance et à la parentalité (PNP), l'étude du travail et de l'accouchement physiologique. (35) La physiologie est essentiellement enseignée pendant les deux années de licence tandis que le master apporte des connaissances approfondies de la pathologie. (36)

Dans son parcours, l'étudiant sage-femme a pour objectif de « diagnostiquer la mise

*en travail, surveiller le déroulement du travail et pratiquer l'accouchement eutocique* », par opposition à « dystocie ». L'eutocie définit le caractère normal d'un accouchement et regroupe ainsi l'accouchement naturel et l'accouchement normal. (29) Pour cela, l'étudiant apprend l'accompagnement posturo-respiratoire du pré-per et post-partum, le processus théorique du déclenchement du travail, du travail, de la mécanique obstétricale, de l'accouchement et l'anatomie du périnée. Il étudie également les agents de l'anesthésie, les différentes techniques d'anesthésie avec leur surveillance et leurs complications, les différentes phases de l'anesthésie ainsi que les alternatives à l'anesthésie pour la prise en charge de la douleur. (35) Il atteint ses objectifs en mettant en lien ses connaissances théoriques et son expérience clinique en stage que nous allons présenter dans le paragraphe suivant.

L'étudiant sage-femme accomplit des stages dès la deuxième année de ses études. La formation clinique au suivi périnatal a plusieurs objectifs : apprendre à diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites, pratiquer l'examen clinique de la mère et du nouveau-né. Il apprend à organiser l'environnement de la naissance pour créer un climat favorisant la physiologie, pour assurer une surveillance simultanée de la mère et de l'enfant, et s'adapter de façon permanente face au processus évolutif du travail et de l'accouchement. Il pratique l'examen clinique obstétrical, les accouchements eutociques, l'accueil du nouveau-né eutrophe à terme, l'épisiotomie à bonne escient, et sa réfection immédiate ou celle de déchirure simple, ainsi que la délivrance artificielle et la révision utérine. L'étudiant réalise également le suivi d'un accouchement à risque ou pathologique et ses suites immédiates. Il découvre l'organisation et la gestion du travail en salle de naissance ainsi que la collaboration avec les professionnels de santé. Les unités d'enseignement clinique représentent la part la plus importante de la formation entre 48 et 68 ECTS soit 1440 à 2040 heures de stage au total. (36)

L'accomplissement de stages fait partie des enseignements du premier et second cycle, organisés par la structure de formation et dont les lieux de stages sont établis par une convention avec l'école. Alors que la répartition des stages au cours du deuxième cycle est détaillée dans l'arrêté du 11 avril 2013, celle du premier cycle n'y figure pas. (36) Pour le cycle de master, le suivi périnatal comprend 20 à 24 ECTS ce qui correspond entre 600 et 720 heures réparties sur plusieurs semaines. Il représente le plus grand nombre d'heure de stage. Par exemple, l'école de Saint-Antoine propose pour le suivi périnatal, 2 semaines de stage en deuxième année des études, 12 semaines en troisième année, 9 semaines en quatrième année et 12 semaines en dernière année. Ce sont des stages hospitaliers dans des

établissements de santé publics et privés, réalisés dans les salles de naissances, le bloc opératoire, la salle de soins post-interventionnelle, les urgences obstétricales, la réanimation, le service mobile d'urgence et de réanimation. (36)

Lors de la dernière année des études de sage-femme, l'étudiant effectue un stage de longue durée d'un semestre à temps plein soit 24 ECTS et 720 heures, appelé stage pré professionnel. Au cours de celui-ci, il travaille dans les différents services de la maternité ce qui lui permet de s'intégrer au sein de l'équipe obstétricale comme futur professionnel. Il réalise également un stage optionnel de 3 semaines, dans la structure et le domaine de son choix. Ce stage représente l'occasion pour l'étudiant d'approfondir certaines connaissances, de travailler dans une structure non proposée par la formation, de réfléchir sur son projet professionnel ou encore de réaliser un stage à l'étranger. (36)

Le modèle d'alternance des cours théoriques et des stages permet la mise en œuvre de ses savoirs théoriques et le vécu de ses premières expériences professionnelles. Cela joue un rôle fort dans son apprentissage que nous allons à présent décrire.

#### **1.2.2.2 Le processus d'apprentissage.**

Apprendre c'est « *acquérir par l'étude, par la pratique, par l'expérience une connaissance, un savoir-faire, quelque chose d'utile* » selon la définition du dictionnaire Larousse. L'apprentissage est défini par « *l'action d'apprendre un métier, en particulier formation professionnelle organisée permettant d'acquérir une qualification pour un métier* ». (37)

##### **1.2.2.2.1 Les méthodes d'apprentissage à l'école de sage-femme.**

L'école de sage-femme élabore un projet pédagogique mettant en lien les enseignements théoriques, cliniques et pratiques pour amener l'étudiant à l'acquisition de ses compétences. Il existe des enseignements magistraux, des jeux de rôle entre les étudiants, des travaux dirigés et pratiques. (35) Des ateliers de raisonnement clinique en groupe ont lieu à l'école pour développer la capacité de résoudre des problèmes cliniques d'une patiente. Les données du problème de la patiente sont exposées aux étudiants par l'enseignant, qui recherchent les informations ciblées, les étiologies, proposent des hypothèses diagnostiques et élaborent des pronostics ainsi que des conduites à tenir.

Les autres méthodes d'apprentissages comprennent les études de cas, la résolution de problème, les simulations, le retour d'expérience et le port folio. (38) L'étudiant effectue des

exercices de simulation clinique sur mannequin, qui reproduisent des situations rencontrées par les professionnels, en conditions réelles. Il est observé par l'enseignant et ses camarades puis un débriefing permet de corriger ses erreurs. (39)

#### **1.2.2.2.2 Les méthodes d'apprentissage en stage.**

L'étudiant en formation est acteur de son apprentissage. Lors du stage, il acquiert de nouvelles compétences qu'il doit associer aux connaissances qu'il possède déjà et former un réseau de connaissances, qu'il pourra facilement réutiliser dans différents contextes. L'étudiant compare et analyse ses actions avec celles des autres étudiants et des professionnels qu'il rencontre en stage, pour évaluer son travail et ses erreurs. (40)

Trois phases sont décrites dans la progression de l'apprentissage de l'étudiant au cours des stages. Une première phase d'observation, pendant laquelle l'étudiant s'approprie son nouvel environnement et observe le professionnel dans une pratique inconnue. Il peut revenir à ce temps d'observation lors de nouvelles situations. La deuxième phase correspond à la mise en situation de l'étudiant sous le regard de l'encadrant. Puis lors de la phase d'autonomie, il peut prendre en charge un patient de façon autonome, et met en évidence ses compétences. (40) (41)

Au cours de cet apprentissage, l'étudiant est encadré par un enseignant ou bien un professionnel de santé.

#### **1.2.2.2.3 Le suivi de l'étudiant sage-femme.**

L'enseignant ou le professionnel encadrant a un rôle de supervision de l'étudiant. Il l'observe dans une situation clinique réelle avec un patient pour évaluer ses forces et ses faiblesses. Il lui fait part de ses observations et des actions attendues pour qu'il puisse s'améliorer et progresser. L'étudiant apprend également par l'observation des professionnels qui sont des modèles de rôle. Ils partagent leurs expériences, peuvent être une source d'inspiration, de motivation et encouragent l'étudiant à réaliser un travail de recherche lors de son temps personnel. De plus, le tutorat permet d'encadrer les stages par un tuteur référent qui soutient l'étudiant face à ses difficultés et l'accompagne vers une pratique autonome, participant aussi à son apprentissage. (42) (43)

Le processus d'apprentissage a été présenté ici de manière générale. Qu'en est-il précisément de l'apprentissage de la gestion du travail et de l'accouchement physiologique ?

#### 1.2.2.2.4 Les opportunités d'apprentissage.

Concernant les méthodes de soulagement de la douleur, l'étudiant acquiert les connaissances théoriques de l'anesthésie. Or, la parturiente qui souhaite accoucher naturellement n'a pas d'analgésie péridurale. Des méthodes alternatives pour la prise en charge de la douleur peuvent lui être proposées. L'usage de la baignoire, du ballon, la pratique des massages et les techniques de relaxations sont essentiellement abordés lors des cours de PNP. Ces méthodes peuvent ensuite être appliquées en stage lorsque l'occasion se présente. La Société Française de médecine périnatale explique que les méthodes alternatives se développent mais qu'elles semblent peu pratiquées et méconnues des professionnels. (44) De plus, d'après l'enquête « Douleur et accouchement » réalisée par le CIANE en 2013, 24% des femmes ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne la souhaitaient pas à l'arrivée à la maternité. Plusieurs causes sont mises en avant comme le recours à l'oxytocine pendant le travail et la surcharge de travail des sages-femmes en salle de naissance. En effet, le CNSF déclare que « *les surcharges de travail et les pratiques non conformes au respect de la physiologie et aux recommandations scientifiques internationales quant à la prise en charge des grossesses à bas risque sont à la fois causes et conséquences du non-respect des femmes et de leurs choix.* » (18) (45) En regard des pratiques en salle de naissance, l'apprentissage des méthodes alternatives peut représenter une difficulté.

Le suivi du travail et de l'accouchement physiologique d'une patiente a lieu en salle de naissance. D'après les définitions énoncées antérieurement, cela concerne des femmes à bas risque obstétrical, présentant une grossesse de déroulement normal et souhaitant accoucher naturellement. Ces parturientes souhaitent le plus souvent se mobiliser, marcher, prendre des bains, faire du ballon, un soutien de la part du compagnon et/ ou de la sage-femme pour l'aider à gérer la douleur du travail et de l'accouchement. La surveillance fœtale et maternelle est discontinuée, les examens obstétricaux limités ainsi que les interventions humaines telles que l'utilisation de l'oxytocine et la rupture artificielle de la poche des eaux. Ces situations authentiques représentent des opportunités optimales d'apprentissage pour l'étudiant. Nous pouvons comprendre que l'apprentissage de la gestion du travail et de l'accouchement physiologique par l'étudiant sage-femme est favorisé par l'observation puis l'accompagnement des femmes qui souhaitent accoucher naturellement.

En effet, dans la revue Pédagogie médicale en 2010, D. Vanpee et al affirment que la qualité pédagogique d'un stage repose sur les opportunités d'apprentissage ou l'exposition clinique et l'encadrement de l'étudiant. Les contextes authentiques permettent le



développement de réelles compétences cliniques. Cela signifie que l'étudiant rencontre des situations proches de sa profession, il est ainsi plus motivé et s'investit mieux dans son travail et son apprentissage. (40)

En 2012, une étude qualitative est réalisée auprès de 9 étudiants en médecine et en fin du second cycle des études. Ils ont participé à des discussions focalisées sur leur vécu émotionnel et pédagogique concernant un stage en consultation de médecine générale. Chaque étudiant était encadré par un maître de stage. Ils témoignent tous de l'importance de pouvoir observer le maître de stage qui constitue un modèle de rôle. Un des étudiants exprime sa préférence pour réaliser ce stage en fin d'étude et avoir une vue d'ensemble de la pratique professionnelle. A l'inverse, un autre étudiant pense que la réalisation de ce stage au début des études permet de maîtriser l'examen clinique normal. Les 9 participants ont décrit de nombreuses situations cliniques variées qui leur ont permis d'approfondir leurs connaissances et savoir-faire. Les auteurs de cette étude concluent que le stage auprès d'un médecin généraliste permet une contextualisation des connaissances et des capacités dans des situations cliniques authentiques. (46)

En 2015 dans la revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur, V. Vierset et al proposent des critères questionnant la qualité pédagogique des stages cliniques, dans l'intention d'améliorer les moyens d'apprentissage. Ce travail est effectué suite à une enquête réalisée auprès de 100 à 150 étudiants en médecine en troisième année de master à l'université de Liège. Les critères de qualité sont le vécu d'apprentissage en situation authentique ou de simulation et de jeux de rôle, l'existence d'un référentiel de compétence, des situations complètes, complexes, à interprétation multiples et variées, des situations nécessitant la mobilisation d'un ensemble de connaissances théoriques ainsi que les aspects multidimensionnels. Les auteurs expliquent l'importance du contexte d'acquisition des apprentissages. Selon eux, il doit être authentique aux contextes auxquels l'étudiant pourra être confronté dans sa future vie professionnelle. (47)

#### **1.2.2.2.5 Le sentiment de compétence**

A l'issue de ce processus complexe d'apprentissage, l'étudiant sage-femme doit acquérir une compétence. Comment perçoit-il cette compétence ? La compétence fait référence à la connaissance, le savoir et à la capacité, autrement dit le savoir-faire et le savoir être. Le sentiment de compétence semble être lié au sentiment d'efficacité personnelle. A partir de 1977, les travaux de Monsieur Bandura, docteur en psychologie, définissent ce sentiment

par « *les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières.* ». L'auteur explique que le sentiment d'efficacité personnelle se construit par le vécu d'expérience maîtrisées et réussites mais aussi par l'observation de ses expériences par d'autres personnes. Il est favorisé pas la persuasion verbale tels que des encouragements, des conseils et il dépend de l'état psychologique et émotionnel associé à la situation. Ce sentiment dépend également de la personne, du moment et du contexte. A. Bandura suggère qu'une personne s'investit plus dans une action lorsqu'elle se sent capable de la réaliser avec succès. (48) (49)

En 2008 C. Piguet, docteur en science de l'éducation, a réalisé une étude auprès de 841 infirmières dans le cadre d'une thèse « *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel* ». Elle montre que les infirmières nouvellement diplômées ont un sentiment d'efficacité personnel significativement plus bas que les infirmières expérimentées ( $p < 0,001$ ). De même les infirmières qui n'ont pas le projet de se former ont significativement un sentiment d'efficacité moindre que celle qui souhaitent se former ( $p < 0,017$ ). Elle met en évidence un lien entre la motivation, l'environnement d'apprentissage, l'expérience, les intérêts et le développement des compétences avec un sentiment d'efficacité personnel élevé. (50) De plus, le sentiment d'efficacité personnelle intervient dans le choix du projet professionnel, il joue un rôle dans les préférences, l'engagement et les intérêts pour un comportement. De ce fait, nous développons de l'intérêt pour les activités que nous pouvons réussir avec succès grâce à des expériences antérieures positives. Enfin, « *les objectifs personnels de l'étudiant sont liés à son apprentissage et à son projet professionnel* ». (51) (36)

Nous venons de décrire le contexte de la formation initiale à la gestion du travail physiologique. Nous allons aborder dans une deuxième partie l'enquête réalisée auprès des sages-femmes nouvellement diplômées.

## **Deuxième partie : Matériel et méthode**

### **2.1 Objectifs et hypothèses**

Nous nous sommes intéressées à la formation initiale et au suivi du travail et de l'accouchement physiologique. Précisément, nous nous sommes demandés si la formation initiale permet aux futures sages-femmes d'acquérir toutes les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaire à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique. Par souci de clarté méthodologique nous avons abordé uniquement la gestion du travail physiologique et plus précisément dans le cadre du premier stade du travail.

L'objectif principal de notre travail était d'apprécier au cours de la formation initiale, l'adéquation entre la formation théorique et pratique en matière de gestion du travail physiologique. Nous nous sommes intéressées précisément à l'analyse du processus d'apprentissage de l'étudiant et au point de vue des sages-femmes nouvellement diplômées dans ce domaine.

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- L'étudiant sage-femme en fin de formation dispose de connaissances théoriques adaptées en matière de gestion du travail physiologique.
- L'étudiant en fin de formation bénéficie d'une expérience pratique suffisante en matière de gestion du travail physiologique.
- L'étudiant en fin de formation a le sentiment d'être compétent pour gérer le travail physiologique.

### **2.2 Type d'étude**

Afin de répondre à ces hypothèses, nous avons réalisé une étude observationnelle quantitative, prospective et multicentrique.

### **2.3 Population d'étude**

De première intention, nous avons choisi d'interroger les étudiants en 5<sup>ème</sup> année de formation. Nous avons choisi d'interroger les sages-femmes jeunes diplômées pour qu'elles aient le recul nécessaire concernant leur formation initiale ainsi que pour des raisons pratiques. Nous avons inclus dans notre étude tous les professionnels sages-femmes nouvellement diplômées de l'année 2017 des 35 écoles de France. Nous n'avons pas de critère d'exclusion.

## **2.4 Lieux de l'étude**

Toutes les écoles de sages-femmes de France ont été sollicitées et ont par la suite répondu positivement ou négativement.

## **2.5 Déroulement de l'étude**

### **2.5.1 Phase de pré-enquête**

Dans un premier temps, nous avons sollicitées les écoles de sages-femmes de France par courrier électronique pour demander l'autorisation de diffuser notre enquête.

Avant de partager le lien de l'étude, le questionnaire a été testé auprès de dix étudiantes de 5<sup>ème</sup> année de l'école Saint-Antoine. Leurs commentaires nous ont permis de réduire le nombre de questions pour établir un temps de réponse entre 15 et 20 minutes et d'apporter quelques précisions pour une meilleure compréhension.

### **2.5.2 Phase d'enquête**

Dans un second temps, à partir du 4 octobre 2017 toutes les écoles de sages-femmes ont reçu par l'intermédiaire de leur secrétariat, un courrier électronique. Celui-ci contenait une introduction informant les sages-femmes de l'étude et de ses objectifs ainsi que le lien internet du questionnaire en ligne.

Nous avons effectué une relance fin novembre, en envoyant un second email aux directrices des écoles qui n'avaient pas donné de réponse à notre première demande.

## **2.6 Durée de l'étude**

Notre étude s'est déroulée sur 3 mois, de début octobre à fin décembre 2017.

## **2.7 Outil de l'étude**

Pour répondre à nos hypothèses, nous avons créé un questionnaire en ligne par le lien de google form. Il se composait de plusieurs parties avec des questions à choix uniques, multiples, quelques questions ouvertes ainsi que des échelles d'autosatisfaction selon le modèle de l'échelle de Likert. Une première partie était consacrée aux informations générales des sages-femmes. Une deuxième partie sous la forme d'une vignette clinique, était une situation clinique inventée que l'étudiant sage-femme peut rencontrer lors d'un stage en salle de naissance.

Une troisième partie portait sur les enseignements et les connaissances théoriques du travail physiologique et s'intéressait à l'apprentissage en salle de naissance de l'étudiant. Une dernière partie demandait aux sages-femmes d'évaluer sur une échelle leur sentiment de compétences, tant vis-à-vis des connaissances et de la capacité à gérer le travail physiologique d'une patiente.

## **2.8 Ethique**

Nous avons respecté l'anonymat des participants à l'étude par l'absence de question sur leur identité. Le consentement était sous-entendu par leur décision de répondre au questionnaire.

## **2.9 L'exploitation des données**

Nous avons réalisé un masque de saisie et la saisie des données sur le logiciel Excel. L'analyse statistique des résultats a été effectuée à l'aide du logiciel d'épidémiologie Open - Epi avec lequel nous avons utilisé le test de Chi carré non corrigé et le test exact de Fischer lorsqu'une valeur était inférieure à 5. Nous avons considéré un résultat statistiquement significatif lorsque  $p < 0,05$ .

## Troisième partie : Résultats

### 3.1 Présentation de la population

#### 3.1.1 Taux de participation

D'après le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, 832 sages-femmes ont été diplômées en 2017. Pendant la période d'enquête nous avons obtenu 156 réponses, soit un taux de participation de 18.75%. Tous les questionnaires recueillis ont pu être exploités.

#### 3.1.2 Caractéristiques de la population

**Tableau I : Caractéristiques de la population**

		Effectif	%
<b>Sexe</b> <i>n=156</i>	Féminin	155	<b>99,4</b>
	Masculin	1	<b>0,6</b>
<b>Age</b> <i>n=156</i>	Entre 20 et 25 ans	130	<b>83,3</b>
	Entre 25 et 30 ans	23	<b>14,7</b>
	Plus de 30 ans	3	<b>1,9</b>
<b>En activité</b> <i>n = 156</i>	Oui	143	<b>92,3</b>
	Non	12	<b>7,7</b>
	Non répondu	1	<b>0,6</b>
<b>Secteur d'activité</b> <i>n=156</i>	Exercice salarié : centre hospitalier public, établissement de santé privé, collectivité territoriale (PMI)	121	<b>84,6</b>
	Exercice libéral	19	<b>13,3</b>
	Autre	1	<b>0,7</b>
	Non répondu	13	<b>9,1</b>

*n = nombre de réponses*

Notre échantillon comprend 99,4% de femmes. La majorité d'entre elles (83,3%) ont entre 20 et 25 ans, sont actuellement en activité (92,3%) et ont un exercice salarié (84,6%).

**Tableau II : Origine des écoles de sages-femmes**

Origine de l'école de sage-femme	Effectif	%
Bourg-en-Bresse (1)	4	2,6
Dijon (21)	8	5,2
Besançon (25)	6	3,9
Nîmes (30)	10	6,5
Toulouse (31)	3	1,9
Rennes (35)	6	3,9
Tours (37)	11	7,1
Nantes (44)	10	6,5
Nancy (54)	10	6,5
Metz (57)	4	2,6
Lille (59)	23	14,9
Strasbourg (67)	9	5,8
Paris (75)	19	12,3
Rouen (76)	11	7,1
Poitiers (86)	8	5,1
Limoges (87)	10	6,5
Fort-de-France (972)	1	0,6
Saint-Denis (974)	1	0,6
Non répondu	2	1,3

Nous avons recueilli 156 réponses de la part de nouvelles diplômées de 18 écoles de France sur 35 écoles au total. Le plus grand nombre de participantes (23) sont diplômées de l'école de Lille. Parmi les 19 sages-femmes de Paris nous avons compté 7 sages-femmes diplômées de Baudelocque et 12 de Saint-Antoine. Nous avons relevé que deux sages-femmes n'avaient pas mentionné le lieu de leur école de formation.

### 3.2 Vignette clinique

La vignette clinique présentait 5 questions ouvertes. Pour faciliter la présentation et l'analyse des résultats, nous avons réparti les réponses des sages-femmes nouvellement diplômées dans différents groupes, relatifs à un temps de prise en charge de la patiente.

**Tableau III : Réponses aux questions de la vignette clinique**

		Effectif	%
<p><b>Groupe A : Prise en charge de la douleur</b> <i>n = 156</i></p>	Méthodes alternatives	86	<b>55,1</b>
	Médicalisation	5	<b>3,2</b>
	Méthodes alternatives et médicalisation	52	<b>33,3</b>
	Méthodes alternatives et cours de PNP	9	<b>5,8</b>
	Non répondu	4	<b>2,6</b>
<p><b>Groupe B : Rythme de la surveillance du RCF et de la dynamique utérine</b> <i>n = 156</i></p>	Monitoring discontinu toutes les 1 à 2 heures et continu pendant la phase active	118	<b>75,6</b>
	Monitoring discontinu toutes les 2 - 3 heures	10	<b>6,4</b>
	Monitoring discontinu toutes les 3 - 4 heures	5	<b>3,2</b>
	Monitoring continu à partir de 7-8 cm	4	<b>2,6</b>
	Monitoring continu	18	<b>11,5</b>
	Non répondu	1	<b>0,8</b>
<p><b>Groupe C : Déroulement du travail à T1 (3 cm)</b> <i>n = 156</i></p>	Expectative	110	<b>70,1</b>
	Gestion de la douleur	21	<b>13,5</b>
	Examen TV / heure	4	<b>2,5</b>
	Examen TV / 2 heures	4	<b>2,5</b>
	RAM à 3 heures de stagnation	6	<b>3,8</b>
	RAM	10	<b>6,4</b>
	Non répondu	1	<b>0,8</b>
<p><b>Groupe D : Déroulement du travail à T2 (6 cm)</b> <i>n = 156</i></p>	Expectative	42	<b>26,9</b>
	Examen TV / heure	42	<b>26,9</b>
	RAM à 3 heures de stagnation	3	<b>1,9</b>
	RAM	4	<b>2,6</b>
	Monitoring continu	65	<b>41,6</b>
<p><b>Question E : Surveillance de la fin du travail</b> <i>n = 156</i></p>	Expectative	35	<b>22,4</b>
	Examen TV / heure	49	<b>31,4</b>
	Monitoring continu	61	<b>39,1</b>
	RAM à 2 heures de stagnation	5	<b>3,2</b>
	RAM à dilatation complète	2	<b>1,3</b>
	Non répondu	4	<b>2,5</b>

Dans une première question, nous avons demandé aux sages-femmes leurs conduites



pour palier à la douleur d'une parturiente qui ne souhaite pas d'analgésie péridurale. Nous avons regroupé leurs réponses en 4 groupes. 55,1% des sages-femmes utilisent des méthodes alternatives telles que la mobilisation, le ballon, le bain, les massages, la respiration et la relaxation. Nous avons noté que 4 sages-femmes n'ont pas donné de réponse.

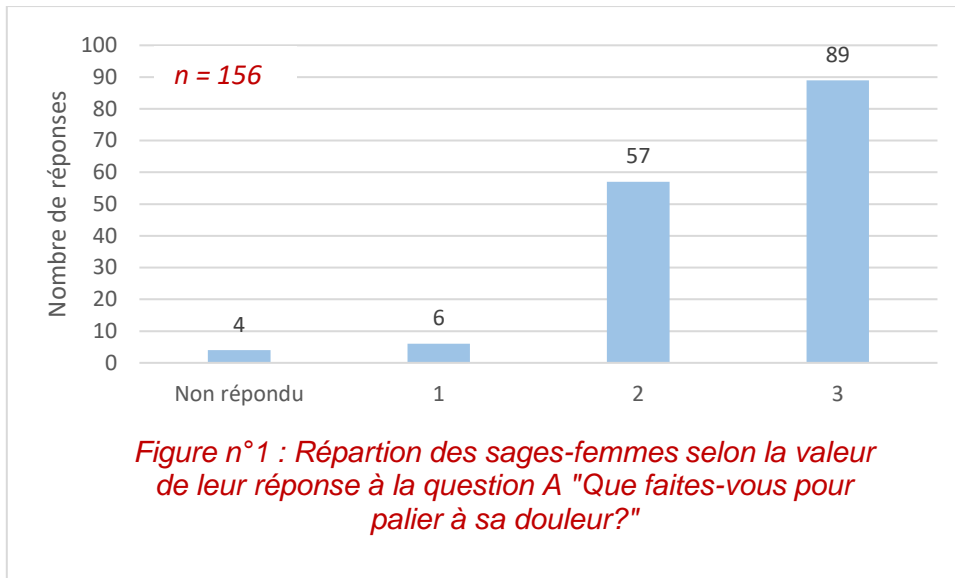
Notre deuxième question demandait aux sages-femmes quelle surveillance du rythme cardiaque fœtal et de la dynamique utérine elles mettaient en place pour cette patiente. Dans la majorité des cas (75,6%) elles réalisent un monitoring discontinu toutes les 1 à 2 heures pendant la phase de latence puis en continu pendant la phase active. Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

Nous avons ensuite demandé l'attitude des sages-femmes après deux heures de stagnation de la dilatation à 3 cm. La majorité d'entre elles (70,1%) ont répondu « expectative » et 6,4 % réalisent une amniotomie. Une sage-femme n'a pas donné de réponse.

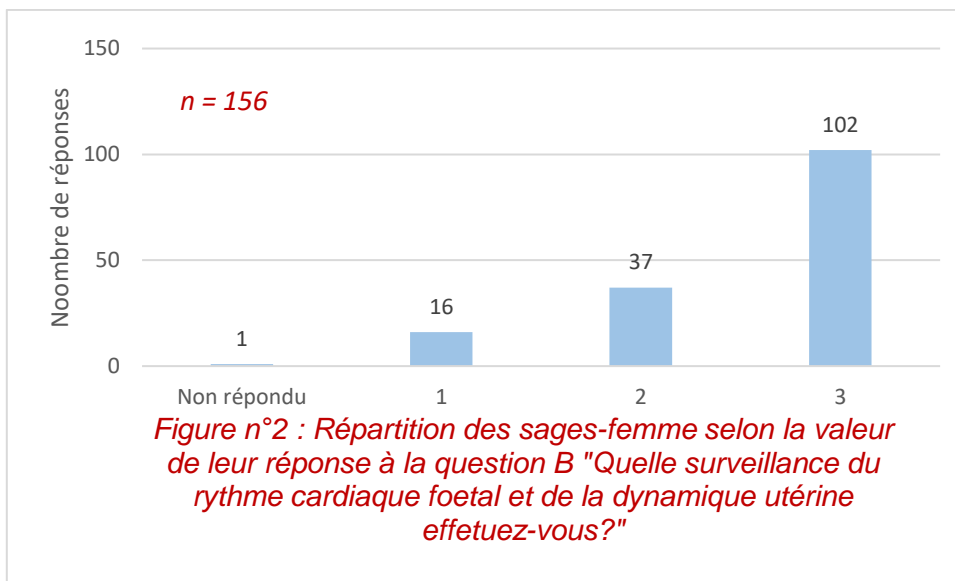
Nous avons posé cette question une deuxième fois après une stagnation de la dilatation à 6 cm depuis 2 heures. 41,6% des sages-femmes réalisent un monitoring en continu et 2,6% d'entre elles une amniotomie. Nous avons compté que seulement trois sages-femmes ont répondu qu'elles utilisent de l'oxytocine.

Dans une dernière question, nous avons demandé aux sages-femmes comment elles envisageaient la surveillance de la fin du travail de la patiente. 39,1% d'entre elles réalisent un monitoring en continu. Un faible pourcentage de sages-femmes (3,2%) réalisent une amniotomie à 2 heures de stagnation et 1,3 % à dilatation complète. Elles sont 4 diplômées à n'avoir pas répondu à cette question.

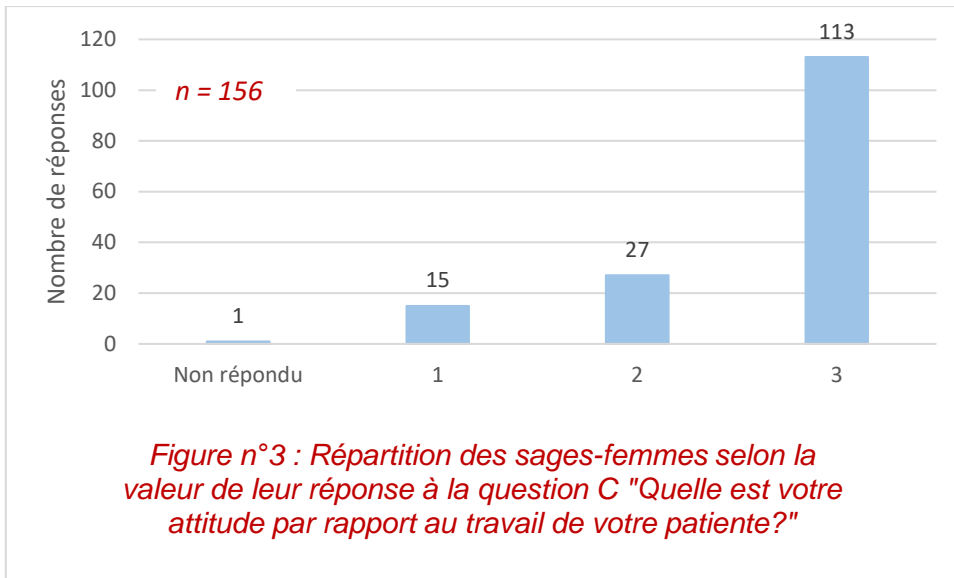
Dans un deuxième temps, nous avons attribué aux réponses des sages-femmes une valeur de 1 à 3 pour chaque question. La valeur 1 correspondait à une réponse que nous pouvons qualifier « éloignée des recommandations », la valeur 3 à une réponse « proche des recommandations » et la valeur 2 se situait entre les deux, « plutôt éloignée » ou « plutôt proche ».



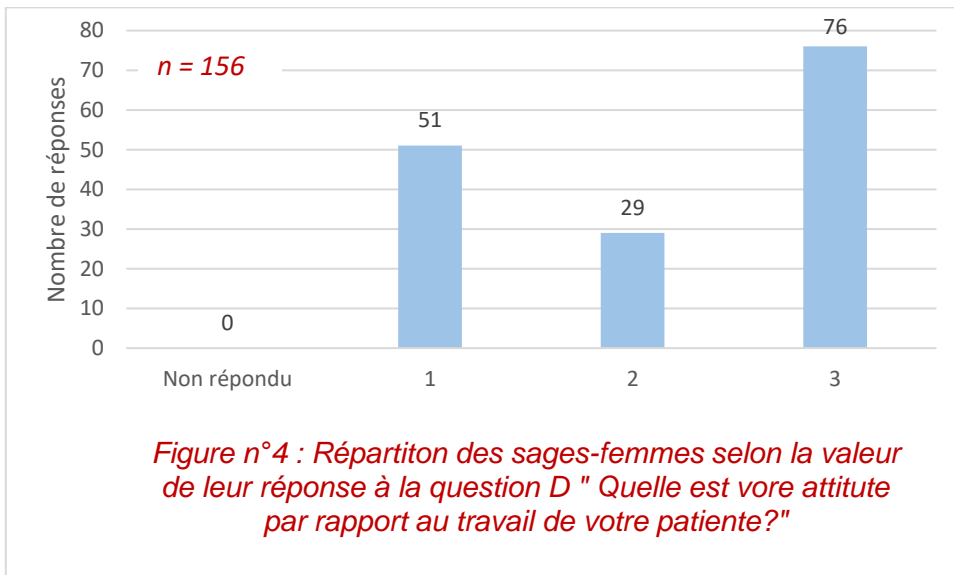
Plus de la moitié des réponses des nouvelles diplômées (57,1%) présentent une valeur de 3 concernant la prise en charge de la douleur de la parturiente. Nous avons attribué la valeur de 2 à 36,5% des sages-femmes et la valeur 1 à 3,8%.



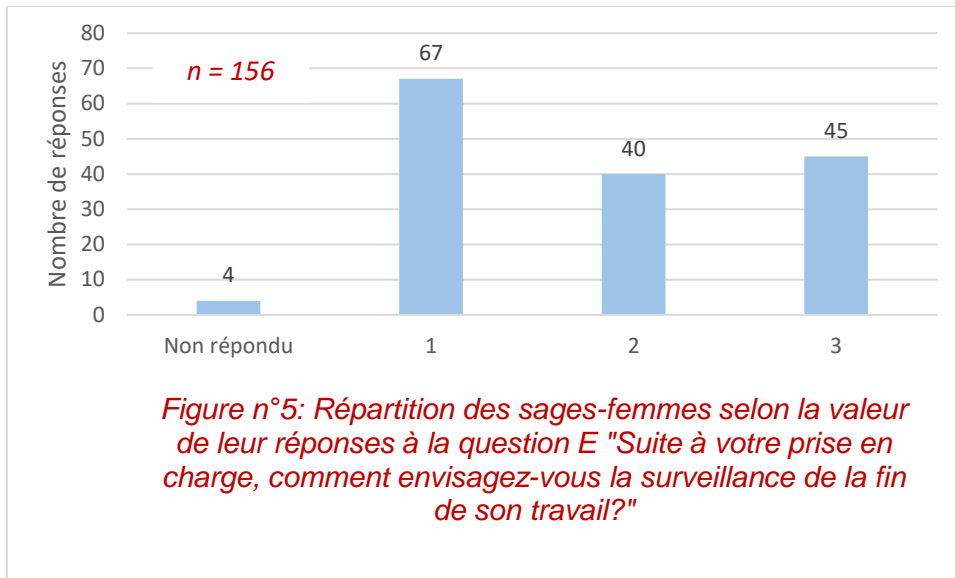
La majorité des réponses des sages-femmes (65,4%) ont une valeur de 3. 23,7% des réponses ont une valeur de 2 et 10,3% celle de 1.



Nous retrouvons une répartition similaire à la question C avec 72,4% des réponses dont la valeur attribuée est 3, 17, 3% ont une valeur de 2 et 9,6% la valeur de 1.



Un peu moins de la moitié des sages-femmes (48,7%) ont une réponse de valeur 3, 18,6% de valeur 2 et 40,5% de valeur 1.



La majorité des réponses des sages-femmes (42,9%) ont une valeur de 1. 25,6% ont pour valeur le 2 et 28,8% le 3.

### 3.3 Dispositif théorique de l'école de formation

#### 3.3.1 La place de l'enseignement du travail physiologique dans le cycle des études

Nous avons interrogé les nouvelles diplômées sur les différents enseignements de la physiologie du travail, ainsi que de la PNP pour représenter le dispositif théorique concernant le travail physiologique. Nous avons réuni les réponses dans les tableaux suivants.

**Tableau IV : L'étude des phénomènes dynamiques du travail**

		Effectif	%
<b>Volume horaire</b> <i>n = 156</i>	Moins de 3 heures	21	<b>13,5</b>
	3 à 6 heures	71	<b>45,5</b>
	Plus de 6 heures	31	<b>19,9</b>
	Je ne me souviens pas	33	<b>21,2</b>
<b>Cycle</b> <i>n = 156</i>	En 2 <sup>ème</sup> et/ou 3 <sup>ème</sup> année	133	<b>85,3</b>
	En 4 <sup>ème</sup> et/ou 5 <sup>ème</sup> année	6	<b>3,8</b>
	En licence et en master	17	<b>10,9</b>
<b>Forme</b> <i>n = 156</i>	Cours magistraux	132	<b>84,6</b>
	Travaux dirigés	8	<b>5,1</b>
	Travaux pratiques	6	<b>3,8</b>
	Jeux de rôle	0	<b>0</b>
	Exercice de simulation clinique	2	<b>1,3</b>
	Ateliers de raisonnement clinique	8	<b>5,1</b>

Nous avons relevé que 85,3% des sages-femmes déclarent avoir reçu cet enseignement pendant le cycle de licence et pour 84,6% d'entre elles, sous la forme de cours magistraux. 10,9% des jeunes diplômés ont reçu cet enseignement pendant le cycle de licence et de master.

**Tableau V : Etude de la mécanique obstétricale**

		Effectif	%
<b>Volume horaire</b> <i>n = 156</i>	Moins de 3 heures	17	<b>10,9</b>
	3 à 6 heures	62	<b>39,7</b>
	Plus de 6 heures	65	<b>41,7</b>
	Je ne me souviens pas	12	<b>7,7</b>
<b>Cycle</b> <i>n = 156</i>	En 2 <sup>ème</sup> et/ou 3 <sup>ème</sup> année	112	<b>71,7</b>
	En 4 <sup>ème</sup> et/ou 5 <sup>ème</sup> année	8	<b>5,1</b>
	En licence et en master	35	<b>22,4</b>
	Non répondu	1	<b>0,6</b>
<b>Forme</b> <i>n = 156</i>	Cours magistraux	104	<b>66,7</b>
	Travaux dirigés	15	<b>9,6</b>
	Travaux pratiques	25	<b>16</b>
	Jeux de rôle	0	<b>0</b>
	Exercice de simulation clinique	9	<b>5,8</b>
	Ateliers de raisonnement clinique	3	<b>1,9</b>

La mécanique obstétricale représentait plus de 6 heures d'enseignement pour 41,7% des sages-femmes et entre 3 à 6 heures pour 39,7%. Pour 71,7% d'entre elles, cette étude a eu lieu lors du cycle licence et majoritairement sous forme de cours magistraux (66,7%). 22,4% des anciens étudiants ont reçu cet enseignement pendant le cycle de licence et de master et une personne n'a pas donné de réponse.

**Tableau VI : Etude des moyens de surveillance du travail et de l'accouchement physiologique**

		Effectif	%
<b>Volume horaire</b> <i>n = 156</i>	Moins de 3 heures	58	<b>37,2</b>
	3 à 6 heures	43	<b>27,6</b>
	Plus de 6 heures	32	<b>20,5</b>
	Je ne me souviens pas	23	<b>14,7</b>
<b>Cycle</b> <i>n= 156</i>	En 2 <sup>ème</sup> et/ou 3 <sup>ème</sup> année	108	<b>69,2</b>
	En 4 <sup>ème</sup> et/ou 5 <sup>ème</sup> année	10	<b>6,4</b>
	En licence et en master	35	<b>22,4</b>
	Non répondu	3	<b>1,9</b>
<b>Forme</b> <i>n = 156</i>	Cours magistraux	127	<b>83</b>
	Travaux dirigés	17	<b>11,1</b>
	Travaux pratiques	3	<b>2</b>
	Jeux de rôle	0	<b>0</b>
	Atelier de raisonnement clinique	6	<b>3,9</b>
	Non répondu	3	<b>1,9</b>

Les moyens de surveillance du travail et de l'accouchement physiologique font l'objet d'un enseignement de moins de 3 heures pour 37,2% des jeunes diplômées. La majorité des sages-femmes (69,2%) indique que cet enseignement a lieu pendant le cycle licence et sous la forme de cours magistraux (83%). 3 jeunes diplômées n'ont pas donné de réponses pour le cycle correspondant à cet enseignement et 22,5% diplômées ont reçu cet enseignement pendant le cycle licence et master. Nous remarquons que 3 personnes n'ont pas mentionné le cycle et la forme de l'enseignement.

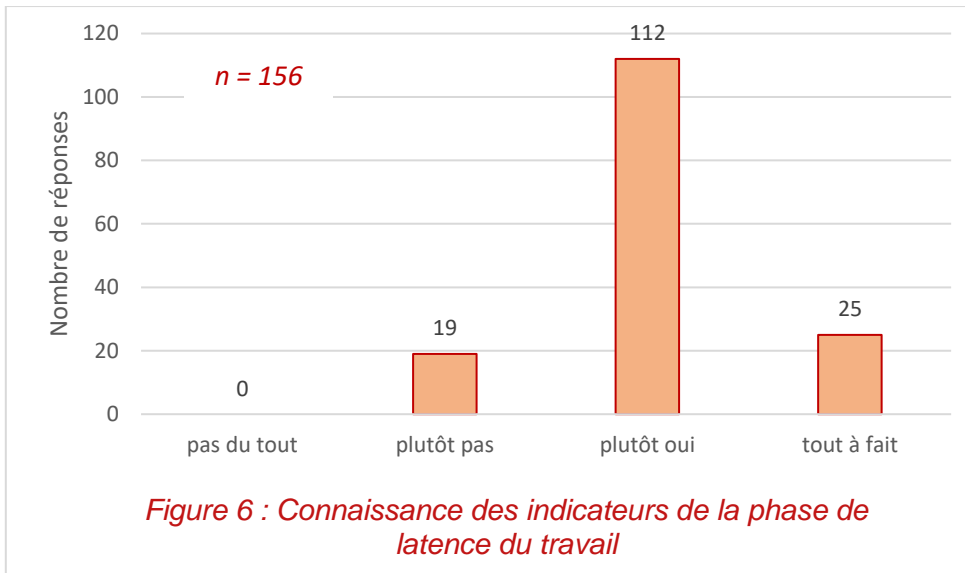
**Tableau VII : Enseignement de la préparation à la naissance et à la parentalité**

		N	%
<b>Volume horaire</b> <i>n = 156</i>	Moins de 3 heures	51	<b>32,7</b>
	3 à 6 heures	50	<b>32,1</b>
	Plus de 6 heures	47	<b>30,1</b>
	Je ne me souviens pas	7	<b>4,5</b>
	Non répondu	1	<b>0,6</b>
<b>Cycle</b> <i>n = 156</i>	En 2 <sup>ème</sup> et/ou 3 <sup>ème</sup> année	85	<b>54,5</b>
	En 4 <sup>ème</sup> et/ou 5 <sup>ème</sup> année	47	<b>30,1</b>
	En licence et en master	24	<b>15,4</b>
<b>Forme</b> <i>n = 156</i>	Cours magistraux	61	<b>39,1</b>
	Travaux dirigés	17	<b>10,9</b>
	Travaux pratiques	26	<b>16,7</b>
	Jeux de rôle	25	<b>16</b>
	Autre	27	<b>17,3</b>

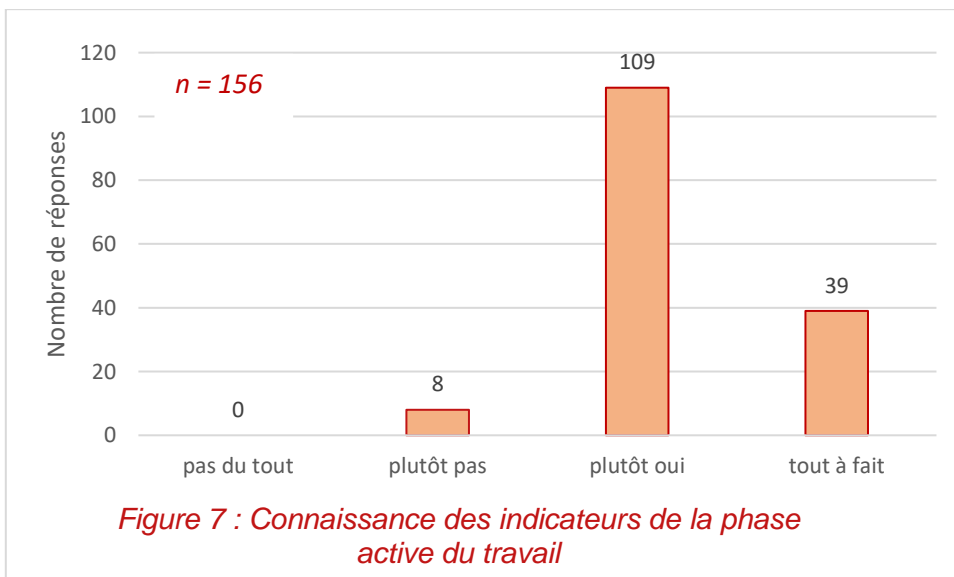
La préparation à la naissance et à la parentalité représente en position quasi-égale moins de 3 heures (32,7%), entre 3 à 6 heures (32,1%) et plus de 6 heures (30,1%). Une seule personne n'a pas mentionné le volume horaire. La PNP a été enseigné en licence pour plus de la moitié des anciens étudiants (54,5%) et principalement sous forme de cours magistraux (39,1%). Nous constatons que 16% des nouvelles diplômées ont bénéficié du jeu de rôle pour cet enseignement. Les 27 diplômées qui ont répondu « autre » à cette question pouvaient ensuite préciser leur choix par une question ouverte. Les autres formes d'enseignements évoqués sont les séances de PNP à l'hôpital animées par une sage-femme ou bien en autonomie, un enseignement optionnel, les stages, la réalisation d'un portfolio ainsi que des exposés.

### **3.3.2 Enseignement de la progression du travail physiologique**

Nous avons demandé aux sages-femmes jeunes diplômées de noter de 0 à 3 leur sentiment de connaissance concernant la progression du travail d'une femme enceinte. Cela est représenté par les trois graphiques ci-dessous.

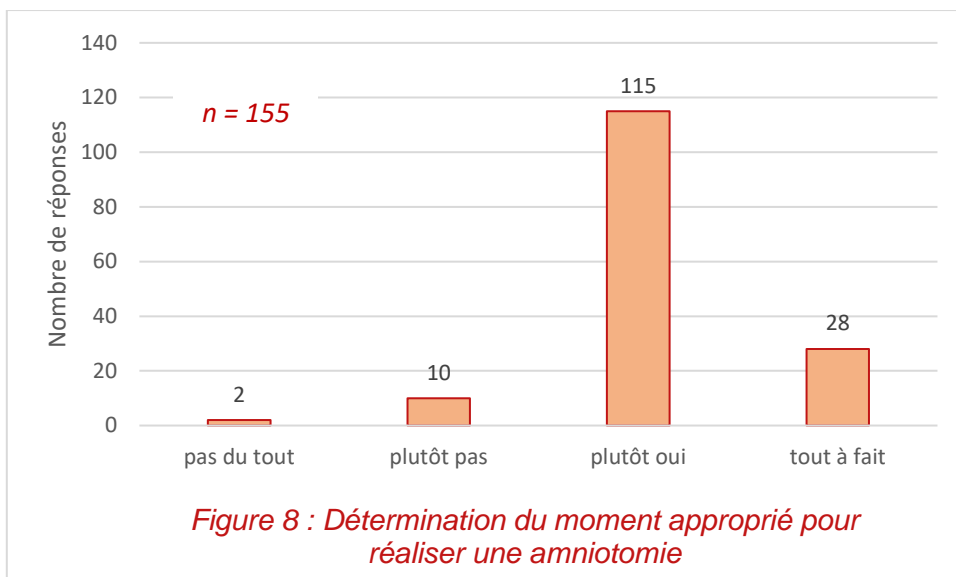


Parmi les 156 sages-femmes, 71,8% ont le sentiment de « plutôt » connaître les indicateurs de la phase de latence, 16% ont « tout à fait » le sentiment de les connaître et 12,2% n'ont « plutôt pas » ce sentiment.



Pour les indicateurs de la phase active du travail, 69,9% des sages-femmes ont le sentiment de « plutôt » les connaître, 25% les connaissent « tout à fait » et 5,1% ont le sentiment de ne « plutôt pas » les connaître.





Nous avons relevé que 74,2% des nouvelles diplômées ont « plutôt » le sentiment de savoir déterminer le moment approprié pour réaliser une amniotomie. 18,1% ont « tout à fait » le sentiment de connaître ce moment, 6,5% « plutôt pas » et 1,3% n'ont « pas du tout » le sentiment de savoir déterminer quand rompre la poche des eaux. Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

### 3.3.3 Enseignement de la prise en charge de la douleur

**Tableau VIII : Sentiment de connaissance des méthodes de soulagement de la douleur d'une parturiente**

		Effectif	%
<b>Connaissance d'autres analgésiques que l'APD</b> <i>n = 156</i>	Pas du tout	1	<b>0,6</b>
	Plutôt pas	31	<b>20</b>
	Plutôt oui	96	<b>61,5</b>
	Tout à fait	27	<b>17,3</b>
	Non répondu	1	<b>0,6</b>
<b>Connaissance des méthodes alternatives</b> <i>n = 156</i>	Pas du tout	2	<b>1,3</b>
	Plutôt pas	37	<b>23,7</b>
	Plutôt oui	93	<b>59,6</b>
	Tout à fait	24	<b>15,4</b>

Plus de la moitié des sages-femmes jeunes diplômées (61,5% et 59,6%) ont « plutôt » le sentiment de connaître d'autres analgésiques que la péridurale et les méthodes alternatives

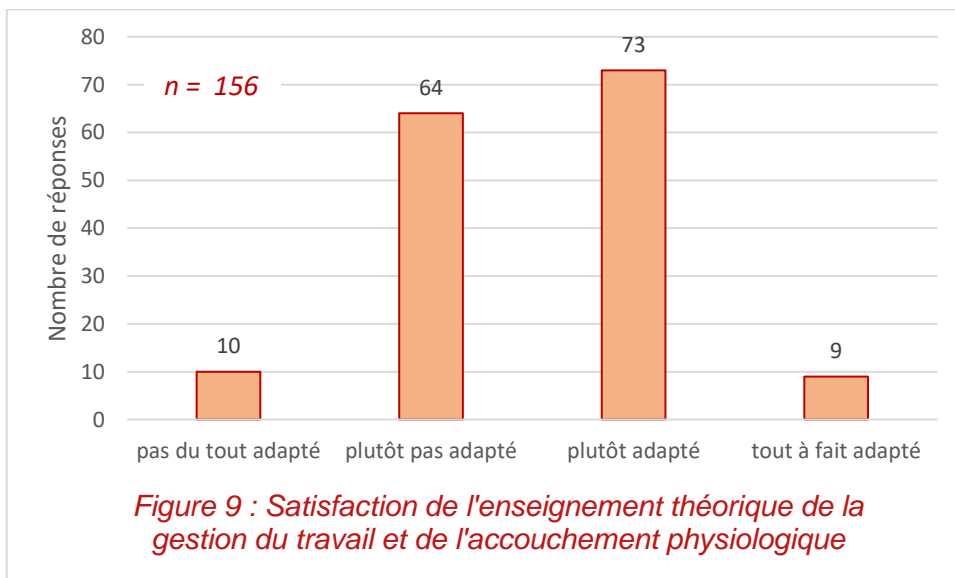
pour soulager la douleur d'une patiente en salle de naissance. Une personne pense ne « pas du tout » avoir la connaissance d'autres analgésiques, une autre personne n'a pas mentionné sa réponse et deux personnes ont le sentiment de ne « pas du tout » connaître les méthodes alternatives.

**Tableau IX : Le partage d'expérience de la gestion du travail physiologique**

		Effectif	%
Partage d'expérience avec les formateurs de l'école <i>n = 156</i>	Oui	46	29,5
	Non	109	69,9
	Non répondu	1	0,6
Partage d'expérience avec les autres étudiants <i>n = 156</i>	Oui	128	82,1
	Non	26	16,6
	Non répondu	2	1,3

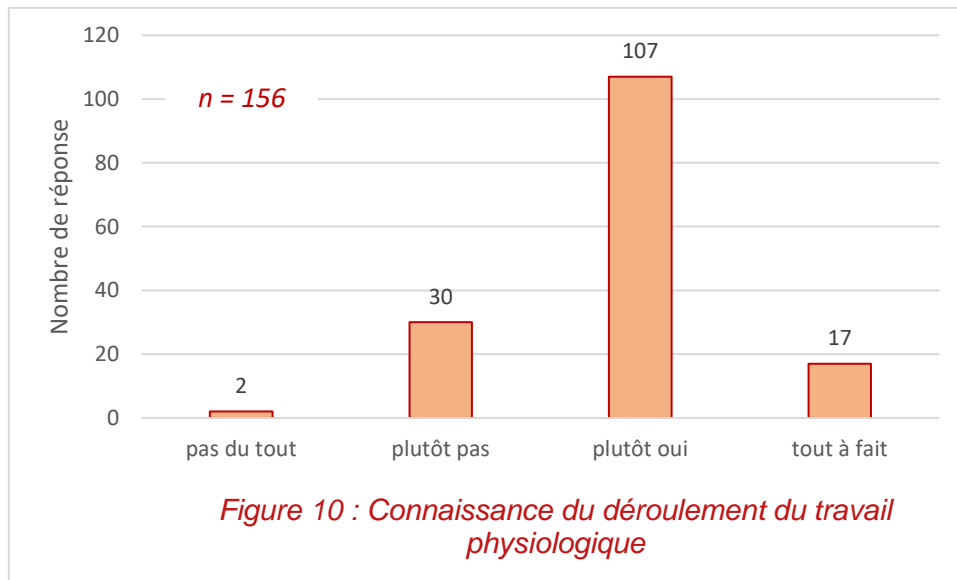
La majorité des sages-femmes de l'étude (69,9%) n'ont pas eu l'occasion de partager leur expérience avec les formateurs de l'école mais l'occasion s'est présentée avec les autres étudiants pour 82,1% d'entre elles. Une personne n'a pas répondu concernant le partage d'expérience avec les formateurs et deux personnes pour celui avec les étudiants.

### 3.3.4 Satisfaction de l'enseignement de la gestion du travail physiologique



L'enseignement théorique est « tout à fait » adapté pour la gestion du travail physiologique pour 5,8% des sages-femmes nouvellement diplômés. 46,8% pensent que cet enseignement théorique est « plutôt adapté ». 41% pensent que celui-ci n'est « plutôt pas » adapté et 6,4% qu'il ne l'est « pas du tout ».

A l'issue de l'enseignement théorique proposé par l'école de formation, nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient le sentiment de connaître le déroulement physiologique du travail. Leurs réponses sur une échelle de 0 à 3 sont représentées par le graphique suivant.



Nous notons que la majorité des jeunes diplômées (68,6%) ont « plutôt » le sentiment de connaître le déroulement du travail physiologique. 10,9% ont « tout à fait » ce sentiment de connaissance, 19,2 % « plutôt pas » et 1,3% n'ont « pas du tout » ce sentiment.

Pour conclure sur cette troisième partie, nous leur avons demandé par une question ouverte de nous expliquer leur réponse.

Parmi les sages-femmes qui n'ont pas le sentiment de connaître le déroulement physiologique du travail ou plutôt pas, les explications les plus citées sont :

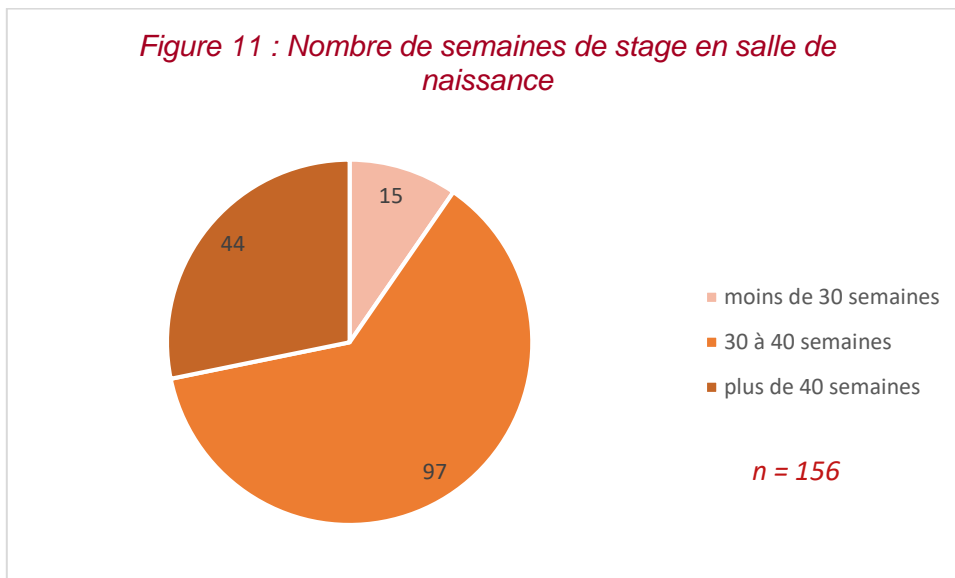
- un apprentissage seulement en stage (cité 7 fois)
- l'absence de cas clinique et de travaux dirigés (cité 3 fois)
- un enseignement des méthodes alternatives de l'analgésie péridurale insuffisant (cité 3 fois)
- l'absence de la communication des nouvelles recommandations à l'école (cité 3 fois)
- la médicalisation du travail et de l'accouchement (cité 3 fois)
- le manque de pratique (cité 2 fois)

- l'absence de rappel pendant le cycle master (cité 2 fois)
- la différence entre la théorie et la réalité (cité 1 fois)
- le manque de temps pour l'enseignement de la physiologie (cité 1 fois)

Les sages-femmes qui ont « tout à fait » le sentiment de connaître le déroulement physiologique l'expliquent grâce à un apprentissage dans des maternité de type I, la réalisation d'un stage pré professionnel en maison de naissance ou dans une maternité de type I ainsi qu'un enseignement théorique qu'elles estiment suffisant.

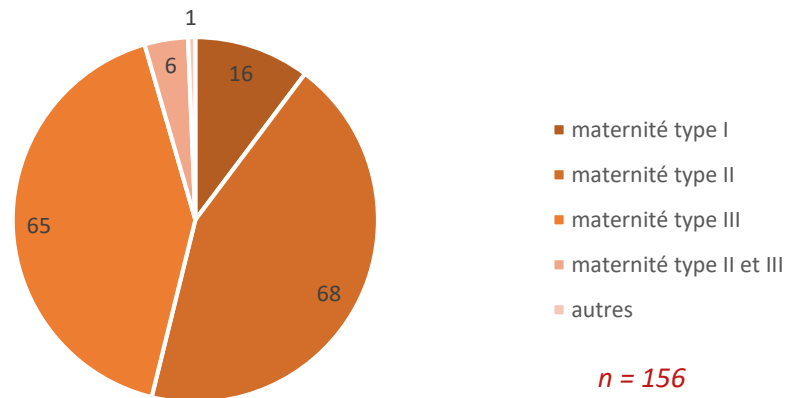
### 3.4 La formation clinique à la gestion du travail physiologique

#### 3.4.1 L'apprentissage au cours des stages en salle de naissance



Pendant leur formation, 62,6% des sages-femmes jeunes diplômées ont effectué entre 30 et 40 semaines de stage en salle de naissance. Elles sont 28,4% à avoir réalisé plus de 40 semaines de stage et 5,7% moins de 30 semaines en salle de naissance.

Figure 12 : Le type de maternité pour les stages en salle de naissance



Parmi les sages-femmes de l'étude, 43,6% ont réalisé plus de la moitié de leur stage en salle de naissance dans une maternité de type II au cours de leur formation. De même, 41,7% ont réalisé ces stages dans une maternité de type III. 3,8% des anciens étudiants ont réalisé autant de stage dans une maternité de type II et III. Nous avons relevé que 10,3% des sages-femmes ont effectué ces stages dans une maternité de type I. Une personne a mentionné le fait d'avoir réalisé plus de la moitié des stages dans une maison de naissance.

### 3.4.2 Observation et gestion du travail physiologique

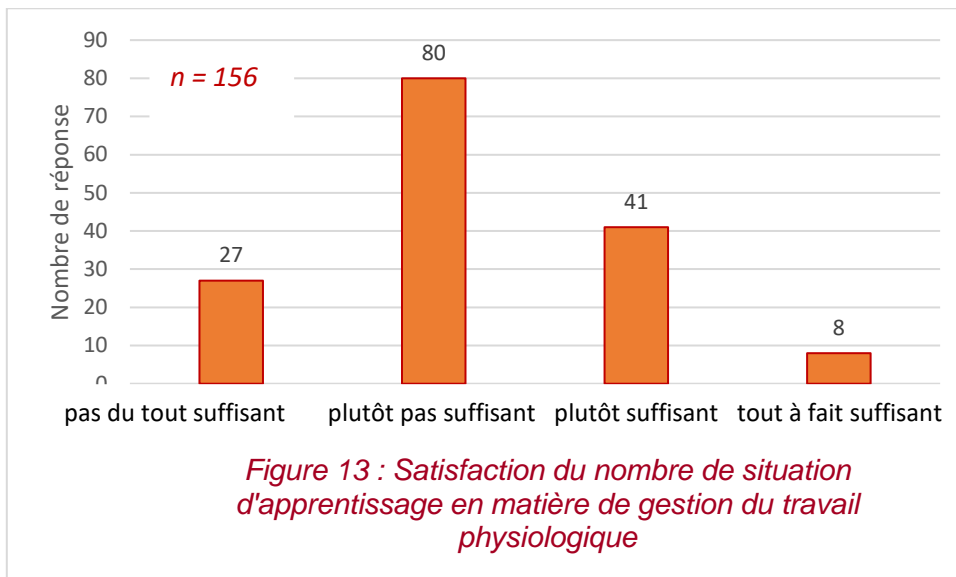
**Tableau X : Les opportunités d'apprentissage de la gestion du travail physiologique**

		Effectif	%
Observation d'une parturiente sans APD <i>n= 156</i>	Souvent	53	<b>34</b>
	Rarement	102	<b>65,4</b>
	Jamais	1	<b>0,6</b>
Observation d'une parturiente sans perfusion <i>n = 156</i>	Souvent	7	<b>4,5</b>
	Rarement	71	<b>45,5</b>
	Jamais	78	<b>50</b>
Observation d'une parturiente qui se mobilise <i>n = 156</i>	Souvent	54	<b>34,6</b>
	Rarement	98	<b>62,8</b>
	Jamais	4	<b>2,6</b>
Observation d'une parturiente avec un monitoring fœtal discontinu <i>n = 156</i>	Souvent	18	<b>11,5</b>
	Rarement	110	<b>70,5</b>
	Jamais	28	<b>17,9</b>
Observation des méthodes alternatives pour soulager la douleur <i>n = 156</i>	Souvent	51	<b>32,7</b>
	Rarement	92	<b>59</b>
	Jamais	13	<b>8,3</b>
Application des méthodes alternatives <i>n = 156</i>	Oui	115	<b>73,7</b>
	Non	39	<b>25</b>
	Non répondu	2	<b>1,2</b>
Gestion du travail physiologique <i>n = 156</i>	Souvent	24	<b>17,3</b>
	Rarement	114	<b>73,1</b>
	Jamais	15	<b>9,6</b>

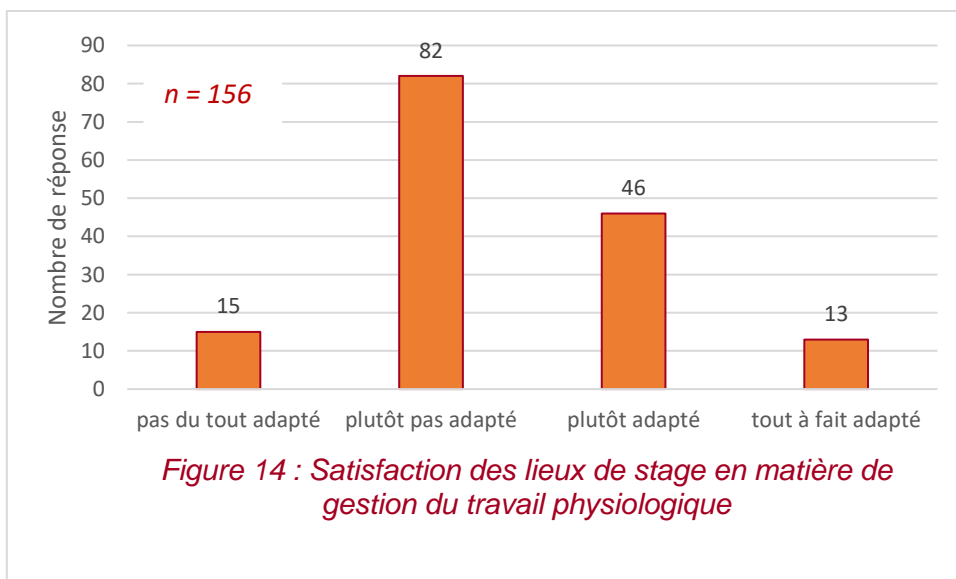
Nous relevons que la majorité des sages-femmes (65,4%) ont observé le travail d'une patiente sans analgésie péridurale. De même plus de la moitié d'entre elles (62,8%) ont observé une parturiente qui se mobilisait pendant son travail. La moitié des nouvelles diplômées n'ont jamais vu une parturiente sans perfusion. Pour 70,4 % des sages-femmes, une patiente avait bénéficié d'un monitoring fœtal discontinu. 59% des anciens étudiants ont pu observer des méthodes alternatives pendant le travail d'une femme enceinte et 73,7% ont eu l'occasion de les appliquer. Elles avaient la possibilité de les mentionner dans une question ouverte. Celles-ci sont par ordre de fréquence : la mobilisation, le bain/douche, le ballon, les postures, les massages, la relaxation, l'acuponcture, l'hypnose, la sophrologie, le chant prénatal, l'haptonomie, l'homéopathie, la bouillotte, l'acupression et la méthode Bonapace.

Nous avons demandé aux nouvelles diplômées de noter leur satisfaction concernant

l'enseignement clinique sur une échelle de 0 à 3. Leurs réponses figurent dans les deux graphiques suivants.

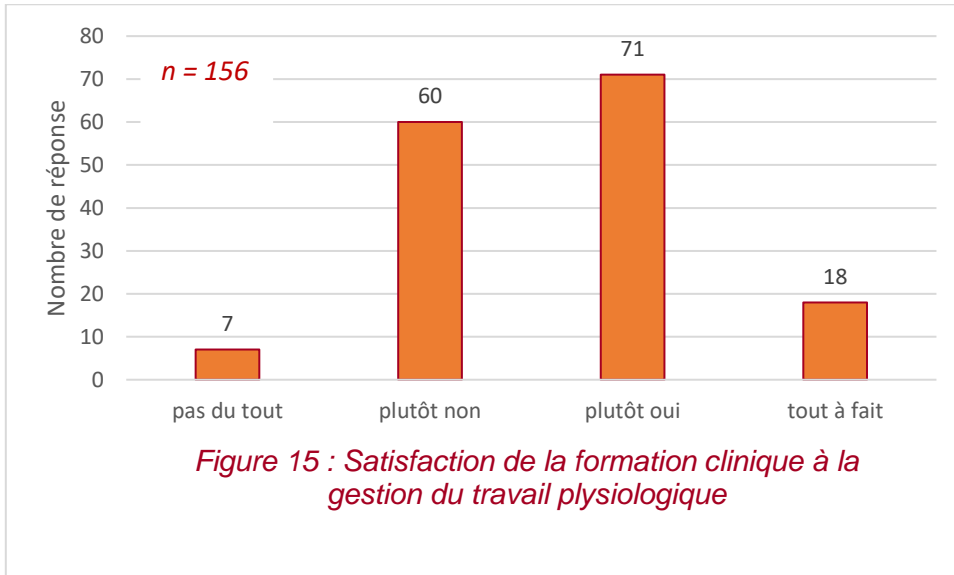


Nous avons relevé que 5,1% des sages-femmes nouvellement diplômées pensent que le nombre de situation d'apprentissage en stage est « tout à fait » suffisant pour la gestion du travail physiologique. Plus de la moitié (51,3%) pensent qu'il n'est « plutôt pas » suffisant, 26,3% qu'il est « plutôt suffisant » et 17,3% qu'il n'est « pas du tout » suffisant.



Les lieux de stage pour l'apprentissage de la gestion du travail physiologique sont « tout à fait » adaptés pour seulement 8,3% des sages-femmes interrogées. 52,6% d'entre elles

décrivent leurs lieux de stage comme « plutôt pas » adaptés et 9,6% comme « pas du tout » adaptés.



Pour conclure cette quatrième partie, 11,5% des nouvelles diplômées sont « tout à fait » satisfaites de la formation clinique à la gestion du travail physiologique pendant leur formation. 45,5% sont « plutôt » satisfaites, 38,5% ne le sont « plutôt pas » et 4,5% ne sont « pas du tout » satisfaites de la formation clinique.

### 3.5 Analyse statistique des résultats

Pour réaliser des tests statistiques nous avons choisi de former deux groupes parmi les sages-femmes de l'étude. Le groupe « sages-femmes satisfaites » se compose des sages-femmes qui ont répondu à certaines questions par « oui en partie » ou « tout à fait ». Le groupe « sages-femmes non satisfaites » comprend celles qui ont répondu « plutôt pas » et « pas du tout ».

A partir de ses deux groupes nous avons comparé le sentiment de connaissance du déroulement du travail physiologique selon les enseignements lors des deux cycles de la formation.



**Tableau XI : Sentiment de connaissance du déroulement du travail physiologique selon l'enseignement au cours des deux cycles de formation**

	Groupe Sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe Sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Etude des phénomènes dynamiques du travail lors des deux cycles	13,8 (17)	3,0 (1)	NS
Etude de la mécanique obstétricale lors des deux cycles	26,8 (33)	6,1 (2)	<b>0,013</b>
Etudes des moyens de surveillance du travail physiologique lors des deux cycles	25,2 (31)	6,1 (2)	<b>0,002</b>
Etude de la préparation à la naissance et à la parentalité	18,7 (23)	6,1 (2)	NS

Il en ressort que les sages-femmes connaissent significativement le déroulement du travail physiologique lorsqu'elles ont bénéficié de l'enseignement de la mécanique obstétricale et des moyens de surveillance du travail au cours du cycle de licence et de master. Lorsque l'étude des phénomènes dynamiques du travail et la PNP ont été enseignés lors des deux cycles de la formation, le taux des sages-femmes qui ont le sentiment de connaître le déroulement du travail physiologique est plus important que celles qui n'ont pas ce sentiment (respectivement 13,8% et 18,7%). Néanmoins ces résultats ne sont pas significatifs.

Nous avons ensuite comparé la satisfaction des sages-femmes et la connaissance d'autres analgésiques que la péridurale ainsi que des méthodes alternatives de la douleur, mais il n'existe aucune différence.

**Tableau XII : Satisfaction du dispositif théorique selon les connaissances de la prise en charge de la douleur**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Connaissance d'autres analgésiques que la péridurale	84,1 (69)	74,3 (55)	NS
Connaissance des méthodes non pharmacologiques	76,8 (63)	71,6 (53)	NS

Ensuite nous souhaitions savoir si les sages-femmes avaient le sentiment de connaître le déroulement du travail physiologique grâce à la connaissance des indicateurs de la phase de latence, de la phase active et du moment approprié pour réaliser une amniotomie.

**Tableau XIII : Sentiment de connaissance du déroulement physiologique du travail selon l'enseignement de la progression du travail physiologique**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Connaissance indicateurs phase de latence	89,4 (110)	63,6 (21)	<b>0,003</b>
Connaissance indicateurs phase active	97,6 (120)	84,8 (28)	<b>0.02</b>
Savoir déterminer le moment d'une amniotomie	96,7 (119)	72,7 (24)	<b>0.0002</b>

Il existe une différence statistiquement significative entre les sages-femmes qui ont le sentiment de connaître le déroulement du travail physiologique et celle qui n'ont pas ce sentiment selon leur connaissance de la progression du travail physiologique.

Nous avons également comparé la satisfaction des lieux de stages selon la durée des stages en salle de naissance et le niveau des maternités.

**Tableau XIV : Satisfaction des lieux de stages en fonction de leurs modalités**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Semaines de stages en salle de naissance	81,7 (49)	95,8 (92)	<b>0,0004</b>
Type de la maternité des stages en salle de naissance	96,7 (58)	97,9 (94)	NS

Nous remarquons que les sages-femmes qui ont effectué 30 à 40 semaines de stage ou plus de 40 semaines en salle de naissance sont statistiquement moins satisfaites des stages en matière de gestion du travail physiologique. Concernant le type de la maternité nous n'avons pas trouvé de différence significative.

Par ailleurs, nous avons comparé la satisfaction des nouvelles diplômées selon les opportunités d'observation du travail physiologique en salle de naissance.

**Tableau XV : Satisfaction du nombre de situation d'apprentissage selon les opportunités d'observation du travail physiologique**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Observation parturientes sans APD	52,1 (25)	24,1 (26)	<b>0,0006</b>
Observation parturientes sans perfusion	8,3 (4)	3,7 (4)	NS
Observation parturientes qui se mobilisent	56,3 (27)	24,1 (26)	<b>0,00009</b>
Observation parturientes avec monitoring fœtal discontinu	20,8 (10)	7,4 (8)	<b>0,02</b>

Il apparaît qu'il existe un lien statistiquement significatif entre la satisfaction du nombre de situation d'apprentissage des sages-femmes diplômées et le fait d'avoir eu l'occasion

d'observer le travail d'une parturiente sans APD, qui se mobilise et avec un monitoring fœtal discontinu. Il n'existe pas de lien significatif entre la satisfaction du nombre d'occasion d'apprentissage et l'observation des patientes sans perfusion.

Nous nous sommes ensuite intéressées à la satisfaction de la formation clinique selon la gestion du travail physiologique et l'application des méthodes alternatives à la douleur.

**Tableau XVI : Satisfaction de la formation clinique en fonction des opportunités d'apprentissage**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Opportunités de gérer le travail physiologique	26,1 (23)	5,9 (4)	<b>0,001</b>
Application des méthodes alternatives	82,9 (73)	64,7 (44)	<b>0,009</b>

Nous remarquons que les sages-femmes qui ont eu l'occasion de gérer le travail physiologique lors de leurs stages et qui ont pu mettre en application des méthodes alternatives pour soulager la douleur des patientes sont significativement plus satisfaites de leur formation clinique à gérer le travail physiologique.

Nous avons ensuite comparé la satisfaction de la formation clinique en matière de gestion du travail physiologique et les réponses des sages-femmes « proches » des recommandations de la vignette clinique.

**Tableau XVII : Satisfaction de la formation clinique en fonction des réponses proches des recommandations**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Surveillance fœtale et dynamique utérine discontinu	68,2 (60)	60,3 (41)	NS
Déroulement du travail à 3 cm : expectative	72,7 (64)	48,5 (33)	<b>0,0035</b>
Déroulement du travail à 6 cm : expectative	48,9 (43)	45,6 (31)	NS

Les sages-femmes qui ont donné une réponse proche des recommandations concernant le déroulement du travail d'une patiente à 3 cm sont statistiquement plus satisfaites de la formation clinique à la gestion du travail physiologique.

Il n'existe pas de différence significative selon les réponses proches des recommandations concernant la surveillance fœtale et le déroulement du travail à 6 cm sur la satisfaction de la formation clinique.

Pour finir, nous avons cherché un lien entre les sages-femmes qui pensent que la formation initiale permet l'acquisition des compétences pour la gestion du travail physiologique et leurs réponses à la vignette clinique, considérées comme proches des recommandations.

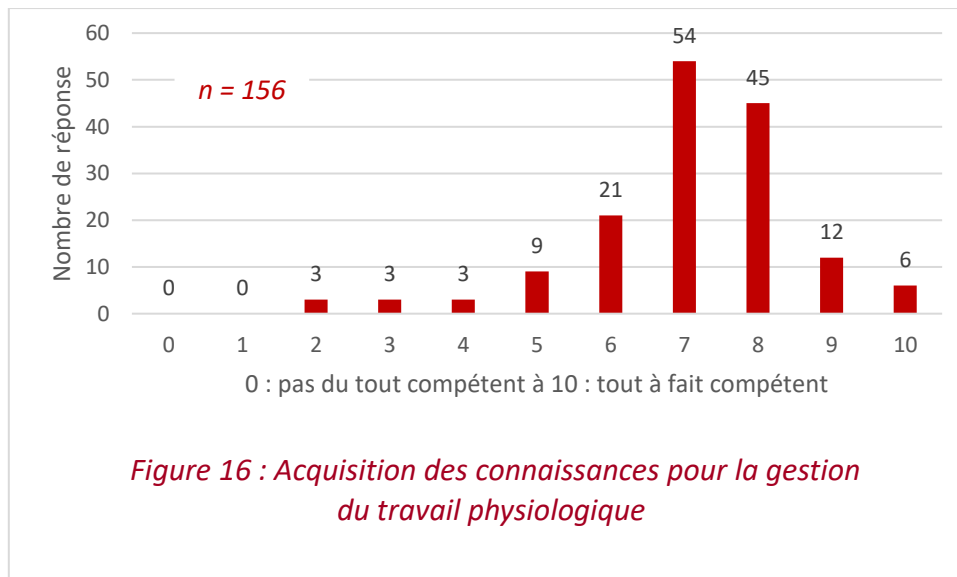
**Tableau XVIII : Acquisition des compétences grâce à la formation initiale en fonction des réponses proches des recommandations**

	Groupe sages-femmes satisfaites % (Effectif)	Groupe sages-femmes non satisfaites % (Effectif)	P
Surveillance fœtale et dynamique utérine discontinu	66,3 (59)	62,7 (42)	NS
Déroulement du travail à 3 cm : expectative	73,0 (65)	70,1 (47)	NS
Déroulement du travail à 6 cm : expectative	47,2 (42)	47,8 (32)	NS

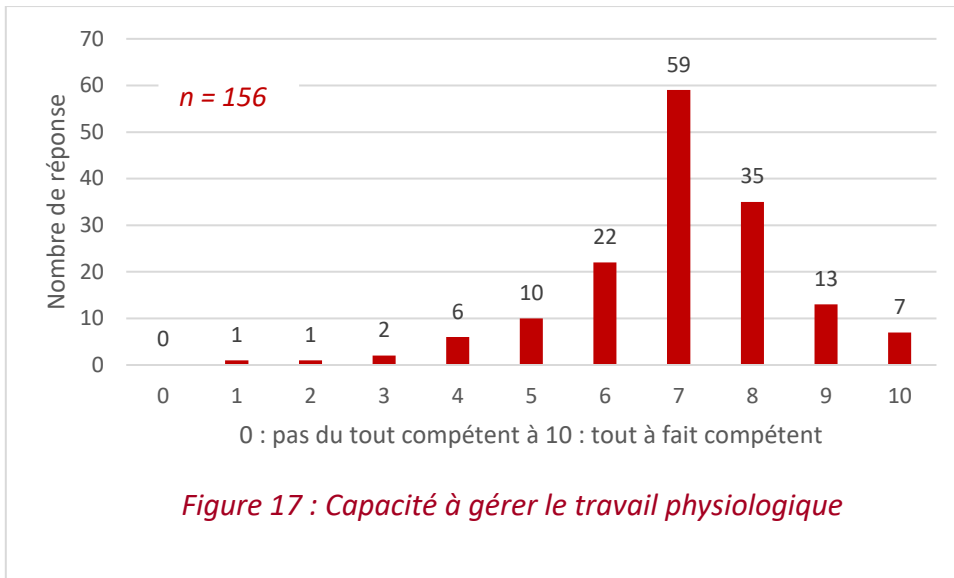
Nous remarquons que les sages-femmes dont les réponses sont proches des recommandations ne sont pas significativement plus satisfaites de la formation initiale pour la gestion du travail physiologique.

### 3.6 Sentiment de compétence à la gestion du travail physiologique

Une dernière partie s'intéressait au ressenti des sages-femmes nouvellement diplômées concernant leurs compétences à la gestion du travail physiologique. Pour cela nous avons réalisé une échelle de type Likert, avec un continuum allant de « pas du tout compétent » à « tout à fait » compétent sur laquelle chaque sage-femme a noté son sentiment de compétence.

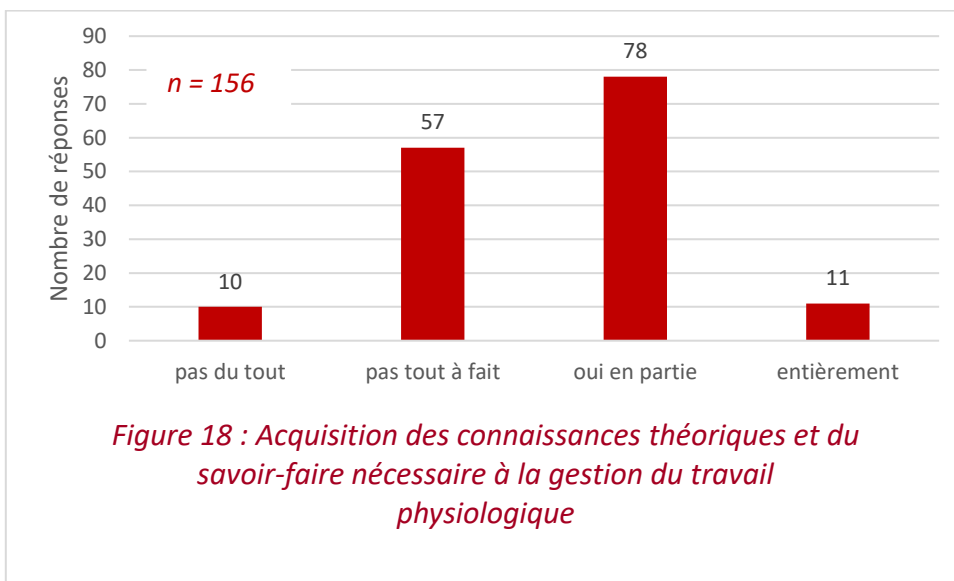


La majorité des réponses (34,6%) correspondait au chiffre 7 sur l'échelle de 0 à 10. 1,9% d'entre elle ont noté leur niveau de compétence à 3, 28,8% des sages-femmes ont choisis le chiffre 8, 7,8% le 9 et 3,8% le chiffre 10 qui est le plus haut niveau de compétence. La moyenne se situe à 7,1 (+ /- 1,5) avec une médiane à 7 et des extrêmes allant de 2 à 10.



De même, la majorité des sages-femmes (37,8%) ont noté leur sentiment de capacité à la gestion du travail physiologique à 7 sur 10. On note qu’une seule diplômée (0,6%) a choisi le chiffre 1, 22,4 % le chiffre 8, 8,3% le 9 et 4,5% de 10. La moyenne se situe à 7,0 (+/- 1,5) avec une médiane à 7 et des extrêmes allant de 1 à 10.

Nous avons conclu notre étude en interrogeant les sages-femmes sur leur point de vue concernant la qualité de la formation initiale pour l’apprentissage de la gestion du travail physiologique. Elles ont noté leur point de vue sur une échelle de type Likert avec un continuum allant de la formation permet « pas du tout » cette acquisition à elle le permet « tout à fait ».



Nous relevons que 89 sages-femmes ont répondu oui avec la moitié des sages-femmes de notre étude qui pensent que la formation initiale permet « en partie » l'acquisition des connaissances théoriques et du savoir-faire nécessaire à la gestion du travail physiologique et 7.1% d'entre elles « entièrement ». 67 sages-femmes ont répondu non avec 36,5% qui pensent que leur formation ne permet « pas tout à fait » cette acquisition et 6,4% « pas du tout ».

Nous avons demandé aux jeunes diplômées d'expliquer leurs réponses. Elles sont 78 à l'avoir fait. Pour les sages-femmes qui pensent que la formation ne permet « pas du tout » ou « pas tout à fait » l'acquisition de la gestion du travail physiologique, elles l'expliquent par le manque d'expérience en stage, l'absence de stage en maternité de type I, des occasions d'apprentissage en salle de naissance rares, des stages inadaptés, le choix des parturientes pour l'analgésie péridurale, un manque d'enseignement sur la gestion de la douleur et les méthodes alternatives ainsi que le manque de temps en stage.

Certaines sages-femmes ont noté leur sentiment de compétence entre 7 et 10 mais pensent que la formation initiale ne permet pas d'acquérir les connaissances théoriques et le savoir-faire à la gestion du travail physiologique. En effet, elles expliquent qu'elles ont réalisé un travail personnel de recherche, de lecture, d'information et d'expérience auprès de sages-femmes expérimentées qui leur a permis d'avoir ce sentiment de compétence.

D'autres sages-femmes expliquent leur sentiment de compétence grâce à la réalisation de stage dans une maison de naissance et dans des maternités de type I.

La dernière question du questionnaire permettait aux sages-femmes de nous soumettre leurs propositions pour améliorer la formation initiale en matière de gestion du travail physiologique. Celles-ci sont :

- plus de stages dans des maternités de type I, en maison de naissance ou en plateau technique (cité 22 fois)
- des entraînements sous forme de cas clinique, travaux dirigés, simulation, jeux de rôle (cité 20 fois)
- un enseignement des méthodes alternatives du soulagement de la douleur (cité 13 fois)
- un rappel des enseignements du travail physiologique pendant le cycle master en incluant l'intervention de sages-femmes expérimentées des maisons de naissance et la mise à jour de nouvelles recommandations (cité 10 fois)
- le projet de formation de l'étudiant (cité 5 fois)
- un accompagnement personnalité pour chaque couple (cité 5 fois)



## **Quatrième partie : Discussion**

### **4.1 Les points forts de l'étude**

Nous avons choisi de solliciter toutes les écoles de sages-femmes de France pour réaliser une enquête descriptive à l'échelle nationale et recueillir le point de vue de l'ensemble des nouvelles diplômées. L'organisation des stages en salle de naissance dans les différents types de maternités, ainsi que les protocoles de service selon les hôpitaux des diverses régions, ne devaient pas constituer un biais.

Nous avons réalisé une vignette clinique présentant une parturiente souhaitant un accouchement physiologique. La réponse aux questions demandait aux sages-femmes de se positionner dans cette situation et de décrire sa pratique habituelle ou celle qu'elle estimait la plus adaptée. Cette vignette nous a permis de distinguer les sages-femmes dont les pratiques correspondaient aux recommandations de celles qui s'en éloignaient. Pour cela nous avons choisi de classer en plusieurs groupes les différentes réponses selon le caractère proche ou éloigné des recommandations. Nous n'avons pas attribué de notes pour éviter de porter un jugement sur la pratique des nouvelles diplômées.

### **4.2 Les limites de l'étude**

Une des limites de notre étude réside dans la méthode mise en œuvre pour interroger les sages-femmes nouvellement diplômées. Dix-huit écoles ont participé à cette étude. Certaines écoles ne pouvaient pas diffuser notre questionnaire car elles n'avaient plus les coordonnées des étudiants. Ainsi l'échantillon de l'enquête a été limité et des écoles n'étaient pas représentées. De plus, parmi les écoles participantes les sages-femmes n'ont pas toutes répondu. Le nombre de participantes n'est donc pas représentatif de leur école. Nous supposons que le manque de temps, les préoccupations professionnelles et personnelles ainsi que le temps de remplissage du questionnaire peuvent expliquer ce résultat. En effet, nous avons estimé un temps entre 15 et 20 minutes pour répondre au questionnaire. Les non réponses d'un certain nombre de nouvelles diplômées semblent constituer un biais d'information. Pour étendre le taux de participation nous aurions pu demander aux Conseils de l'Ordre départementaux de diffuser le questionnaire aux sages-femmes nouvellement diplômées.

Une autre limite réside dans la définition du travail et de l'accouchement physiologique. En se référant aux définitions du SOGC et du CIANE, nous avons défini le travail et

l'accouchement physiologique dans l'introduction du questionnaire, pour ainsi éviter toute confusion. Cependant l'absence de définition précise et commune au moment de la diffusion de l'étude, a pu limiter les réponses des sages-femmes. Nous supposons que leurs réponses peuvent être liées à leur propre représentation du travail physiologique.

### **4.3 Discussion des résultats de l'enquête**

L'objectif de notre étude était d'apprécier au cours de la formation initiale, s'il existait une adéquation entre la formation théorique et pratique en matière de gestion du travail physiologique. Nous avons émis les hypothèses que les étudiants en fin de formation disposaient de connaissances théoriques adaptées ainsi qu'une expérience clinique suffisante. De plus nous avons supposé que l'étudiant en tant que futur diplômé, avait le sentiment d'être compétent pour gérer le travail physiologique.

#### **4.3.1 L'enseignement du travail physiologique et les connaissances théoriques**

##### **4.3.1.1 La place du travail physiologique dans le cycle des études**

Conformément aux arrêtés relatifs au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, les différents enseignements du travail physiologique sont enseignés lors du cycle de la licence pour la majorité des sages-femmes. (35) (36) En effet, l'étude des phénomènes dynamiques du travail, de la mécanique obstétricale, des moyens de surveillance du travail physiologique ainsi que la PNP ont eu lieu en licence pour respectivement 85,3%, 71,7%, 69,2% et 54,5% des sages-femmes. Néanmoins, nous avons relevé que selon les différents enseignements, 10,9 à 22,4% d'entre elles ont appris le travail physiologique au cours des deux cycles de la formation.

Nous avons comparé le sentiment de connaissance du déroulement physiologique et le cycle des enseignements. Notons, que les nouvelles diplômées ont significativement le sentiment de connaître le déroulement physiologique du travail, lorsque l'étude de la mécanique obstétricale et des moyens de surveillance du travail ont été enseignés au cours des deux cycles. Concernant l'étude des phénomènes dynamiques du travail et la PNP, il n'existe pas de différence statistiquement significative. Nous comprenons que l'enseignement de la physiologie du travail au cours des deux cycles des études, semble améliorer le sentiment de connaissance des sages-femmes.

Par ailleurs, le travail physiologique est le plus souvent enseigné sous forme de cours magistraux dans les écoles participantes. Seulement 16% des sages-femmes ont bénéficié du jeu de rôle pour l'apprentissage de la PNP.

Le jeu de rôle est « *une méthode d'apprentissage des habiletés relationnelles* » qui consiste à simuler une situation vraisemblable. Lors d'une séance, les étudiants jouent un rôle en improvisant le dialogue d'après un scénario écrit par le corps enseignant. La séance du jeu de rôle se termine par un débriefing entre les étudiants et les enseignants. Le jeu de rôle permettrait à l'étudiant de s'entraîner à des exercices de communication ainsi que le développement de son savoir-être (52) (53)

En 2008, Deffieux et al ont partagé leur expérience de la mise en place de séances de jeu de rôle auprès de 18 étudiants en médecine et étudiants sages-femmes de l'hôpital Antoine Béchère. Les étudiants ont participé à deux séances de jeu de rôle portant sur la relation médecin-malade. Concernant les méthodes de communication, la majorité des étudiants ont décrit cette formation satisfaisante. De plus, la plupart d'entre eux relèvent que les séances de jeu de rôle peuvent améliorer leur attitude avec les patients ainsi que leur sentiment de confiance. (52)

Entre 2014 et 2015, Pelloux et al ont évalué le développement des compétences de communication et du savoir-être grâce au jeu de rôle, auprès de 360 étudiants en médecine de la Faculté Lyon Est. Ils ont recueilli la satisfaction des étudiants avant et après les séances de jeu de rôle qui présentaient une consultation de médecine générale. Le niveau d'aisance ressenti par les étudiants est significativement plus élevé après le jeu de rôle avec une médiane de 7/10 contre 5/10 avant le jeu de rôle. La majorité d'entre eux ont le sentiment d'avoir progressé concernant les objectifs d'apprentissage et sont satisfaits de cette méthode. 86% des étudiants ont décrit les jeux de rôle comme formateurs. (54)

Nous remarquons que cette méthode d'apprentissage n'est pas adaptée pour l'étude de la mécanique obstétricale et des phénomènes dynamiques du travail, ce qui expliquerait qu'aucune sage-femme de l'étude n'a choisi cette proposition. Néanmoins, le jeu de rôle permettrait aux étudiants de s'entraîner à la communication avec une patiente souhaitant accoucher physiologiquement. De plus, il serait intéressant d'observer le comportement des étudiants pour aider une parturiente sans péridurale à gérer sa douleur. Nous pouvons nous demander comment l'étudiant réagit face à une femme qui ne souhaite pas de péridurale, comment il l'accompagne dans ce choix et quelle est son attitude devant la douleur de la patiente.

#### 4.3.1.2 Enseignement de la progression du travail physiologique

Nous avons remarqué que 16% des sages-femmes ont le sentiment de « tout à fait » connaître les indicateurs de la phase de latence du travail. Elles sont 25% à avoir le sentiment de « tout à fait » connaître les indicateurs de la phase active. De plus, 74,2% des sages-femmes ont « plutôt » le sentiment de savoir quand rompre la poche des eaux. Nous comprenons ainsi, que les sages-femmes nouvellement diplômées ont globalement le sentiment de connaître la progression du travail physiologique alors que plusieurs d'entre elles ont le sentiment de moins connaître la phase de latence.

D'après notre analyse statistique, nous avons observé que les sages-femmes qui peuvent distinguer la phase de latence et la phase active ainsi que de déterminer le moment pour rompre la poche des eaux ont significativement le sentiment de mieux connaître le déroulement du travail physiologique. Il semble intéressant d'associer ces résultats aux réponses de la vignette clinique. Pendant la phase de latence, l'attitude des sages-femmes est « l'expectative » pour 70,1% d'entre elles et pour 13,5% la « gestion de la douleur ». Nous avons alors relevé que 72,4% des réponses étaient en accord avec les recommandations qui préconisent de ne pas intervenir lorsque le travail progresse normalement. (10) (14) Néanmoins, nous avons constaté que 10,2% des sages-femmes réalisent une rupture artificielle des membranes après 2 ou 3 heures de stagnation lors de la phase active et nous avons relevé 48,7% de réponses proches des recommandations. Le CNSF préconisent de ne pas intervenir pendant la phase de latence et de réaliser une amniotomie en première intention si la vitesse de dilatation est inférieure à 1 cm par 4 heures pendant la phase active. (13) Ces résultats peuvent laisser croire que les nouvelles diplômées semblent plus interventionnistes pendant la phase active mais qu'elles rencontrent plus de difficulté à identifier la phase de latence du travail. Cela pourrait être lié à la connaissance du moment approprié pour envisager une amniotomie.

Nous avons montré que l'attitude des nouvelles diplômées concernant la progression du premier stade du travail physiologique est pour la majorité des sages-femmes proches des recommandations. L'enquête nationale périnatale de 2016 a également mis en évidence l'application des recommandations dans les maternités. Elle relève une diminution de 9,7% des ruptures artificielles des membranes chez les femmes en travail spontané entre 2010 et 2016. De même, l'utilisation de l'oxytocine chez les femmes en travail spontané a diminué de 13,3%. (25) Précisons, que seulement trois nouvelles diplômées ont mentionné l'usage de

l'oxytocine dans les réponses de la vignette clinique lors de la phase active du travail. En résumé, nos résultats sont en faveur de la connaissance et de l'application des recommandations par les étudiants sages-femmes concernant la progression physiologique du travail.

#### **4.3.1.3 Enseignement de la prise en charge de la douleur**

Concernant la prise en charge de la douleur, les sages-femmes de l'étude ont majoritairement le sentiment de « plutôt » connaître d'autres analgésiques que la péridurale (61,5%) ainsi que les méthodes alternatives (59,6%). Notons que plus de 20% d'entre elles n'ont « plutôt pas » le sentiment de connaître d'autres méthodes que la péridurale et les méthodes alternatives pour soulager la douleur d'une patiente.

Selon le référentiel métier et compétence des sages-femmes, l'étudiant sage-femme prend en charge le travail d'une patiente « *en vérifiant l'adaptation de la femme à la douleur et en lui proposant les moyens d'analgésie adéquats* ». Il aide également la femme à gérer la douleur « *en recueillant ses perceptions et son projet de naissance* », et « *en suivant les recommandations de bonnes pratiques* ». (35) Le National Institute for Health and Care Excellence et le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé recommandent de recueillir les choix de la femme quant à la prise en charge de sa douleur ainsi que de respecter ses choix et les éventuels changements d'opinion. (10) (14) Il apparaît que l'étudiant est amené à répondre aux souhaits des patientes, en mettant en œuvre ses connaissances théoriques et pratiques en matière de prise en charge de la douleur. Nous avons constaté que 55,1% des nouvelles diplômées utilisent les méthodes alternatives pour palier à la douleur de la patiente dans la vignette clinique. De plus, nous avons montré que la satisfaction de l'enseignement théorique à la gestion du travail physiologique n'est significativement pas liée aux connaissances des méthodes non médicamenteuses de la douleur. Nous pouvons supposer que les méthodes alternatives sont peu présentes dans l'enseignement théorique des étudiants sages-femmes.

L'avis des sages-femmes de l'étude quant à l'enseignement théorique de la gestion du travail physiologique est partagé : 46,8% d'entre elles pensent que le dispositif théorique est « plutôt adapté » et 41% qu'il n'est « plutôt pas adapté ». Ainsi, les nouvelles diplômées connaissent globalement la progression du travail physiologique mais ne sont pas totalement satisfaites de leur formation théorique. Nous pouvons supposer qu'elles ont utilisé, en parallèle

avec la formation initiale, d'autres moyens d'apprentissage tels que la recherche personnelle, les ouvrages ou le partage d'expérience avec des sages-femmes pour acquérir ces connaissances. De plus, nous pouvons également penser que l'apprentissage de la progression du travail physiologique demande une association des enseignements théoriques et cliniques de la formation.

Nous pouvons conclure que notre première hypothèse est partiellement validée.

### **4.3.2 L'expérience clinique en matière de gestion du travail physiologique**

#### **4.3.2.1 Les opportunités d'apprentissage**

Nous avons relevé que 62,6% des sages-femmes nouvellement diplômées de l'étude ont effectué entre 30 et 40 semaines de stage en salle de naissance lors de leur formation. De plus, 28,4% d'entre elles ont effectué plus de 40 semaines de stages. En proportion similaire, elles ont réalisé plus de la moitié de ses stages dans une maternité de type II ou III (43,6% et 41,7%). Nous avons remarqué que le volume horaire concernant le suivi périnatal en licence ainsi que le type des maternités pour les lieux de stages ne sont pas mentionnés dans les décrets relatifs aux études de maïeutique. (35) (36) Il semblerait que les écoles de sages-femmes ont le libre choix de l'organisation des stages dans les différents types de maternité ainsi que le nombre d'heures à réaliser en salle de naissance pour le cycle de la licence. Nous avons assisté à la fermeture et la fusion de certaines maternités françaises depuis plusieurs années ainsi qu'à la concentration des naissances dans les maternités réalisant plus de 3000 accouchements par an. (25) (26) Nous pouvons supposer que cela peut modifier la répartition des étudiants dans les différents centres hospitaliers. Précisons que les étudiantes sages-femmes participent au choix des lieux de stages. Leurs souhaits peuvent être liés au type de la maternité, au temps de transport, à leurs objectifs de stage ainsi que leur projet professionnel.

Le taux de satisfaction concernant les lieux de stages est faible : 8,3% des anciens étudiants ont relevé que les lieux de stages sont « tout à fait » adaptés pour la gestion du travail physiologique. Pour plus de la moitié des sages-femmes (52,6%) les stages en salle de naissance ne sont « plutôt pas » adaptés. En regard de ces résultats, nous avons cherché une corrélation entre la satisfaction des sages-femmes et le nombre de semaines effectuées en salle de naissance. Nous avons remarqué que les sages-femmes qui ont réalisé un grand nombre de semaines de stage en salle de naissance ne semblent pas significativement plus

satisfaites des lieux de stages pour la gestion du travail physiologique. Nous n'avons pas montré de différence significative entre la satisfaction des lieux de stages et le type des maternités. Nous comprenons que l'augmentation des semaines de stage en salle de naissance ne serait pas associée à l'amélioration de la satisfaction des étudiants. Néanmoins, les enquêtes nationales périnatales relèvent que la prise en charge du travail a évolué entre 2010 et 2016 dans l'attention de diminuer les interventions obstétricales évitables. La publication de nouvelles recommandations est également en faveur de l'observation d'un changement des pratiques obstétricales. (25) Ainsi, cela peut contribuer à des lieux de stages plus adaptés pour l'apprentissage du travail physiologique.

Nous constatons que le nombre d'opportunité d'apprentissage en matière de gestion du travail physiologique n'est globalement pas satisfaisant. 51,3% des nouvelles diplômées révèlent que le nombre de situation d'apprentissage est « plutôt pas » suffisant. De plus, cela n'est « pas du tout » suffisant pour 17,3% d'entre elles.

Ajoutons qu'un grand nombre de sages-femmes ont « rarement » observé une patiente sans analgésie péridurale (65,4%) et jamais sans perfusion (50%) pendant le travail. Nous pouvons associer ces résultats au fait qu'un grand nombre de femmes accouchent avec une analgésie péridurale en France. Entre 2003 et 2010, le taux d'accouchement avec péridurale ou rachianesthésie a augmenté de 6,5%. (26) D'après l'enquête « douleur et accouchement » réalisée par le CIANE entre 2005 et 2012, 31% des femmes ne souhaitent pas de péridurale à l'arrivée à la maternité. Cependant, 24% d'entre elles ont eu recours à une péridurale pendant le travail. (18) En 2016, 82,6% des femmes ayant eu une tentative de voie basse ont eu recours à la péridurale. (25)

Nous avons relevé que les sages-femmes qui ont « souvent » observé des parturientes sans péridurale sont plus satisfaites du nombre de situation d'apprentissage pour la gestion du travail physiologique. De même elles sont significativement plus satisfaites de leur formation clinique lorsqu'elles ont eu l'opportunité d'appliquer les méthodes alternatives. Il est intéressant de relever que plus de la moitié des sages-femmes ont « rarement » observé l'utilisation des méthodes alternatives sur leur lieux de stages mais qu'elles sont 73,7% à les appliquer elles-mêmes. De plus, concernant la prise en charge de la douleur d'une patiente 57,1% des réponses des nouvelles diplômées sont proches des recommandations. En effet, elles utilisent le plus souvent les exercices de respiration, le bain, et les massages dont l'efficacité a été prouvée par le NICE pour soulager la douleur pendant le travail. (10) La dernière enquête nationale

périnatale relève que plus de 35% des femmes ont bénéficié d'une méthode non médicamenteuse, seule ou en association avec une analgésie pour gérer la douleur du travail. Les méthodes alternatives n'étaient pas mentionnées dans le rapport de 2010. (25) (26) Ainsi, il semblerait que les recommandations concernant la prise en charge de la douleur des parturientes semblent également être appliquées dans les maternités.

En regard des résultats précédents concernant l'enseignement théorique des méthodes alternatives, nous pouvions penser que l'apprentissage de ces méthodes était lié à l'expérience clinique des étudiantes sages-femmes. Néanmoins l'observation des méthodes alternatives est rare pour la majorité d'entre elles. De nouveau, nous pouvons supposer que les étudiantes sages-femmes utilisent d'autres moyens d'apprentissage pour la prise en charge non médicamenteuse de la douleur comme la recherche personnelle, la participation à des cours de préparation à la naissance et à des enseignements optionnels.

Par ailleurs, 73,1% des sages-femmes nouvelles diplômées ont « rarement » eu l'opportunité de gérer le travail physiologique d'une patiente. 9,6% d'entre elles n'ont « jamais » eu cette opportunité. Le taux de satisfaction concernant la formation clinique à la gestion du travail physiologique est variable : 45,5 % des sages-femmes sont « plutôt » satisfaites et 38,5% ne sont « plutôt pas » satisfaites. En faible proportion, 11,5% d'entre elles sont « tout à fait » satisfaites de leur formation clinique pour gérer le travail physiologique.

En regard de ces résultats nous avons cherché si les sages-femmes étaient satisfaites de leur formation clinique grâce aux opportunités d'apprentissage qu'elles avaient rencontrées en salle de naissance. Il apparaît que les sages-femmes sont significativement satisfaites de leur formation clinique lorsqu'elles ont « souvent » eu l'opportunité de gérer le travail physiologique d'une patiente et d'appliquer les méthodes alternatives pour soulager la douleur des femmes en travail. Nous avons comparé cette satisfaction selon les réponses à la vignette clinique. Il apparaît que les sages-femmes dont l'attitude lors de la phase de latence respecte les recommandations, pensent que leur formation clinique permet la gestion du travail physiologique. Cela serait en lien avec nos précédents résultats, qui montraient que les nouvelles diplômées semblaient avoir plus de difficulté à identifier la phase de latence du premier stade du travail. Nous comprenons que la connaissance des indicateurs de la phase de latence ainsi que des recommandations peut améliorer la satisfaction de l'expérience clinique des étudiantes sages-femmes.

En résumé, il apparaît que le travail physiologique représente une situation peu



rencontrée par les étudiantes sage-femme en salle de naissance.

#### **4.3.2.2 Le partage d'expérience**

Nous avons relevé que 29,5% des sages-femmes ont partagé leur expérience avec les formateurs de leur école mais elles sont 82,1% à l'avoir fait avec les autres étudiants. Nous pouvons penser que le partage d'expérience à l'école peut avoir lieu à l'aide du portfolio. Il présente une réflexion de l'étudiant, des récits de situations cliniques qu'il a rencontrés, ou les compétences développées au cours de son apprentissage. L'étudiant, encadré par un formateur, peut ainsi s'auto-évaluer et réfléchir sur sa pratique professionnelle. (55) L'étudiant est également encadré lors de ses stages. Cette supervision est recommandée par la HAS qui explique l'implication d'un tuteur lors du stage d'un étudiant. En effet, le tuteur partage ses expériences, ses connaissances et encadre l'étudiant lors de situations cliniques. (56) Néanmoins nous supposons que la charge de travail en salle de naissance ne permet pas toujours à l'étudiant d'être suffisamment encadré par une sage-femme ou de prendre le temps de réaliser un bilan en fin de garde. Il semblerait que les étudiants ont plus de facilité à échanger avec les autres étudiants. La présence de plusieurs étudiants en salle de naissance représenterait l'occasion d'échanger sur leurs expériences et les situations rencontrées.

Nous pouvons conclure que notre deuxième hypothèse est partiellement validée.

#### **4.3.3 Le sentiment de compétence**

Le point de vue des nouvelles diplômées concernant la qualité de la formation initiale pour l'apprentissage de la gestion du travail physiologique est partagé. Seulement 7,1% des sages-femmes pensent que la formation initiale permet « entièrement » cet apprentissage. A l'inverse, elles sont 6,4% à penser qu'elle ne le permet « pas du tout ». On remarque que 50% des sages-femmes pensent que la formation initiale permet « en partie » l'acquisition des connaissances théoriques et du savoir-faire à la gestion du travail physiologique. Il nous a semblé intéressant de savoir si les sages-femmes qui pensaient que la formation initiale permettait l'acquisition de ces compétences avaient des réponses proches des recommandations à la vignette clinique. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative.

Par ailleurs, nous avons obtenu une moyenne de 7 sur 10 pour le sentiment de compétence des sages-femmes concernant l'acquisition des connaissances et des capacités à la gestion du travail physiologique. Ainsi, nous pouvons dire que les nouvelles diplômées de

l'étude se sentent plutôt compétentes pour gérer le travail physiologique d'une patiente.

Il apparaît que les étudiants rencontrent rarement l'occasion de gérer le travail physiologique lors des stages en salle de naissance. Cela pourrait en partie, expliquer le fait que les nouvelles diplômées ne sont pas toutes satisfaites de la formation initiale. En regard de nos résultats, nous supposons que les sages-femmes ont développé leurs propres modes d'apprentissage pour acquérir leur compétence. En effet, nous avons supposé que le travail personnel des étudiants pouvait participer au sentiment de connaître la progression du travail physiologique et l'application des méthodes alternatives à la douleur. La motivation et l'intérêt que porte l'étudiant pour le travail physiologique peut également favoriser son apprentissage et son sentiment de compétence.

Selon A. Bandura, nous pouvons ajouter que les opportunités d'apprentissage, le maintien des connaissances et le développement du savoir-faire pourraient améliorer le sentiment de compétence des étudiants. (57)

Nous pouvons conclure que notre troisième hypothèse est validée.

#### **4.4 Propositions**

Nous avons constaté que globalement, les sages-femmes de l'étude connaissaient le déroulement du travail physiologique mais que l'enseignement théorique n'était pas tout à fait adapté. Pour pallier à cela, des rappels sur ce thème pourraient être organisés au cours du cycle de master, puisque l'enseignement du travail physiologique a essentiellement lieu en licence. De plus, en prenant en compte l'organisation des études, nous pourrions proposer plus de travaux dirigés ou pratiques pour certains enseignements comme l'étude des méthodes alternatives à la douleur. L'application des méthodes non médicamenteuses pourrait également être approfondi lors de l'organisation d'un séminaire au sein de l'école. Nous pouvons également mentionner les formations en ligne et les plateformes de Massive Open Online Course (MOOC) qui proposent des cours facilement accessibles sur internet. Cela est en lien avec les moyens pédagogiques que met personnellement en place l'étudiant pour améliorer ses connaissances.

Nous avons également constaté que les sages-femmes de l'étude sont « plutôt » satisfaites de leur formation clinique mais que les opportunités d'apprentissage pour l'observation et la gestion du travail physiologique étaient rares dans les maternités. Nous pourrions encourager la personnalisation du parcours de stage de l'étudiant en fonction de ses besoins et de son projet professionnel. Le nombre de maison de naissance restant faible en

France, nous pourrions faciliter l'accès des étudiants dans les filières physiologiques.

Nous avons remarqué que la simulation clinique n'était mentionnée que par un petit nombre de sages-femmes. Etant donné que le déroulement du travail physiologique constitue une situation peu rencontrée par les étudiants, la simulation serait efficace pour l'apprentissage de certains points clés de cette prise en charge du travail. Ainsi, elle apparaît comme une alternative pour compenser le nombre d'opportunité d'apprentissage et renforcer l'expérience des étudiants. Il serait intéressant de mettre en situation la dimension relationnelle du travail physiologique, le savoir-être des étudiants ainsi que l'accompagnement d'une femme sans péridurale. Nous pouvons proposer dans un premier temps, des entraînements de simulation sous la forme d'un patient standardisé avec l'aide des enseignants et par petits groupes d'étudiants. Dans un deuxième temps, selon la possibilité des écoles, les étudiants pourraient avoir accès à une plateforme de simulation basse, moyenne ou haute-fidélité, dont le principal intérêt est l'observation de soi et des étudiants ainsi que d'avoir un retour critique des autres participants pour améliorer ses compétences.

## Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence les connaissances des sages-femmes nouvelles diplômées pour la gestion du travail physiologique. Elles ont, en effet pour la plupart d'entre elles, une attitude proche des recommandations lors de la prise en charge d'une femme souhaitant un accouchement physiologique. Par ailleurs, nous avons montré que l'identification des différentes phases du premier stade du travail ainsi que le moment approprié pour rompre la poche des eaux, influençait le sentiment de connaissance de la progression du travail physiologique. Il apparaît donc important de sensibiliser les étudiants sages-femmes à prendre en compte la publication des nouvelles recommandations qui représente un support majeur pour leur pratique, ainsi que d'actualiser leurs connaissances au cours de la formation initiale.

Nos résultats ont montré que les opportunités d'apprentissages sont rares et les lieux de stages « plutôt » inadaptés à la gestion du travail physiologique. Le sentiment des nouvelles diplômées quant à la gestion du travail physiologique à l'issue de la formation clinique est partagé. En regard du nombre de femmes souhaitant une analgésie péridurale ainsi que les changements dans les pratiques obstétricales, le développement de différentes méthodes d'apprentissage pourrait compenser l'expérience clinique des étudiants en salle de naissance. Il semble donc intéressant de proposer aux étudiants des exercices d'entraînements sous forme de travaux pratiques, de jeux de rôle ou de simulation dans les écoles de sages-femmes.

Par ailleurs, cette étude a permis de recueillir le sentiment de compétence des nouvelles diplômées. Nous pouvons penser que ce sentiment serait moyennement satisfaisant. Néanmoins, la plupart d'entre elles se sentent compétentes pour gérer le travail physiologique. En effet, en association avec les enseignements théoriques et cliniques en place, elles ont développé un travail personnel et des moyens d'apprentissage différents pour acquérir les connaissances et les capacités pour accompagner les femmes lors du travail physiologique.

Actuellement, nous assistons à une évolution des pratiques obstétricales et la mise en place de nouvelles recommandations dans l'intention de respecter le rythme et la physiologie du travail. A l'avenir, nous pouvons penser que l'étudiant sage-femme, qui présente une grande capacité d'adaptation, sera amené à rencontrer de nouvelles opportunités d'apprentissage en

salle de naissance et à renforcer plus encore son sentiment de compétence pour la gestion du travail physiologique.

## Bibliographie

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Physiologie [Internet] [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/physiologie>
2. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique" [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/position\\_acc\\_physio\\_121205.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf)
3. Collectif interassociatif autour de la naissance, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Collège National des Sages-Femmes de France, Société Française de Néonatalogie, Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Grossesse physiologique [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses\\_physiologiques.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf)
4. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. J Obstet Gynaecol Can. Déc 2008 ; 30(12).
5. Collectif interassociatif autour de la naissance. Physiologie de l'accouchement : le Ciane donne sa position [Internet] [consulté le 7 juin 2017]. Disponible sur : <https://ciane.net/2015/07/physiologieaccouchement/>
6. The royal college of midwives. A concept analysis of "normal birth" [Internet] [consulté le 23 octobre 201]. Disponible sur : <file:///C:/Users/Delphine/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/gvo2afof.default/zotero/storage/9MK8ZRKS/a-concept-analysis-of-%E2%80%99normal-birth%E2%80%99.html>
7. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Normal [Internet] [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/normal>
8. Institut National d'Excellence en santé et en service sociaux. Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. ETMIS. Sept 2012 ; 8(14).

9. Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français. Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie [Internet] [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur : [file:///C:/Users/Delphine/AppData/Local/Temp/Droulement%20travail\\_courbes%20dfinition\\_lignes%20dalerte\\_gestion%20dystocie.pdf](file:///C:/Users/Delphine/AppData/Local/Temp/Droulement%20travail_courbes%20dfinition_lignes%20dalerte_gestion%20dystocie.pdf)
10. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and y women and babies [Internet] [consulté le 20 février 2018]. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 ; 116(6 ): 1281-7.
12. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 ; 206(5) : 419.
13. Collège National des Sages-Femmes de France. Dossier de presse [Internet] [consulté le 7 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>
14. Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'épisiotomie [Internet] [consulté le 7 juin 2017]. Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/rpc\\_episio2005.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf)
16. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extractions [Internet] [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/081204RPC\\_extractions.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf)
17. Collectif interassociatif autour de la naissance. Enquête sur les accouchements, respects des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet] [consulté le 24 février 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

18. Collectif interassociatif autour de la naissance. Dossier Douleur [Internet] [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
19. Collectif interassociatif autour de la naissance. Enquête du Ciane -déclenchement [Internet] [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-duCiane-n9-declenchement.pdf>
20. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. CR CNNSE [Internet] [consulté le 31 mai 2017]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CR\\_CNNSE\\_2\\_octobre\\_2012.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CR_CNNSE_2_octobre_2012.pdf)
21. République Française. Circulaire n° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé. Bulletin Officiel 2014.
22. Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant sur le statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. Légifrance [Internet]. [consulté le 31 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichText.do?cidTewt=JORFTEXE000029958604>
23. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. La lettre printemps 2017 - « Accompagnement global » [Internet] [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : <file:///C:/Users/Delphine/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/gvo2afof.default/zotero/storage/H HMJNGXH/la-lettre-printemps-2017-accompagnement-global.html>
24. Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Rev Actualité et dossier en santé publique. Déc 2007 ; 61-62 : 35-45.
25. INSERM DRESS. Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 [Internet] [Consulté le 12 novembre 2017]. Disponible sur : [http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)



26. Vilain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/er776-2.pdf>
27. Vanlerenberghe J-M. Rapport Cour des Comptes Maternités [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>
28. Coulm B, Blonde B. Grossesse à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er897.pdf>
29. Collectif interassociatif autour de la naissance, Collectif des sages-femmes. Contribution commune filière physiologique [Internet] [Consulté le 30 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf>
30. Collectif interassociatif autour de la naissance. CP Salles Natures [Internet] [Consulté le 25 février 2017]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>
31. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage. Maisons de naissance [Internet] [Consulté le 10 avril 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201403/note\\_de\\_cadrage\\_maisons\\_de\\_naissance.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201403/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf)
32. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les maisons de naissance [Internet] [consulté le 12 avril 2017]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-desoins/article/les-maisons-de-naissance>
33. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. REFERENTIEL-SAGES-FEMMES [Internet] [consulté le 24 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wpcontent/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
34. Haute Autorité de Santé. Rapport – l'évaluation des compétences des professionnels [Internet] [consulté le 29 octobre 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport\\_l\\_evaluation\\_des\\_compences\\_des\\_professionnels.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compences_des_professionnels.pdf)

35. Arrêté n°27 du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Légifrance [Internet]. [Consulté le 13 février 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241>
36. Arrêté n°32 du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Légifrance [Internet]. [consulté le 13 février 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
37. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Apprentissage définition [Internet] [consulté le 12 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/apprentissage>
38. Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-Femmes. CURSUS LMD MAÏEUTIQUE [Internet] [Consulté le 13 février 2017]. Disponible sur : <http://www.anfic-sagesfemmes.fr/secure/zc/176/1027>
39. Bouin T. Formation des sages-femmes : lorsque le jeu devient réalité. *Vocat Sage-femmes*. Janv 2015 ; 14 (112) : 20-1.
40. Vanpee D, Frenay M, Godin V, Bédard D. Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale*. Février 2010 ; 10(4) : 253-66
41. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie Médicale*. Février 2002 ; 3(1) : 33-7.
42. Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages- Femmes. Supervision-tutorat-parANFIC-Colloque-CASSF-2012 [Internet] [consulté le 13 février 2017]. Disponible sur: <http://www.sagesfemmes-orthogenistes.org/wp-content/uploads/2012/07/supervision-tutorat-par-ANFIC-ColloqueCASSF-2012.pdf>
43. Demeester A, Eymard C, Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. *Revue française de pédagogie*. Déc 2012 ; (181) : 43-54.

44. Dreyfus M. Naissance et douleur ; urgences en salle de naissance ; cardiopathies congénitales [Internet] [consulté le 23 octobre 2017]. Disponible sur : [https://books.google.fr/books?id=1S0\\_AAAAQBAJ](https://books.google.fr/books?id=1S0_AAAAQBAJ)
45. Collège National des Sages-Femmes de France. Recours à la péridurale : choix ou contrainte pour les femmes ? [Internet] [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : <file:///F:/Mémoire/CNSF%20recours%20à%20la%20péridurale.pdf>
46. Bouton C, Richard I, Bellanger W, Huez J.F, Garnier F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? *Pédagogie médicale*. 2013 ; 14(1) : 17-26.
47. Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? [Internet] [consulté le 20 février 2018]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/ripes/976>
48. Vonthron A.M, Lagabrielle C, Pouchard D. Le maintien en formation professionnelle qualifiante : effets de déterminants motivationnels, cognitifs et sociaux [Internet] [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/osp/1481> ; DOI : 10.4000/osp.1481
49. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle [Internet] [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : <http://osp.revues.org/741>
50. Piguet C. Sentiment d'efficacité personnelle et autoformation des soignants [Internet] [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : [www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7053.pdf](http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7053.pdf)
51. François P.H, Botteman A. Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences, applications, recherches et perspectives critiques [Internet] [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : [http://www.carrierologie.uqam.ca/volume08\\_3-4/13\\_francois/13\\_francois.html](http://www.carrierologie.uqam.ca/volume08_3-4/13_francois/13_francois.html)
52. Deffieux X, Faive E, Frydman R, Senat M.V. Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle. *J Gynecol Obstet Biol Reproduct*. Mai 2008 ; 37(3) : 291-8.

53. Girard G, Clavet D, Boule R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. Rev Pédagogie Médicale. Aout 2005 ; 6(3) : 178-85.
54. Pelloux S, Douzet C, Lechopier N, Goffrette 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 [Internet] [consulté le 21 mars 2018] Disponible sur : <https://drive.google.com/file/d/0B9il8y4PowIDZWFybjU4V2VqMG8/view>
55. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Rev Pédagogie Médicale. Mai 2006 ; 7(2) : 110-27.
56. Haute Autorité de Santé. L'encadrement des stages, la maîtrise de stage/le tutorat. [Internet] [Consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur : [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0h4e467ZAhWHD8AKHZVWAYIQFgg2MAI&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fjcms%2Fc\\_1749678%2Ffr%2Fmaitrise-de-stage-fiche-technique-methode-dpc&usg=AOvVaw2F1Ea6d8wdYg\\_\\_dlO7eJBQ](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0h4e467ZAhWHD8AKHZVWAYIQFgg2MAI&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fjcms%2Fc_1749678%2Ffr%2Fmaitrise-de-stage-fiche-technique-methode-dpc&usg=AOvVaw2F1Ea6d8wdYg__dlO7eJBQ)
57. Bandura A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Rev Psychological. 1977 ; 84(2) : 191-215.

## **Annexe 1 : Courrier pour la diffusion du questionnaire**

Objet : Autorisation de la réalisation d'une étude auprès des sages-femmes jeunes diplômées

Bonjour Mesdames,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5<sup>ème</sup> année à l'école Saint-Antoine. J'aimerais solliciter votre aide pour l'élaboration de l'étude de mon mémoire dont le thème est l'étudiant sage-femme et la formation initiale à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique.

Nous nous demandons si la formation initiale permet aux futures sages-femmes de disposer de toutes les connaissances théoriques et du savoir-faire nécessaires à la gestion du travail physiologique. Je souhaite réaliser un questionnaire ainsi qu'une vignette clinique destinés aux sages-femmes jeunes diplômées des écoles de France, dans l'objectif d'apprécier l'adéquation entre la formation théorique et pratique en matière de gestion du travail physiologique. Nous nous intéressons également au point de vue des sages-femmes au sortir de leur formation.

Je vous contacte pour obtenir l'autorisation de réaliser mon enquête auprès des jeunes diplômées de l'année 2017. Avec votre accord, serait-il possible de me diriger vers votre secrétariat pour obtenir les coordonnées électroniques des sages-femmes nouvellement diplômées ?

Le questionnaire est actuellement en cours de réalisation. Si vous le souhaitez, les résultats de ce travail vous seront transmis après la rédaction de mon mémoire.

Votre aide me serait précieuse pour la réalisation de mon travail de fin d'étude.

Je vous remercie d'avance de votre soutien.

Cordialement,

Fanny Tessier

Etudiante sage-femme, 5<sup>ème</sup>  
année Ecole Saint-Antoine

## **Annexe 2 : Courrier présentant l'étude et le questionnaire**

Bonjour Messieurs, Mesdames les Sages-femmes,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'école Saint-Antoine. Afin d'obtenir mon diplôme je réalise un mémoire dont le thème est "Formation initiale des étudiants sages-femmes à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique – enquête auprès des jeunes diplômés".

Selon les définitions actuelles, il ressort que, **l'accouchement physiologique s'accompagne que de peu ou d'aucune intervention humaine, telles que l'analgésie péridurale, l'amniotomie avant la dilatation complète et l'usage de l'oxytocine et lorsque celles-ci sont nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement.**

Ce travail a pour objectifs d'apprécier l'adéquation entre la formation théorique et pratique en matière de gestion du travail et de l'accouchement physiologique ainsi que de connaître votre point de vue au sortir de votre formation.

Pour cela, j'aimerais que vous répondiez de façon anonyme et honnête à mon questionnaire qui comprend également une vignette clinique.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer pour votre réponse (15 - 20 min) et de l'aide que vous apportez à mon mémoire.

Bien cordialement,

Fanny Tessier

Etudiante Sage-femme, 5ème  
année Ecole Saint-Antoine

### **Annexe 3 : Présentation du questionnaire**

➤ Vos informations générales :

Vous êtes de sexe :

- Féminin
- Masculin

Vous avez :

- Entre 20 et 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Plus de 30 ans

De quelle école de Sages-femmes êtes-vous diplômée ?

Etes-vous actuellement en activité ?

- Oui
- Non

Si oui, quel est votre mode d'exercice ?

- Exercice salarié :
  - Dans un centre hospitalier public
  - Dans un établissement de santé privé
  - Dans une collectivité territoriale (PMI)
- Exercice libéral
- Autre (précisez) :

➤ Vignette clinique :

***Cette vignette clinique présente une situation obstétricale souvent rencontrée en salle de naissance. Merci de répondre en quelques mots clefs aux questions suivantes.***

Madame A. est une primigeste primipare de 25 ans, sans antécédent particulier. Elle présente une grossesse de déroulement normal à bas risque. Elle se présente à 8h avec son mari aux urgences obstétricales à 40 semaines d'aménorrhée, pour des contractions utérines

douloureuses et régulières depuis trois heures sans métrorragies ni perte de liquide.

La patiente est normotendue, normocarde et apyrétique. A l'examen obstétrical, le col utérin est intermédiaire, souple, effacé, à 3cm de dilatation, une présentation céphalique appliquée et les membranes sont intactes. Vous décidez de réaliser un monitoring obstétrical. 30 minutes plus tard, le rythme de base est 145 bpm, il est normo oscillant, normo réactif, sans ralentissement. Vous observez 4 contractions par dix minutes avec un bon relâchement utérin et votre patiente est algique. Vous lui annoncez qu'elle est en début de travail.

A) *Madame A vous informe qu'elle souhaite accoucher sans analgésie péridurale.*

Que faites-vous pour palier à sa douleur ?

B) Quelle surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) et de la dynamique utérine effectuez-vous ?

C) *Vous constatez deux heures après votre premier examen que les modifications cervicales sont inchangées. Les constantes de la patiente sont normales ainsi que le RCF. Elle présente 4 contractions par dix minutes avec un bon relâchement utérin et parvient à mieux gérer sa douleur.*

Quelle est votre attitude par rapport au travail de votre patiente ?

D) *A 18h Madame A est à 6 cm de dilatation avec un col centré, souple, effacé, une présentation appliquée et une poche des eaux intacte depuis maintenant deux heures. Ses constantes sont normales, elle a 4 à 5 contractions par dix minutes avec un bon relâchement utérin et sait gérer sa douleur. Le rythme cardiaque fœtal est normal avec un rythme de base à 140 bpm, une réactivité entre 6 et 25 bpm, la présence d'accélération et l'absence de ralentissement.*

Quelle est votre attitude par rapport au travail de votre patiente ?

E) Suite à votre prise en charge, comment envisagez-vous la surveillance de la fin de son travail ?

➤ Concernant le dispositif théorique de votre école de formation :

1- Concernant l'étude des phénomènes dynamiques du travail :

Son enseignement représentait en moyenne (une seule réponse) :

Moins de 3 heures

3 à 6 heures



- Plus de 6 heures
- Je ne me souviens pas.

2- Cet enseignement a eu lieu (une seule réponse) :

- En 2<sup>ème</sup> et /ou 3<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 2/Sma 3)
- En 4<sup>ème</sup> et/ou 5<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 4/Sma 5)

3- Cet enseignement était sous forme (plusieurs réponses possibles) :

- De cours magistraux
- De travaux dirigés
- De travaux pratiques
- De jeux de rôle
- D'exercices de simulation clinique
- D'ateliers de raisonnement clinique

4- Concernant l'étude de la mécanique obstétricale :

Son enseignement représentait en moyenne (une seule réponse) :

- Moins de 3 heures
- 3 à 6 heures
- Plus de 6 heures
- Je ne me souviens pas.

5- Cet enseignement a eu lieu (une seule réponse) :

- En 2<sup>ème</sup> et /ou 3<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 2/Sma 3)
- En 4<sup>ème</sup> et/ou 5<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 4/Sma 5)

6- Cet enseignement était sous forme (plusieurs réponses possibles) :

- De cours magistraux
- De travaux dirigés
- De travaux pratiques
- De jeux de rôle
- D'exercices de simulation clinique
- D'ateliers de raisonnement clinique

7- Concernant l'étude des moyens de surveillance du travail et de l'accouchement physiologique :

Son enseignement représentait en moyenne (une seule réponse) :

- Moins de 3 heures
- 3 à 6 heures
- Plus de 6 heures
- Je ne me souviens pas.

8- Cet enseignement a eu lieu (une seule réponse) :

- En 2<sup>ème</sup> et /ou 3<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 2/Sma 3)
- En 4<sup>ème</sup> et/ou 5<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 4/Sma 5)

9- Cet enseignement était sous forme (plusieurs réponses possibles) :

- De cours magistraux
- De travaux dirigés
- De travaux pratiques
- De jeux de rôle
- D'atelier de raisonnement clinique

10- Concernant la préparation à la naissance et à la parentalité :

Son enseignement représentait en moyenne (une seule réponse) :

- Moins de 3 heures
- 3 à 6 heures
- Plus de 6 heures
- Je ne me souviens pas.

11- Cet enseignement a eu lieu (une seule réponse) :

- En 2<sup>ème</sup> et /ou 3<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 2/Sma 3)
- En 4<sup>ème</sup> et/ou 5<sup>ème</sup> année de la formation (Sma 4/Sma 5)

12- Cet enseignement était sous forme (plusieurs réponses possibles) :

- De cours magistraux
- De travaux dirigés
- De travaux pratiques
- De jeux de rôle
- Autre : précisez

**Concernant l'enseignement de la progression du travail physiologique :**

13- Avez-vous le sentiment de connaître les indicateurs de la phase de latence du travail ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui ; 3 : tout à fait)

0      1      2      3

14- Avez-vous le sentiment de connaître les indicateurs de la phase active du travail ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui ; 3 : tout à fait)

0      1      2      3

15- Avez-vous le sentiment de savoir déterminer le moment approprié pour réaliser une amniotomie ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui ; 3 : tout à fait)

0      1      2      3

**Concernant la prise en charge de la douleur :**

16- Avez-vous le sentiment de connaître d'autres analgésiques que l'analgésie péridurale ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui ; 3 : tout à fait)

0      1      2      3

17- Avez-vous le sentiment de connaître les méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur d'une parturiente ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui ; 3 : tout à fait)

0      1      2      3

18- Avez-vous eu l'occasion de partager vos expériences de la gestion du travail physiologique avec les formateurs de votre école ?

- Oui
- Non

19- Avez-vous eu l'occasion de partager vos expériences de la gestion du travail physiologique avec les autres étudiants ?

- Oui

Non

20- Selon vous, l'enseignement théorique de la gestion du travail et de l'accouchement physiologique est-il adapté ? (0 : pas du tout adapté, 1 : plutôt pas adapté, 2 : plutôt adapté, 3 : tout à fait adapté)

0      1      2      3

21- En conclusion, à l'issue de cet enseignement avez-vous le sentiment de connaître le déroulement physiologique du travail ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt pas, 2 : plutôt oui, 3 : tout à fait)

0      1      2      3

Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

➤ Concernant l'observation et l'apprentissage au cours de vos stages en salle de naissance :

22- En moyenne, combien de semaines de stages avez-vous réalisé en salle de naissance au cours de votre formation initiale (une seule réponse) ?

- Moins de 30 semaines
- Entre 30 et 40 semaines
- Plus de 40 semaines

23- Dans quel type de maternité avez-vous réalisé plus de la moitié de vos stages en salle de naissance (une seule réponse) ?

- Dans une maternité de type I
- Dans une maternité de type II
- Dans une maternité de type III
- Autres (précisez) :

24- Avez-vous eu l'occasion d'observer le travail d'une patiente sans analgésie péridurale ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

25- Avez-vous eu l'occasion d'observer le travail d'une patiente sans perfusion ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

26- Avez-vous eu l'occasion d'observer le travail d'une patiente qui se mobilise ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

27- Avez-vous eu l'occasion d'observer le travail d'une patiente avec un monitoring foetal discontinu ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

28- Avez-vous eu l'occasion de gérer le travail physiologique d'une patiente, c'est-à-dire une parturiente qui se **mobilise, qui n'a pas d'analgésie péridurale, sans recours à une amniotomie et/ou une perfusion d'oxytocine ?**

- Souvent
- Rarement
- Jamais

29- Avez-vous eu l'occasion d'observer des méthodes alternatives du soulagement de la douleur pendant le travail d'une patiente ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

Lesquelles ?

30- Avez-vous eu l'occasion de les mettre en application ?

- Oui
- Non

31- Selon vous, le nombre de situation d'apprentissage en matière de gestion du travail physiologique est-il suffisant ? (0 : pas du tout suffisant, 1 : plutôt pas suffisant, 2 : plutôt

suffisant, 3 : tout à fait suffisant)

0 1 2 3

32- Selon vous, les lieux de stage en matière de gestion du travail physiologique sont-ils adaptés ? (0 : pas du tout adapté, 1 : plutôt pas adapté, 2 : plutôt adapté, 3 : tout à fait adapté)

0 1 2 3

33- En conclusion, pensez-vous que la formation clinique permet aux sages-femmes de gérer le travail physiologique à l'issue de la formation initiale ? (0 : pas du tout, 1 : plutôt non, 2 : plutôt oui, 3 : tout à fait)

0 1 2 3

Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

- Concernant votre compétence à gérer le travail physiologique d'une patiente, c'est-à-dire une parturiente qui se **mobilise, qui n'a pas d'analgésie péridurale, sans recours à une amniotomie et/ou une perfusion d'oxytocine** :

34- Selon votre ressenti personnel, quel est votre sentiment de compétence en termes de **connaissances** pour gérer le travail physiologique ? (Notez votre sentiment de compétence de 0 à 10. 0 : pas du tout compétent et 10 : tout à fait compétent)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35- Selon votre ressenti personnel, quel est votre sentiment de compétence en termes de **capacité** à gérer le travail physiologique ? (Notez votre sentiment de compétence de 0 à 10. 0 : pas du tout compétent et 10 : tout à fait compétent)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

36- En conclusion, pensez-vous que la formation initiale permet d'acquérir toutes les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaire à la gestion du travail physiologique ? (0 : pas du tout, 1 : pas tout à fait, 2 : oui en partie, 3 : entièrement)

0 1 2 3

Pouvez-vous expliquer votre réponse ?

37- Avez-vous des propositions à nous soumettre pour améliorer la formation initiale en matière de gestion du travail et de l'accouchement physiologique ?

Je vous remercie sincèrement de votre participation.

## **Glossaire**

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

HAS : Haute autorité de santé

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNSF : Collège national des sages-femmes françaises

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

CNNSE : Commission nationale de la naissance et de la santé

SFN : Société française de néonatalogie

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité





## Résumé

Contexte : L'apprentissage de la gestion du travail physiologique par les étudiants sages-femmes a le plus souvent lieu auprès de femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale et au sein de maternités dont les pratiques obstétricales évoluent.

Objectif : Apprécier au cours de la formation initiale, l'adéquation entre la formation théorique et pratique en matière de gestion du travail physiologique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle quantitative, prospective et multicentrique sur une durée de 3 mois, entre octobre et décembre 2017. Nous avons inclus toutes les sages-femmes nouvelles diplômées de l'année 2017 des 35 écoles de France. Nous avons créé un questionnaire en ligne comportant une vignette clinique et des échelles d'autosatisfaction. Nous avons ensuite effectué une analyse statistique des résultats grâce au logiciel épidémiologique Open-Epi.

Résultats : Nous avons relevé que 68,6% des sages-femmes ont « plutôt » le sentiment de connaître le déroulement du travail physiologique et que l'enseignement théorique est « tout à fait » adapté pour seulement 5,8% d'entre elles. Par ailleurs, les nouvelles diplômées sont « plutôt » satisfaites de leur formation clinique à la gestion du travail physiologique mais plus de la moitié d'entre elles décrivent un nombre d'opportunité d'apprentissage « plutôt pas » suffisant ainsi que des lieux de stage « plutôt pas » adaptés en matière de gestion du travail physiologique. Enfin, avec une moyenne de 7 sur 10, on relève que les sages-femmes ont globalement le sentiment d'être compétentes pour gérer le déroulement d'un travail physiologique.

Conclusion : En regard de l'évolution des pratiques obstétricales et des opportunités d'apprentissage peu rencontrées en salle de naissance, l'étudiant sage-femme associe différents moyens d'apprentissage à sa formation initiale pour être compétent à la gestion du travail physiologique.

Mots-clés : étudiant sage-femme, travail physiologique, connaissance théoriques, expérience clinique, compétence.

## **Abstract**

**Context :** The learning of the management of normal birth by midwifery students is most often carried out with women benefiting from epidural analgesia and maternities whose obstetrical practices evolve.

**Object :** To appreciate during the initial formation, the adequacy between theoretical and practical formation in the management of normal birth.

**Method :** We carried out a quantitative, prospective and multicenter observational study over a period of 3 months, between October and December 2017. We included all the midwives new graduates of 2017 from 35 schools in France. We created an online questionnaire with a clinical vignette and self-satisfaction scales. We then performed a statistical analysis of the results using Open-Epi epidemiological software.

**Results :** We found that 68.6% of midwives "feel" rather to know the physiological workflow and that the theoretical formation is "perfectly" adapted for only 5.8% of them. Moreover, the new graduates are "rather" satisfied with their clinical formation in the management of normal birth, but more than half of them describe a number of learning opportunities "not enough" as well as places of training "Rather not" adapted to the management of normal birth. Finally, with an average of 7 out of 10, it is noted that midwives generally feel that they are competent to manage the progress of a normal birth.

**Conclusion :** In view of the evolution of obstetric practices and learning opportunities that are rarely encountered in the birth room, the midwifery student combines different learning methods with his initial formation in order to be competent in the management of normal birth.

**Keywords :** midwifery student, normal birth, theoretical knowledge, clinical experience, competency

Nombre de pages : 67

Nombre d'annexes : 3

Nombre de références bibliographiques : 57